

ESTUDO DO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM CINCO CENTROS DE SAÚDE DE SALVADOR.

Trabalho elaborado pelos alunos do Curso de Especialização em Epidemiologia:

Ana Maria Batista Pita Lima
Anita S. Loureiro de Souza
Benair Gonçalves dos Santos
Eliane Góes Nascimento
Maria Aurora de Almeida Holloway
Maria de Lourdes Fernandes Neta
Maria Aríndelita Neyes de Arruda.
Maria Roseilda Bispo Barreto da Silva
Regina Maria de Siqueira Campos
Rossana de Almeida Perruci
Rosângela Solano Paiva
Rute Maria Coutinho
Valderei Galdino da Silva
Wildélia Graça Leite
Delsuc Evangelista Filho
Maria Eugenia Gomes do Espírito Santo
Irani Maciel Parente.....1-46

Colegiados dos Cursos de Especialização em Saúde Pública e Epidemiológica.

SALVADOR - BAHIA

1982

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE EPIDEMIOLOGICA

Coordenador: Jose Gilson Andrade

Realizado através Convênio celebrado entre as Instituições:
Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de
Saúde Pública.

Universidade Federal da Bahia/Faculdade de Medicina /Departa
mento de Medicina Preventiva.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/Instituto de Saúde do
Estado da Bahia/Centro de Desenvolvimento de Recursos Hu
manos.

S U M Á R I O

APRESENTAÇÃO.....	01
1- INTRODUÇÃO.....	02
1.1- Órgão Central.....	03
1.2- Órgãos Regionais.....	03
1.3- Órgãos Micro-Regionais.....	03
1.4- Unidade de Vigilância Epidemiológica.....	03
2- MATERIAL E MÉTODOS.....	05
3- DESCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	08
3.1- Recursos Materiais e Financeiros.....	08
3.2- Recursos Humanos.....	09
3.3- Normas e Rotinas.....	10
3.4- Organização e Arquivamento das Informações.....	11
3.5- Notificação.....	11
3.6- Investigação.....	13
3.7- Ações em Relação as Doenças de Investigaçã	
Obrigatória.....	13
3.8- Doenças que são de Notificação Compulsória para as quais se desenvolvem algumas Ações.....	15
3.9- Integração Intra e Interinstitucional.....	16
4- DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIAIS DE VIGILANCIA EPIDE- MIOLÓGICA.....	17
4.1- Serviço de Raiva.....	17
4.2- Serviço de Tuberculose.....	18
5- SERVIÇO DE IMUNIZAÇÃO.....	26
5.1- Estrutura Física e Funcionamento.....	26
6- ESTRUTURA DO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA DA SESAB/ISEB.....	27
7- NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS E COBERTURA VACINAL EM CENTROS DE SAÚDE.....	31
8- COMENTÁRIOS.....	35
9- PROPOSTAS.....	39
10-ANEXOS.....	41

R E S U M O

Avaliação dos Serviços de Vigilância Epidemiológica em cinco Centros de Saúde de Salvador, com objetivo principal de propor medidas de adequação para maior dinamização e melhoria destes serviços.

Em primeiro lugar realizou-se uma observação sistemática dos Serviços de Vigilância Epidemiológica incluindo o de Raiva e Tuberculose, ficando patente entre outros a ausência de padronização no seu funcionamento, duplicação de formulários e a marginalização da rede de saúde privada do Sistema de Vigilância, o que contribui para o aumento da subnotificação existente.

Os resultados obtidos foram discutidos com os Técnicos da área com o objetivo de estudar as possibilidades de serem adotadas medidas para um funcionamento mais eficaz do Sistema de Vigilância Epidemiológica em Salvador.

S U M M A R Y

Epidemiological surveillance services were evaluated in five Salvador Health Centers with a primary objective of proposing measures to improve services execution.

A systematic observation of the services was carried out, including rabies and tuberculoses services. Critical aspects observed were the lack of standed practice operational procedures, various redunded forms and the extremely limited participation of the private health sector which contribute to the existing level of undernotification.

The results obtained were discussed with the pertinent sectors so as to allow for the adoption of measures necessary for the efficiency operation epidemiological Surveillance System in Salvador.

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública, e a Universidade Federal da Bahia organizaram um Curso de Especialização em Epidemiologia. A idéia de realizá-lo surgiu de um processo de discussão que ocorria entre profissionais de saúde a nível nacional e da necessidade concreta de formar quadros de pessoal, para atuar na área específica.

O curso representa o esforço conjunto das referidas instituições em prover uma experiência didática-pedagógica de modo a divulgar e multiplicar os conhecimentos existentes na área de epidemiologia, elevando o nível de qualificação dos profissionais de saúde pública.

Por outro lado, a prática pedagógica vigente vem privilegiando o ensino compartimentalizado onde a teoria ocupa lugar de destaque. Conseqüentemente, os aparelhos formadores distanciam-se cada vez mais do seu objetivo maior, que é o de promover uma formação técnica instrumental mais adequada à realidade do mercado de trabalho.

Atenta para este problema, a equipe que planejou este curso destacou 225 horas de um total de 640 para o desenvolvimento de uma atividade prática. Estas horas refletem a oportunidade dada aos discentes para exercitar a discussão, o planejamento e a execução em equipe de uma proposta de investigação.

O trabalho que ora apresentamos tenta traduzir a experiência por nós vivida, ao nos deparar com esta tarefa.

1 - INTRODUÇÃO

O conceito de Vigilância Epidemiológica tem evoluído nos últimos anos. Entretanto, para fins operacionais, a Vigilância Epidemiológica pode ser entendida como o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer em todos os momentos a conduta ou história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alteração nos fatores condicionantes, com finalidade de recomendar, com segurança, medidas que levem à prevenção e controle das doenças. 4,5

Para que isso seja possível, é necessário se dispor de uma estrutura organizada, que pode variar de forma centralizada (também chamada vertical), em que o nível central realiza todas as funções desde a normatização, execução das ações até análise de dados, ao tipo de estrutura em que as funções de cada nível estejam bem definidas, seja ele central, regional ou local. Ficando este último com a quase totalidade das funções de execução. 4

No Brasil e por conseguinte na Bahia, a idéia de sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), surgiu com a campanha de Eradicação da Varíola. Em 1975, foi promulgada a Lei 6.259 que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Esta Lei foi regulamentada em 12 de agosto de 1976 pelo Decreto nº 78.231. 1,2,6

O sétimo artigo do referido decreto, define os elementos que constituem o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

1.1 - Órgão Central

Órgão Central é aquele mantido pelo Ministério da Saúde , através da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde.

1.2 - Órgãos Regionais

Órgãos Regionais são aqueles mantidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios Federais, através de órgãos específicos de Epidemiologia, integrantes de sua respectivas estruturas.

1.3 - Órgãos Micro-Regionais

Órgão Micro-Regionais são aqueles mantidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, quando houver regionalização das primeiras.

1.4 - Unidade de Vigilância Epidemiológica

Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE) é aquela componente de órgão local de saúde indicado pela Secretaria de Saúde das Unidades Federadas, dentre os estabelecimentos de saúde instalados no âmbito de seus respectivos territórios, e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Na Bahia, a Lei Estadual nº 3.982 de 29 de dezembro de 1981. (Código Sanitário), dedica todo o Capítulo II à questão da Vigilância Epidemiológica, conceituando-a e responsabilizando a Secretaria de Saúde pela definição da estrutura do Sistema de Vigilância Epidemiológica em todo o território do Estado da Bahia!

Os artigos, 9º, 10º e 11º do Decreto 78.231, definem as funções dos Órgãos Regionais, Micro-Regionais e da Unidade de Vigilância Epidemiológica, estabelecendo uma clara descentralização das ações, delegando à UVE inclusive a função de executar as investigações epidemiológicas e controle dos Postos Locais de Notificação.

03,

A SESAB, entretanto, em documento datado de 1981, entre outras orientações, define as funções dos três níveis em que se estrutura o SVE. Neste documento, os Órgãos Micro-Regionais (DIRES), assumem a quase totalidade das atividades de execução, ficando o nível local (UVE), basicamente com as atividades de notificação.

À luz destas considerações, o trabalho aqui apresentado é um estudo descritivo do Serviço de Vigilância Epidemiológica de Centros de Saúde de Salvador, com base na estrutura proposta pela Lei do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e na normatização desta para o Estado da Bahia.

Tem como finalidade observar o Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) em Centros de Saúde e propor medidas que resultem na otimização do seu funcionamento.

Os objetivos específicos seguem abaixo relacionados:

- a) observar o SVE nos Centros de Saúde quanto à organização, funcionamento e estratégias utilizadas no combate às doenças;
- b) identificar nos níveis regional e central os mecanismos que possibilitam o desenvolvimento das ações de Vigilância a nível local;
- c) identificar as ações de vigilância, relacionadas com as doenças de notificação compulsória;
- d) observar os sistemas especiais de V.E. de tuberculose e raiva;
- e) avaliar a cobertura vacinal de rotina para sarampo, poliomielite, difteria, tuberculose, coqueluche e tétano.

2 - MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho foi realizado nos 3º, 4º, 5º, 9º e 12º Centros de Saúde de Salvador (nível local), na la Diretoria Regional de Saúde (nível regional), na Coordenação de Ações Básicas de Saúde (CABAS) e no Centro de Estatística e Processamento (CEPRO) (nível central) do complexo SESAB/ISEB.

Os Centros de Saúde, por ocuparem papel de destaque dentro do Sistema de Vigilância Epidemiológica, foram aqui contemplados em maior profundidade.

A escolha dos Centros não obedeceu a critérios de amostra probabilística. Estes foram selecionados por oferecerem melhor estruturação, além de contar com a participação de Residentes de Medicina Social da UFBA., desenvolvendo trabalho semelhante. Assim esta equipe contaria com maiores facilidades para o desenvolvimento deste estudo.

Os instrumentos de coleta de dados foram a entrevista com profissionais através de roteiro padronizado, observação e análise de documentos e de material informativo destes serviços. Em virtude da impossibilidade de se acompanhar in loco, o processo de investigação epidemiológica, nos cinco Centros, procurou-se analisar o conteúdo dos relatórios de investigação das doenças de notificação compulsória.

Para cálculo da população em torno dos Centros foram relacionados os bairros e zonas limítrofes por Centro. Com as plantas heliográficas na escala de 1:10.000 e de 1:25.000 da cidade do Salvador e da região metropolitana da CONDER*, foram mais precisamente delimitadas as áreas de atuação de cada Centro. Cada área dessas, era composta por "zonas de informação" do IBGE. Chegando-se desse modo ao dado de população referente ao ano de 1980. Sobre esta população usou-se a taxa de crescimento anual (4,4%) para estimar a população de 1981. Calculou-se a distribuição por faixa e-

(*) Companhia da Região Metropolitana de Salvador.

tária aplicando os percentuais estabelecidos pelo IBGE. (Vide Tabela 2.1 População por Faixa Etária).

A análise de cobertura vacinal e taxa de incidência das doenças de investigação compulsória, foi calculada baseando-se nos dados registrados pelos Centros em relação à estimativa da população acima descrita. Estes dados se referem ao ano de 1981.

É indispensável que sejam destacadas as dificuldades encontradas no decorrer deste trabalho, dentre as quais citam-se:

- a) a realização da campanha de vacinação contra poliomielite, coincidindo com o período de coleta de dados; consequentemente os profissionais que poderiam fornecer informações, não se encontravam disponíveis;
- b) o deslocamento de profissionais da SESAB/ISEB para implantação, do sub-sistema de informação para Vigilância Epidemiológica nas outras DIRES, interferindo na realização das entrevistas a nível cultural;
- c) ausência de alguns profissionais, responsáveis pelo S V E, que, no momento da coleta de dados, encontravam-se de férias;
- d) escassez de tempo para realização da coleta;
- e) falta de organização das informações a nível local;
- f) dificuldade de acesso aos documentos, relatórios e outras informações.

TABELA 2.1 - População Estimada, Segundo Faixa Etária por Centro, Salvador, 1ª DIRES - Agosto de 1982

CENTROS DE SAÚDE	População 80	População 81	< 1 Ano 3,38	1-4 Anos 13,38	5-14 Anos 28,55	15 - + Anos 54,48	Ignorada 0,21
3º	182.475	190.504	6.439	25.489	54.389	103.787	400
4º	214.982	224.441	7.586	30.030	64.078	122.276	471
5º	174.766	182.456	6.167	24.413	52.091	99.402	383
9º	76.060	79.407	2.684	10.625	22.671	43.261	167
12º	79.237	82.723	2.796	11.068	23.617	45.067	174
T O T A L	727.520	759.531	25.672	101.625	216.846	413.793	1.595

FONTE: Dados censitários por área de Centro de Saúde, da CONDER, 1980.

3 - DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

De uma maneira geral todos os Centros dispõem de sa la específica para o desenvolvimento das ações de V E. exce- tuando o 5º e 9º que funcionam juntamente com o serviço de enfermagem partilhando seu mobiliário.

Com relação ao horário de funcionamento do S V E , a maioria deles funciona em ambos os turnos alternando os pro- fissionais responsáveis. No 12º e 4º Centro o funcionamento é irregular.

Embora tenha sido referido no documento do CABAS³ a manutenção de um sistema de emergência para eventuais calami- dades, em nenhum Centro pôde-se constatar este fato. Apenas o 5º Centro onde funciona o Serviço de Raiva mantém plantão aos sábados, domingos e feriados, no 1º expediente.

3.1 - Recursos Materiais e Financeiros

Quanto aos recursos materiais e financeiros, foi ci tado pelos Centros que a falta de veículos se constitui gran- de entrave para o S V E. No intuito de solucionar parte do problema, a DIRES vem fornecendo, ultimamente, carro, uma vez por semana, para cada Centro. Somente para casos suspei- tos e confirmados de meningite, poliomielite e difteria, o en- vio do transporte é imediato. Em época de campanha vacinal , entretanto, esta rotina se vê bastante prejudicada.

A utilização de meios alternativos de transporte pa- ra investigação de outras doenças que não meningite e pólio, três Centros dizem lançar mão da verba distribuída pela DIRES, com a ressalva de que nem sempre é suficiente para o mês.

Em vista do exposto, as atividades de investigação epidemiológica vem sendo pouco desenvolvidas.

3.2 - Recursos Humanos

O quadro de pessoal do S V E varia a depender do Centro. Os critérios adotados para esta distribuição não são conhecidos, contudo observa-se que no 3º e 4º Centros apresentam proporcionalmente à sua população e área de atuação, uma insuficiência de pessoal, sendo duas sanitaristas para o 3º Centro e uma sanitarista para o 4º Centro.

A figura da Visitadora Sanitária para a Vigilância Epidemiológica só foi vista no 3º Centro. O 4º e 12º Centro não possuem Visitadora, e nos demais este profissional atende a todas as necessidades do Centro. Não foi encontrada a figura do auxiliar de epidemiologia no nível local, somente a nível regional (1ª DIRES).

Foi observado que em todos os Centros, a coordenação das atividades de Vigilância está a cargo dos Sanitaristas, que desenvolvem as atividades específicas do S V E, outros como o fornecimento do "Atestado de Evicção" (Afastamento do funcionário das suas atividades, por motivo de um de seus dependentes contrair doença infecto-contagiosa, num período de oito dias ou mais se o médico julgar necessário).

No caso das Visitadoras Sanitárias suas funções básicas em relação do S V E, foram identificadas, na maioria dos Centros, como visitas domiciliares, busca de faltosos, visita aos casos novos de tuberculose, caso de investigação de tétano neo-natorum, controle de curiosas, educação sanitária.

Os sanitaristas destes Centros realizaram o Curso Básico de Saúde Pública e referiram que, ao assumirem o S V E, não receberam orientações específicas sobre as normas e rotinas, salientando-se inclusive que na discussão promovida pelo nível Central sobre a Lei Nacional de Vigilância Epidemiológica, participaram, de nível local, apenas os diretores dos Centros de Saúde.

3.3 - Normas e Rotinas

Com relação às normas e rotinas da Vigilância Epidemiológica, existe, a nível central, um documento elaborado pela CABAS¹ que é uma adequação da Lei Nacional de Vigilância Epidemiológica para o Estado da Bahia, mas, este não é conhecido pelo nível local, que de maneira geral recebe informações ou orientações sobre V E da DIRES através de ofícios ou telefonemas, os meios mais usados em virtude de não existir uma rotina de supervisão. Os Centros recebem o Calendário Epidemiológico que coincide com o Boletim Semanal de Notificação.

Embora existindo um Plano Operativo da SESAB/ISEB, que especifica em termos de meta para 1982, "a Investigação de 100% das doenças notificadas" e implantação de Serviços de Vigilância Epidemiológica em algumas DIRES, os profissionais do nível local afirmaram não ter conhecimento do P.O. e que nunca participaram na elaboração de qualquer programação Regional. De um modo geral os S.V.E. não recebem retorno das informações enviadas a DIRES, quer seja dos dados epidemiológicos de sua área ou da DIRES como um todo, quer dos casos investigados ou de interesse para o S.V.E.

Os profissionais do S.V.E. desconhecem as informações que retornam do nível central em forma de Boletins ou outros informes.

Em geral, os informes epidemiológicos que chegam ao Centro de Saúde "Boletim Epidemiológico" da FSESP, ficam na Diretoria para consulta de qualquer profissional.

A falta de retorno das informações foi citada pelos Centros de Saúde, como fator que não permite a avaliação das ações de Vigilância Epidemiológica.

Observou-se que os profissionais destes serviços não utilizam as informações sobre doenças investigadas e notificadas, faltosas de tratamento e outras informações disponíveis, para fins da avaliação da situação de saúde de sua área relacionada com a epidemiologia de determinadas doenças e as ações em execução; isto porém seria dificultado no 12º Centro pois não há registro sistemático das notificações e de investigações realizadas. O 3º Centro de Saúde faz anualmente um relatório contendo as atividades realizadas, dificuldades encontradas e a programação das atividades.

3.4 - Organização e Arquivamento das Informações

Não existe uma uniformização nos arquivamentos das fichas e formulários utilizados pelos Serviços de Vigilância Epidemiológica. Cada Centro adequa a sua maneira.

3.5 - Notificação

As notificações dos casos chegam aos Centros de Saúde, em sua maioria, por intermédio da la DIRES, sendo as doenças mais frequentemente notificadas: meningite, poliomielite, difteria, febre tifóide.

As notificações do próprio Centro são representadas em maior número por casos de sarampo, coqueluche, varicela, rubéola, tétano neo-natorum, etc. detectados em consultas de pediatria, puericultura, clínica médica e por parte das curiosas cadastradas no Centro.

Outros Serviços de Saúde da rede SESAB/ISEB, tipo "Postos Periféricos" notificam diretamente para a la DIRES. Embora os Postos de Saúde, que administrativamente estejam sob responsabilidade de alguns Centros, procedam da mesma maneira que os Postos Periféricos, exceto os subordinados ao 5º Centro.

O meio mais comum de notificação é através de telefone. A la DIRES em geral repassa as seguintes informações

do caso: nome, endereço e algumas vezes ponto de referência, data da hospitalização e tipo (suspeito ou confirmado). A "Ficha Epidemiológica - Controle de Casos", parte da DIRES para os Centros, procedendo-se então investigação epidemiológica. No entanto isto não ocorre com frequência e as fichas não são encontradas nos Centros de Saúde.

Em relação a notificação feita por outras instituições, não pertencentes a rede SESAB/ISEB, esta ocorre eventualmente, sendo feitas por algumas clínicas pediátricas, creches, centros comunitários, escolas ou mesmo a própria comunidade.

3.5.1 - As notificações obedecem ao seguinte fluxo:

- a) a DIRES ao receber a notificação preenche a "Ficha Epidemiológica - Controle de Casos" e envia ao Centro;
- b) o Centro registra as informações no "Livro de Registro de Casos de Doenças Transmissíveis, confirmadas e são ainda repassadas para a ficha de "Relatório de Investigação Epidemiológica";
- c) estas informações são também registradas no "Boletim de Notificação Semanal de Doenças Transmissíveis" (ASTECC 4.2.259), modelo oficial da Secretaria de Saúde usado por todos os Centros. Este é preenchido pelos Sanitaristas, em três vias, ficando uma via no Centro e as outras sendo enviadas a la DIRES semanalmente. As notificações são registradas neste Boletim, quer sejam ou não investigadas, exceto para o 3º Centro que só registra mediante investigação.

Ao final do processo de investigação, as "Fichas Epidemiológicas - Controle de Casos" são devolvidas a DIRES juntamente com as fichas de investigação e o relatório do caso.

3.6 - Investigação

A investigação epidemiológica é realizada em geral pelos sanitaristas, havendo prioridade para os casos de meningite, difteria, poliomielite e tétano neo-natorum. Nos casos de Raiva a investigação é de responsabilidade médica do Serviço de Raiva.

No 5º Centro de Saúde há participação dos estudantes de enfermagem em época de estágio.

3.6.1 - A investigação nos Centros pode ser assim discriminada:

- a) investigação de doenças de notificação compulsória e de investigação obrigatória;
- b) investigação de doenças de notificação compulsória mas não de investigação obrigatória (difteria, tétano neo-natorum);
- c) investigação para busca de faltosos ou de casos confirmados ou suspeitos de câncer ginecológico, doenças transmitidas por transfusão sanguínea e outros.

3.7 - Ações em Relação as Doenças de Investigação Obrigatória

3.7.1 - Meningite- Em geral os casos vão para o Hospital Couto Maia e daí é notificado a la DIRES, que comunica aos Centros de Saúde da área de procedência do caso.

A visita é realizada o mais breve possível, seja caso suspeito ou confirmado, com o objetivo de:

- identificar comunicantes
- fazer cobertura com minomax
- visita a escolas e local de trabalho
- educação Sanitária

A visita é registrada no relatório de Investigação e a quimioprofilaxia é registrada em fichas próprias.

3.7.2 - Poliomielite:

- identificação de suspeitas
- visitas a escolas, creches
- bloqueio dos comunicantes da faixa etária adequada; caso este ocorra próximo da campanha, aguarda-se a mesma para realizá-lo. Aplica-se o bloqueio num raio de 100 metros. Não foi citado procedimento vacinal nas escolas e creches.

A revisita é realizada após 60 dias com o objetivo de avaliar as sequelas e orientar a reabilitação.

As informações são registradas na ficha de Investigação Epidemiológica e as da revisita numa ficha própria.

3.7.3 - Difteria:

- investigação de contactos
- coleta de material nasofaríngeo e orofaríngeo
- encaminhamento de suspeitos aos Centros de Saúde
- encaminhamento do material ao LACEN - os resultados dos exames são comunicados a DIRES e esta aos Centros, às vezes o LACEN comunica diretamente ao Centro, por telefone.

O tratamento do portador é feito nos próprios Centros de Saúde exceto o 4º que encaminha para o Hospital Couto Maia.

A revisita é realizada em caso de portador sadio por todos os Centros.

As ações são registradas na Ficha "Relatório das Investigações", seguindo o mesmo modelo usado para meningite.

3.7.4 - Raiva - Para os casos de mordedura animal:

- efetua-se no 5º Centro vacinação anti-rábica e antitetânica.
- registram-se as informações na "Ficha de Controle de Raiva", no 5º Centro, conforme modelo do Ministério da Saúde.
- realiza-se a busca de faltosos da vacina em todos os Centros.

Em relação aos casos suspeitos, é de responsabilidade do 5º Centro realizar a investigação do caso.

3.8 - Doenças que são de Notificação Compulsória para as quais se Desenvolvem Algumas Ações

Estas doenças, em geral, são notificadas pelos Serviços dos Centros de Saúde, salientando-se o sarampo, coqueluche, varíola, hepatite, etc. Os centros registram os casos no "Livro de Registro" e orientam para as medidas de controle, internamento de complicações e encaminhamento para a vacinação.

O Tétano Neo-notorum porém, recebe um tratamento especial. Os casos notificados pela DIRES aos Centros são geralmente casos internados no Hospital Couto Maia ou já resultados de óbito. Os Centros efetuam a visita com o objetivo de identificar a curiosa e enviá-la para controle e treinamento e orientar as mães quanto a importância da realização do pré-natal. No caso de Tétano ser hospitalar, os Centros não desenvolvem nenhuma ação.

Em situação de surtos e sendo de interesse da Secretaria de Saúde, o 5º Centro preferiu realizar investigação do foco. Os dados são então anotados nas fichas de Investigação Epidemiológica e anexadas a um Relatório, são enviados para a DIRES.

3.9 - Integração Intra e Interinstitucional

A nível local a integração do Serviço de Vigilância Epidemiológica com os outros serviços dos Centros se dá mais em decorrência de necessidades do trabalho desenvolvido que por obediência a um fluxo formal pré-estabelecido.

Assim, dentro do Centro de Saúde o maior relacionamento é com os Serviços de Tuberculose, Laboratório e de Enfermagem. Com o Laboratório Central do Estado-LACEN, Instituto Brasileiro para a investigação do Torax-IBIT, Centro Integrado de Combate ao Câncer-CICAN e Instituto de Coleta de Sangue da Bahia-COLSAN a integração se deve a realização de exames laboratoriais.

A participação dos serviços particulares e da comunidade é rara.

4. - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIAIS DE V E

4.1 - Serviço de Raiva

Este serviço funciona numa área do subsolo do 5º Centro de Saúde junto com a vacinação anti-rábica humana.

Funciona diariamente nos dois turnos e em regime de plantão nos sábados, domingos e feriados no turno matutino.

O Serviço de Raiva da SESAB/ISEB está centralizado no 5º Centro (atendendo a capital e municípios da 1ª DIRES). Esta centralização foi referida como um problema, uma vez que atende a todos os pacientes mordidos de cães e outros animais transmissores da raiva, o que aumenta a demanda do serviço.

Existe integração com todos os serviços do Centro de Saúde e com os demais centros de Salvador.

O serviço conta com um quadro de pessoal fixo com uma médica trabalhando apenas em um turno, quatro auxiliares de Enfermagem treinadas, duas por turno. Além disso todas as auxiliares de Enfermagem do Centro de Saúde são treinadas para cobrir os plantões dos feriados e fim de semana.

A escala e supervisão da equipe de Enfermagem é realizada pela enfermeira supervisora do Centro de Saúde.

Não foi possível manter contato com a médica do Serviço pois a mesma se encontrava em férias, dessa maneira os dados foram obtidos através das auxiliares, Supervisora de Enfermagem e Diretor do Centro, ficando difícil acessos a maior parte dos dados.

Existe um livro onde são registrados todos os pacientes que fazem uso da vacina anti-rábica, contendo todos os dados possíveis referentes ao paciente inclusive o local da mor
dedura.

Em 1981, foram atendidos no Serviço 6.814 pacientes da capital, 427 do interior e destes 93 pacientes faltosos ao tratamento (vacinação).

O esquema de tratamento com orientações encontra-se na ficha individual de Anti-Rábico Humano, da Secretaria de Saúde.

Os casos complicados de vacina são encaminhados à médica do Serviço para as devidas orientações. Nos casos hospitalizados de Raiva, a médica se encarrega de fazer a visita hospitalar e a investigação epidemiológica. A busca de faltosos é realizada pela visitadora sanitária da área do Centro a qual pertence o paciente. Os dados dos pacientes vacinados de outras áreas são comunicados ao Centro que fez o encaminhamento.

O resultado das visitas são anotadas no Livro Geral de Visitas Domiciliares.

O controle de animais é feito pela Secretaria Municipal de Saúde. Apenas em casos de campanha o 5º Centro realiza a vacinação de animais.

4.2 - Serviço de Tuberculose

O Serviço de Tuberculose existe em quatro dos Centros de Saúde em estudo, não tendo sido implantado no 12º Centro.

A partir do convênio INAMPS/SESAB firmado em 1981 houve definição das áreas de competência dos serviços de tuberculose que em geral não coincidem com as áreas de abrangência dos centros para outras atividades.

Os serviços de tuberculose dos Centros estudados funcionam em dois turnos (com exceção do 5º Centro que só atende pela manhã) e tem rotinas e arquivos próprios (com exceção do 9º Centro), não dependendo do atendimento geral dos Centros.

São desenvolvidas atividades de consultas médicas e de enfermagem, distribuição de medicamentos, assistência social e Educação Sanitária.

A área física utilizada pelos Serviços de Tuberculose, é em geral, térrea e foi referida como satisfatória, a não ser o 9º Centro que não conta com sala de espera e se localiza no 1º andar.

Os serviços de tuberculose não têm verba própria, utilizando, quando necessário, a verba dos centros a que pertencem.

O quadro de pessoal dos Serviços é formado por médicos (que trabalham um só turno), enfermeiras, assistente social, visitadoras sanitárias, atendentes de enfermagem, agente administrativo e servente.

Nenhum centro se referiu a reciclagens recentes contudo há reuniões mensais com o Coordenador de Tuberculose na 1ª DIRES.

Quando o paciente chega aos centros para diagnóstico, é feito:

- a) matrícula no Registro Geral (Exceto 3º Centro que matricula direto no Serviço de Tuberculose) e encaminhamento para o Serviço de Tuberculose que recebe outro número próprio do Serviço.

- b) Confirmado o caso, fazem-se as devidas anotações na ficha do arquivo geral, e é aberta uma ficha de controle da Tuberculose (Ficha amarela) que, no fim do mês, é enviada a la DIRES e desta ao CEPRO;
- c) O paciente, enquanto em tratamento, tem todas as anotações feitas na ficha do serviço, e, ao final, são sumarizadas e transcritas na ficha geral do Centro, ficando aquelas arquivadas no Serviço por ordem numérica. O prontuário do paciente vai para o arquivo morto após 5 anos.

No 9º Centro, os procedimentos de Arquivo e Registro seguem a mesma rotina para outros pacientes, após o atendimento diário os prontuários voltam ao arquivo geral.

O 4º Centro além de utilizar os formulários padronizados pela SESAB/ISEB, criou o "Cartão de Alta" que o paciente leva após a alta, contendo o resumo de seu tratamento e outras informações básicas.

As informações são enviadas a DIRES e desta ao CEPRO através dos seguintes instrumentos:

- a) listagem de Alta - preenchida pelo Centro em duas vias (e enviado uma via à DIRES);
- b) mapa Mensal de Controle de Tuberculose (em três vias, ficando uma no Centro);
- c) notificação de D.T. (em três vias, ficando uma no Centro);
- d) ficha de Notificação e Controle de Tuberculose (ficha amarela) uma para cada paciente, enviada mensalmente a DIRES;
- e) livro de Registro (para abertura e encerramento do caso, nos Centros).

O suprimento de medicamento é feito, com base num mapa mensal, pela enfermeira do serviço de tuberculose, cons

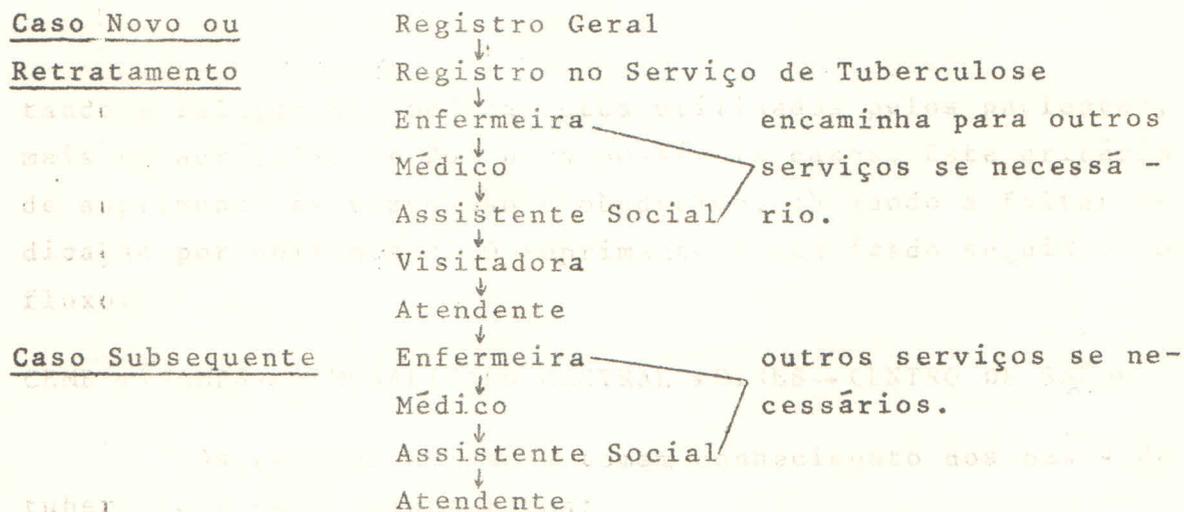
tando a relação dos medicamentos utilizados pelos pacientes, mais um acréscimo de 20% para possíveis casos. Este critério de suprimento às vezes não é obedecido, chegando a faltar medicação por dois meses. O suprimento é realizado seguindo o fluxo:

CEME → INAMPS → ALMOXARIFADO CENTRAL → DIRES → CENTRO DE SAÚDE

Os centros de saúde tomam conhecimento dos casos de tuberculose da seguinte forma:

- . Pacientes com sintomatologia diagnósticada pelos Centros.
- . Pacientes enviados por clínicas particulares, hospitais e rede do INAMPS.
- . Pacientes que retornam aos Centros para retratamento.

Qualquer que seja a porta de entrada do paciente no serviço, o fluxo de atendimento segue abaixo esquematizado:



Dos Serviços de Saúde anteriormente citados os que mais encaminham pacientes aos Centros são o INAMPS, Hospital Santo Antônio, Hospital Otávio Mangabeira- Dispensário Cesar de Araújo e outros serviços particulares.

Os procedimentos para diagnóstico mais usados são:

- Baciloscopia

- Abeugrafia e/ou radiografia de Tórax
- Cultura de Escarro.

A Baciloscopia é realizada em todos casos suspeitos em que é possível se colher material (3 baciloscopias - realizadas em dias consecutivos), em geral nos laboratórios dos próprios centros.

O PPD é realizado em cada centro em alguns comunitários de um caso de Tuberculose (menores de 15 anos não vacinados). Nos casos de reator forte, solicita-se abreugrafia e/ou baciloscopia, se possível.

A Abreugrafia é realizada no 2º Centro de Saúde ou no IBIT (Instituto Brasileiro para a Investigação do Tórax) já que nos Centros em estudo não existem aparelhos para tal. Quanto a radiografia de tórax, é feita nos previdenciários do INAMPS, em clínicas particulares credenciadas.

A Cultura de Escarro é feita nos pacientes para tratamento.

A visita domiciliar aos contatos dos casos novos é realizada pela visitadora sanitária em todos os Centros exceto o 4º. Na impossibilidade desta visita ser feita, o paciente é orientado para voltar ao Centro com os comunicantes diretos para que sejam realizados os procedimentos comuns a estes casos, que são:

- a) Baciloscopia de todos comunicantes (caso haja positivos, fazer tratamento);
- b) PPD, já referido acima, caso haja reator forte fazer a quimioprofilaxia;
- c) Abreugrafia, quando suspeita, fazer radiografia de tórax, se confirmada, fazer quimioprofilaxia mesmo que a baciloscopia seja negativa.

A busca de faltosos nos centros é efetiva para os pacientes do INAMPS, pois o mesmo é comunicado e se encarrega de localizá-los. Para os não previdenciários, esta busca não é realizada satisfatoriamente e, quando é feita, é pela visitadora do próprio serviço. Considera-se como faltoso todo paciente que não comparece à instituição após uma semana do apazamento para receber a medicação.

O tratamento do tuberculoso pode ser esquematizado em:

- a) ambulatorial - realizado nos centros de saúde, contudo na área do 4º Centro este também é feito no Hospital Santo Antônio e Dispensário Cêzar de Araújo.

O esquema de trabalho utilizado por todos centros é padronizado;

Esquema de Tratamento	Tipo de Paciente	Medicação Usada	Período
Curta duração	Casos Novos e	PZA	1º mês
	Retratamento	PZA + Rifampicina + INH	1º ao 4º mês
Longa duração	Casos crônicos ou resistentes	Etambutol + Etionamida + Estreptomicina	Até quando necessário
Quimioprofilaxia	Contatos	INH	6 meses

b) tratamento Hospitalar - O internamento só é feito nos casos considerados graves, obedecendo critério pré-estabelecido pelo Hospital Otávio Mangabeira e o IBIT.

Quanto ao controle e acompanhamento dos pacientes, são feitos mensalmente pelos Centros de Saúde havendo avaliação através de baciloscopia.

O encerramento do caso se dá por:

- a) cura - É dado pelo médico após baciloscopia negativa e radiografia normal. Para os pacientes do INAMPS é feito um relatório e enviado à perícia médica;
- b) transferência - Para outro Centro ou Hospital. Neste caso o paciente leva consigo o boletim de transferência;
- c) abandono - É dado após três meses de ausência do tratamento;
- d) óbito - Quando o paciente morre no Hospital ou é do INAMPS, o Centro recebe o comunicado e processa a alta. Quando ocorre na residência e o paciente não é providenciário esta informação às vezes se perde.

Todas as Normas e Rotinas do Serviço de Tuberculose são aquelas propostas pelo DNPS.

ção da DIRES, isto é, diante das vacinas que apresentam mudança de coloração, e tempo de validade vencido.

A busca de faltosos só é feita para a anti-rábica. Todos afirmam não haver supervisão da DIRES.

A produção do Serviço é registrada num mapa diário, feito pelos vacinadores, o qual fica arquivado no Serviço de Imunização. O mapa mensal é feito em três vias pela Supervisora, que envia duas a DIRES, de onde encaminha uma via ao CEPRO. O controle e estoque é feito num mapa mensal enviando duas vias a DIRES. Este serviço não está funcionando regularmente, por não haver cobrança do nível regional. Talvez, a falta desse controle justifique a falta de vacinas, e principalmente de PPD, nos Centros de Saúde.

5 - SERVIÇO DE IMUNIZAÇÃO

5.1 - Estrutura Física e Funcionamento

O serviço de imunização nos cinco Centros, funciona em espaço físico adequado. Em geral a responsável pela imunização é a Enfermeira Supervisora.

Observou-se número insuficiente de pessoal treinado para aplicação do BCG e PPD em todos os Centros de Saúde.

O treinamento de novos funcionários no setor de imunização é realizado no próprio serviço pela Supervisão de Enfermagem.

Houve uma reciclagem formal na apresentação do P.A.I. (Programa Ampliado de Imunização) para as supervisoras e enfermeiras dos centros para que estas repassassem para os demais funcionários. No entanto só foi observado este repasse no 3º Centro de Saúde.

Em todos os Centros são feitas as vacinas de rotina mais o teste PPD. Este último, exceto no 12º Centro.

A vacina anti-rábica, como já foi mencionado, só é feita no 5º Centro.

Em geral segue-se esquema proposto pela SESAB/ISEB.

Sobre rotinas e normas, em todos os Centros, foi encontrado um quadro de resumo das instruções técnicas sobre uso e conservação das vacinas, elaborado pelo M.S.

De um modo geral, existem dois livros: um para registro de PPD, outro para registro de vacinas.

As vacinas, a Nível Regional ficam no frigorífico, sendo transportadas ao Centro em isopor. A conservação, a nível local, é feita em geladeira, que, na medida do possível, procura-se conservar numa temperatura de 4º a 8ºC.

O controle de qualidade é feito segundo a orienta -

6 - ESTRUTURA DO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA DA SESAB/ISEB

O nível local representado pelos Centros de Saúde, o nível regional representado pelas Diretorias Regionais, o Central pela CABAS (SUPES) e CEPRO, são componentes do S V E da SESAB/ISEB que por sua vez integram o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde.

Dentro desse Sistema Nacional, é previsto pela lei que o nível local seja o executor das ações de Vigilância Epidemiológica. Dada a importância do seu papel, esse nível constituiu-se no objeto de maior destaque nesse estudo.

A normatização do sistema de vigilância a nível do Estado é feita pela Secretaria de Saúde baseada nas leis e normas do Ministério e é constituída dos seguintes instrumentos: "Orientação sobre intensificação das atividades de vacinação continuada e reimplantação das ações de V E nas DIRES" 3 onde constam as atribuições de cada nível do sistema; código sanitário, Manual de Supervisão (roteiro para Supervisão do S V E) e o Plano Operativo Anual do ISEB no qual são priorizadas as ações de vigilância.

A la Diretoria Regional de Saúde utiliza o documento relativo às atribuições e o Manual de Supervisão como pontos de referência nos quais ressaltam as ações de notificação e investigação dos casos de Poliomielite, raiva, meningite e varíola. O nível local desconhece esses documentos referentes ao S V E , assim como o Plano Operativo Anual do ISEB.

De modo geral o S V E nos três níveis deveria funcionar em regime integral, constatou-se porém que no nível local isto não ocorre, contudo, a exemplo de alguns centros, esta deficiência é corrigida mediante um artifício de revezamento entre os Sanitaristas. Saliencia-se que o Serviço Epidemiológico Especial de Raiva Centralizado no 5º Centro funciona também aos sábados, domingos e feriados.

O nível Regional, em casos eventuais como calamidade pública, campanhas de vacinação e outras situações dispõe de uma equipe para atuar prontamente.

O S V E do nível central progressivamente vem ampliando a rede de notificação das doenças atendendo em primeiro plano a estadual, depois a municipal e privada mediante cadastramento das unidades. A rede privada constitui o maior problema, devido carência de recursos humanos e transporte por parte do ISEB para recolher as notificações. A notificação compulsória das doenças é semanal e é feita com base na relação do Ministério da Saúde (é acrescida a outras doenças endêmicas no Estado) e no Calendário Epidemiológico.

Das doenças de investigação obrigatória, poliomielite, meningite, raiva e varíola, a notificação é diária, através do Hospital Couto Maia, que comunica ao CEPRO e a CABAS, que repassa as informações às Diretorias Regionais com exceção da la Diretoria que é informada diretamente pelo Hospital Couto Maia. A la DIRES repassa aos centros, por telefone. No caso das outras doenças as DIRES de origem recebem informações através do Boletim do CEPRO.

Não existe manual nem apostila que oriente o tipo de conduta face às doenças. As instruções baseadas nas normas do Ministério são repassadas através de reuniões nas DIRES (no momento está sendo implantado o manual do Sistema de Informação para Vigilância Epidemiológica na la DIRES) com a participação do Diretor Regional, Equipe Técnica, Auxiliar de Epidemiologia e Agente de Informática.

O nível Central relata que o Serviço de V E não funciona melhor porque não há infra-estrutura para diagnóstico na maioria das DIRES, isto se reflete na definição do diagnóstico; a confirmação é feita às DIRES nos casos das doenças de investigação obrigatória muitas vezes com defasagem de tempo. O encerramento dos casos dessas doenças é feito pelo nível central que notifica às DIRES tão logo o Hospi

tal Couto Maia forneça as informações. A DIRES deve repassar essas informações aos Centros, no entanto observamos que, na grande maioria das vezes, não há retorno. Bimensalmente se encerram os casos através de ofício às DIRES.

O CEPRO - Centro de Estatística e Processamento de Dados, da SESAB, através do Subsistema de Informação Epidemiológica, que trabalha com casos suspeitos e confirmados, promove o controle de recebimento, processamento, análise e estatística dos dados e divulgação. A nível da região metropolitana de Salvador, que é a área geográfica onde foi desenvolvido este estudo, as notificações de Doenças Transmissíveis são feitas pelos Postos e Centros de Saúde, no caso o 3º, 4º, 5º, 9º e 12º e pelas entidades existentes nas respectivas áreas, inclusive o Hospital Couto Maia. Essas notificações, semanalmente, são coletadas pela la DIRES e encaminhadas ao CEPRO que repassa à CABAS - Coordenação de Ações Básicas de Saúde, a qual analisa e registra em arquivos, as referentes às doenças de investigação obrigatória e também as de coqueluche, difteria, sarampo e tétano independente destas, outras doenças que estejam ocorrendo em número superior ao esperado.

O CEPRO, através do Subsistema de Mortalidade, seleciona os óbitos pelas doenças acima referidas, se não foram notificados enquanto casos, são transformados em notificação pelo Subsistema de Informação de V E e enviadas a CABAS.

No nível regional há uma equipe polivalente que é responsável pelo desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica, inclusive supervisão. Quando determinadas ações mais complexas não são viáveis de serem executadas pelo nível local, a DIRES envia técnicos para estudar a situação e tentar possíveis soluções.

Em casos de doenças de investigação obrigatória, a DIRES comunica por telefone aos Centros, ao tempo em que en-

via uma ficha de investigação (elaborada na DIRES), juntamente com uma viatura para que se proceda a investigação do caso.

O resultado desta é enviado sob forma de relatório à DIRES, onde é preenchida a ficha epidemiológica do M.S. , feito o encerramento do caso, geralmente sem que os Centros tomem conhecimento, exceto nos casos de poliomielite em que é necessária a revisita.

7 - NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS E COBERTURA VACINAL EM CENTROS DE SAÚDE

Comparando-se os coeficientes de notificação de algumas doenças de notificação compulsória nos 5 Centros de Saúde em estudo, Tabela 7.1 chama a atenção os coeficientes elevados para Difteria 12,07/100.000 e Meningite 15,74/100.000 apresentados pelo 3º Centro e Sarampo 12,59/100.000 no 9º Centro, assim como a notificação de apenas 2 casos de Sarampo pelo 4º Centro.

No que se refere aos coeficientes de notificações dos 5 Centros por doença, observamos que Meningite apresenta maior coeficiente (9,5/100.000) que Sarampo (6,18/100.000). Embora se saiba que a incidência de sarampo em nosso meio é bastante elevado, na sua maioria são notificados apenas os casos de maior gravidade que chegam aos Centros ou Hospitais, quanto à Meningite, por ser de tratamento hospitalar, a notificação é feita através do Hospital Couto Maia para a DIRES e desta para os Centros.

A comparação entre os dados dos Centros estudados e os da Capital mostra que houve uma concentração de notificação de Poliomielite (por parte destes centros - 5 casos) em relação aos 8 notificados para Salvador.

Processo inverso ocorreu em relação ao Sarampo, onde dos 859 casos notificados para Salvador estes Centros contribuíram com apenas 47. Supõe-se que isto se dava ao fato de Postos de Saúde notificarem diretamente à DIRES e não haver o repasse destas informações para os Centros de Saúde.

Em relação aos 6 casos notificados de raiva para Salvador esses 5 Centros não tinham registrado nenhuma notificação.

TABELA 7.1 - Casos Notificados (Número e Coeficiente de Incidência) de Doenças de Notificação Compulsória, por Centro de Saúde de Salvador, 1981.

Doenças	MENINGITE		POLIOMIELITE		DIFTERIA		RAIVA		SARAMPO	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
Centros										
3º	30	15,74	02	1,04	23	12,07	-	-	15	7,87
4º	22	9,80	01	0,44	15	6,68	-	-	02	0,89
5º	14	7,67	-	-	02	1,09	-	-	12	6,57
9º	04	5,03	-	-	03	3,77	-	-	10	12,59
12º**	02	2,41	02	2,41	-	-	-	-	08	9,67
TOTAL	72	9,47	05	0,65	43	5,66	-	-	47	6,18
SALVADOR	610	39,53	08	0,51	181	11,54	06	0,38	859	54,51

Fonte: Folha Semanal de Notificação Compulsória dos Centros de Saúde, 1ª Dires, Salvador-Ba. 1981.

CEPRO - Boletim Trimestral nº 3,4 (julho, 1982)

**Início de funcionamento, junho de 1981.

*Coeficiente po 100.000 habitantes.

Embora não se tenha conhecimento, nos Centros de Saúde, das metas para cobertura vacinal de rotina, verificou-se que no 3º Centro foram obtidos os maiores percentuais de cobertura de Sabin com 4,6%, DPT 9,7%, anti-sarampo 6,7% observando-se o maior percentual de BCG no 12º Centro 9,9%

Foram notadas menores coberturas no 4º Centro com 3,2% Sabin e no 12º 2,7% em DPT.

A análise destes dados nos mostra que a cobertura vacinal é muito baixa nos Centros de Saúde estudados, embora não tenham sido computados dados de Campanha de Sabin, Anti-Sarampo e DPT, realizadas em 1981.

TABELA 7.2 - Cobertura Vacinal: SABIN, DPT, ANTIS-RAPIPO, BCG nos 3º, 4º, 5º, 9º, 12º Centros de Salvador - 1981.

CENTRO	3º CENTRO			4º CENTRO			5º CENTRO			9º CENTRO			12º CENTRO*			TOTAL		
	Popula- ção	Doses Comple- tas	Cobertu- ra Vací- nal %															
SABIN**	31.928	1.459	4,57	37.613	1.190	3,20	30.580	1.275	4,16	13.309	440	3,30	13.864	52	3,75	127.294	4.578	3,43
DPT**	31.928	5.103	9,71	37.613	1.877	4,99	30.580	2.070	6,36	13.309	844	6,34	13.864	38	2,74	127.294	7.932	6,25
A.S.**	31.928	2.142	6,70	37.613	1.796	4,77	30.580	2.668	8,72	13.309	458	3,44	13.864	92	6,64	127.294	7.156	5,62
BCG***	86.316	4.528	5,24	101.691	4.561	4,48	82.671	5.255	6,35	39.980	1.705	4,26	50.481	294	9,64	341.139	16.543	4,79

FONTES: Boletim Mensal de Vacinação dos 3º, 4º, 5º, 9º e 12º Centros de Saúde

IBGE - 1980

CONDOR - 1981.

(*) O 12º Centro de Saúde entrou em funcionamento em junho de 1981.

(**) População de 0 - 4 anos

(***) População de 0 - 14 anos

8 - COMENTÁRIOS

A observação do S.V.E. dos Centros de Saúde permite visualizar a ausência de padronização no funcionamento, ficando sua estrutura dependente do grau de organização de cada centro.

Alguns Centros apresentam certo nível de organização capaz de desenvolver ações de vigilância. Esses Centros dispõem de profissionais específicos para o serviço. Em outros Centros os profissionais desempenham outras funções além das ligadas ao S.V.E. o qual, em alguns casos, não possuem área física exclusiva.

Observou-se uma não uniformidade na distribuição dos recursos humanos nos Centros de Saúde. Considerando a população das áreas de cobertura e as taxas de morbidade apresentadas na Tabela I, poderia-se afirmar que o 3º e 4º Centros de Saúde apresentam deficiência de pessoal.

Com relação à visitadora sanitária, o quadro mostra-se ainda mais deficiente, pois, em alguns Centros, ela inexiste ou está desviada de função. Em consequência disso, investigação de casos novos ou busca de faltosos de tuberculose não são realizadas na maioria deles.

Não foi possível identificar os critérios usados pela SESAB/ISEE, mais especificamente a la DIRES, para distribuição dos recursos humanos no S.V.E. e Tuberculose.

A prática desses profissionais nos Centros de Saúde observados apresenta-se limitada, notando-se uma falta de motivação e de criatividade e até mesmo desconhecimento de aspectos técnicos e administrativos que envolvem a organização e o funcionamento do S.V.E. Isto poderia se justificar pela ausência e/ou desconhecimento de normas e rotinas, falta de definição de atribuições e funções, ausência de reciclagem e treinamento em serviço e de inexistência de supervisão nos vários níveis.

Acresce-se a esses fatores a não participação do nível local na programação de suas atividades e no processo de avaliação que lhe permitiria uma melhor reflexão sobre sua prática.

Ainda em relação à organização, chamou a atenção, a não utilização sistemática da ficha de vigilância epidemiológica do M.S., suprimento irregular dos formulários elaborados pela la DIRES, falta de sistematização no registro de informações, dificuldades no manuseio das informações devido à sua forma de arquivamento.

Observou-se em relação ao registro, que uma mesma informação passa por diversas transcrições até alcançar o nível central. Além disso as fichas de investigação utilizadas pelo Centro não são as mesmas padronizadas pelo M.S. .

O Serviço de Tuberculose ainda persiste com um sistema de informação e arquivo próprio apesar de recorrer também ao arquivamento geral do Centro de Saúde. Esta duplicidade implica em manter uma estrutura de pessoal e recursos materiais, sobrecarregando técnicos que poderiam estar disponíveis para outras atividades.

Com referência à origem da notificação observou-se que a grande maioria dos serviços privados e mesmo em outras instituições públicas que prestam serviços de saúde não notificam os casos de doenças transmissíveis. Essa falta de um sistema de notificação organizado e atuante gera subnotificação e conseqüentemente o não desenvolvimento de muitas atividades de controle.

Em relação à notificação de doenças sujeitas à investigação, observamos que a forma como são repassadas as informações não possibilita que as ações sejam realizadas de imediato, a partir do conhecimento de um caso. Esse processo, devido à informalidade de como é feito, provoca também a perda de dados de identificação, e endereço.

Conforme mostra a Tabela 8.1 para a meningite e difteria, a média de tempo decorrido da data de internação ao recebimento da notificação pelos Centros, e da data da notificação à investigação é bastante variável. Não se identificou os motivos das diferenças verificadas entre uma e outra doença e entre os diversos Centros de Saúde estudados.

Quanto à investigação, é feita de acordo com a prática de cada profissional responsável pelo serviço. As ações desenvolvidas não são comuns em todos os centros estudados. Exemplificando, alguns centros desenvolvem atividades de investigação de difteria em escolas conquanto outros não o fazem.

Embora exista uma ficha de investigação epidemiológica da la DIRES, que é preenchida por ocasião da investigação do caso, é feito também um relatório que não conta com um roteiro padronizado. Nota-se com isso que alguns dados considerados importantes para a investigação (data de internação, confirmação do caso entre outras) deixam de ser anotados.

Com relação ao laboratório, sabe-se que dos exames enviados ao LACEN, relativos aos contatos dos casos de difteria, apenas os resultados negativos chegam aos Centros de Saúde. Os positivos são enviados à la DIRES que repassa a informação aos Centros de Saúde, dificultando uma ação a curto prazo por parte dos sanitaristas.

TABELA 8.1 - Média de Dias Decorridos Entre as Datas de Hospitalização, Notificação e Investigação de Casos de Meningite e Difteria, em 5 Centros de Saúde de Salvador - 1981.

Doenças	DIFTERIA		MENINGITE	
	\bar{X} Data Hospit.	\bar{X} Data Notific.	\bar{X} Data Hospit.	\bar{X} Data Notific.
Centros de Saúde	X	X	X	X
	Data Notific.	Data Investig.	Data Notific.	Data Investig.
39	1,00	10,63	-	2,17
49	8,62	8,13	2,63	0,52
59	-	2,00	-	28,42
99	3,00	1,00	4,00	-
129	-	-	2,5	-

Fonte: Relatórios de investigação epidemiológica dos 39, 49, 59, 99 e 129 Centros de Saúde.

\bar{X} = Média.

9 - PROPOSTAS

Adequação das normas existentes para o Serviço de Vigilância Epidemiológica da Capital, considerando que ela dispõe de uma melhor estrutura, em comparação com o restante do Estado.

Definição de quadro de pessoal para o S.V.E. quanto a número e categorização.

Definição clara e objetiva das atribuições dos sanitaristas e dos demais profissionais do S.V.E.

Estabelecimento de reuniões técnicas sistemáticas entre os três níveis, conjuntamente e em separado.

Promoção de reciclagens para atualização dos profissionais envolvidos no S.V.E.

Estabelecimento formal de rotinas para o S.V.E. de nível local.

Elaboração e cumprimento de um cronograma de supervisão nos diversos níveis.

Participação efetiva de representantes dos três níveis na elaboração do Plano Operativo Anual (P.O.A.).

Repasse imediato de documentação operacional e informes técnicos para o nível local.

Análise de indicadores de saúde e de dados do S.V.E. pelos níveis local e regional, visando à avaliação das ações desenvolvidas.

Definição da vinculação dos Postos aos Centros de Saúde.

Determinação oficial das áreas de cobertura e da população dos Centros de Saúde.

Participação regular de outras instituições e serviços de saúde da rede de notificação.

Extensão da investigação obrigatória para outras doenças transmissíveis como: sarampo, difteria, coqueluche e tétano, considerando que são de grande incidência e alta taxa de letalidade e passíveis de controle pela imunização.

Utilização das fichas de Investigação Epidemiológica do M.S. no Centro de Saúde.

Estudo de Fichas de Investigação Epidemiológica da la DIRES, em uso pelos Centros de Saúde e da proposta de ficha e rotinas para o S.V.E. elaborada pelos residentes de Medicina Social.

Dotar os laboratórios locais de condições para realizar exames de confirmação diagnóstica para algumas doenças transmissíveis tais como: difteria, tuberculose e hepatite.

Incrementação da atividade de visita domiciliar com visitas ao acompanhamento de busca de faltosos e casos novos de tuberculose.

Melhoria do esquema de transporte que possibilite o cumprimento das atividades em tempo hábil.

Disponibilidade de espaço físico exclusivo para o S.V.E., contando com material permanente e suprimento regular de material de consumo, inclusive formulários.

Implementação do subsistema de informação para Vigilância Epidemiológica no nível local.

Implementação da proposta de descentralizar o serviço de raiva.

10 - ANEXOS

10.1 - Setorização da cidade do Salvador - Convênio INAMPS/SESAB/Tuberculose
1981

SETOR	BAIRROS	UNIDADE DE SAÚDE		OBSERVAÇÃO
		REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE		
01	Beirú, Cabula, Dois Irmãos, Engomadeira, Mata Escura, Narandiba, Pernambuês, Saboeiro, Susuarana, São Gonçalo do Retiro, Barreiras, Arraial do Retiro e Calabetão	2º Centro de Saúde End: Campo da Pólvora Nazaré		
02	Castelo Branco, Cajazeira, Jardim Esperança, Nova Brasília, Novo Marotinho, Nogueira, Pau da Lima, Sete de Abril, Águas Claras	2º Centro de Saúde End: Campo da Pólvora Nazaré		
03	Campinas, Fazenda Grande, Largo do Tanque, Marchal Rondon, São Caetano, Pirajá, Valéria	3º Centro de Saúde End: Lima e Silva Liberdade		Horário de atendimento a partir das 12:30 horas
04	Escada, Itacaranha, Plataforma, Praia Grande, Alto da Terezinha, Lobato	4º Centro de Saúde End: Av. Dendezeiro, S/N Dendezeiros		
05	Setúbal, Coutos, Felicidade, Parípe, Períperi, São Tomé de Parípe	4º Centro de Saúde End: Av. Dendezeiro, S/N Dendezeiros		

SETOR	BAIRROS	UNIDADE DE SAÚDE		OBSERVAÇÃO
		REFERENCIA PARA TUBERCULOSE		
06	Bate Facho, Boca do Rio, Bolandreira, Casção Pituaçú, Armação, Stlep, Patamares, Av. Paralela, Av. Antonio Carlos Magalhães, Pituba	TBIT End: Padre Feijó, 27 Campo Santo		
07	Abatê, Aeroporto, Itapoã, Tinga, Jardim Encantamento, Mussurunga, Nova Brasília de Itapoã, São Cristovão, Estrada Velha do Aeroporto, Cassange, Jardim Ipitanga, Plakaford	TBIT End: Padre Feijó, 27 Campo Santo		
08	Alagados, Bonfim, Calçada, Dendzelros, Mares, Monte Serrat, Ribeira, Roma, São Joaquim, Massaranduba e Uruguaí	Dispensário Cezar de Araújo End: Lopes Trovão, s/n Massaranduba		
09	Baixa de Quintas, Cidade Nova, Curuzu, Estrada da Rainha, IAPI, Lapinha, Liberdade, Pau Miúdo, Pero Vaz, Soledade, Caixa D'Água	3º Centro de Saúde End: Lima e Silva s/n Liberdade		Horário de Atendimento a partir das 12:30 horas
10	Brotas, Cosme de Farias, Engenho Velho de Brotas, Luiz Anselmo, Santo Antonio, Sete Portas	2º Centro de Saúde End: Campo da Pólvora Nazare		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAHIA. Leis, decretos etc, Lei nº 3.982, de 29 de dezembro de 1981, Dispõe sobre o Subsistema de Saúde do Estado da Bahia, D.o., Salvador, 31 de dezembro de 1981 p.6
2. _____ Secretaria de Saúde, Centro de Estatística e Processamento de Dados. Subsistema de informações para vigilância epidemiológica nas DIRES. Salvador, 1981.
3. _____ Superintendência de Saúde. Coordenação de Ações Básicas de Saúde - Orientação sobre a intensificação da vacinação contínua e reimplantação das ações de vigilância epidemiológica nas DIRES. Salvador, 1980.
4. BARRETO, M. et alii - Contribuição para a organização dos serviços de vigilância epidemiológica no Centro de Saúde de Salvador, UFBA - INAMPS - SESAB, 1982. (Trabalho realizado pelos Residentes do Curso de Medicina Social).
5. BORGES, V. M. - Enfermagem na vigilância epidemiológica em serviços básicos de saúde; um enfoque de participação. Rio de Janeiro, 1980. (Tese de Mestrado)
6. BRASIL. Leis, decretos etc. Lei 6.259, 30 de outubro de 1975, Institui o Sistema de Vigilância Epidemiológica. Brasília, LEX, 39:653, 1975 p.653