

Vigilância Epidemiológica

Carlos Eduardo Aguilera Campos

cadu@vetor.com.br

A Saúde Pública, enquanto uma instituição das sociedades modernas, se diferenciou da Clínica, pelo menos em três aspectos fundamentais. Foi, e é, parte indissociável da atuação dos Estados nacionais e, somente neste contexto, se desenvolveu. Não que isto tivesse sido uma opção ou estratégia de sobrevivência, mas por uma simples decorrência da constituição histórica destas sociedades e, a partir daí, do objeto do qual se ocupou. A Saúde Pública serve aos objetivos dos Estados modernos, a uma necessidade do capitalismo de reprodução da força de trabalho, legitimando-o.

Decorre daí sua segunda característica, relacionada ao seu objeto: a doença enquanto um fenômeno coletivo. Principalmente e na proporção com que esta doença, ou problema sanitário, ameaçava a segurança pública, o sistema social ou o modo de produção. Ou, em outras palavras, a Saúde Pública, ao estudar e atuar nos fenômenos de saúde e doença, buscou desvendar as suas dimensões sociais, tendo o feito, porém, numa ótica Estatal, com todas as implicações que isto envolve. A Medicina Social, com sua visão totalizadora e ampla sobre a enfermidade, oriunda dos séculos XVIII e XIX, dá lugar a uma nova fase, ao subordinar a epidemiologia à concepção epistemológica da Clínica. A Saúde Pública, a partir daí, passa a ser uma vertente administrativa das práticas que se tornam, cada vez mais, médico-hegemônicas. Isto só é possível devido aos avanços científicos, que permitem à Clínica, ao centrar-se no estudo “positivo, neutro” das enfermidades, propor intervenções saneadoras, cujos êxitos a fez fechar-se em si mesma, determinando a lógica biologicista de sua atuação. Perde-se, então, a dimensão da Saúde Pública como espaço de diálogo, discussão e criação de consensos sobre os problemas apresentados pelas condições de vida e de trabalho dos coletivos populacionais.

Em terceiro lugar, a Saúde Pública passou a ser responsável por formular a melhor maneira de administrar as novas técnicas que permitissem a prevenção dos agravos à saúde. Prevenir sempre que possível, na impossibilidade de curar. Esta função no sistema social capitalista foi responsável pelo seu apogeu e, na medida que este Estado se desenvolveu, novas nuances relacionadas a estas funções foram sendo estabelecidas, não sem crises e impasses. Diga-se de passagem, e sem buscar aqui uma análise mais extensa, que sempre existiu uma dicotomia entre a saúde pública e a clínica, apesar de suas lógicas estarem funcionalmente em sintonia dentro dos objetivos do sistema social e econômico. Por princípio, a Epidemiologia gerou, um conflito permanente, apesar de secundário, com a Clínica institucional. Crise esta bastante difícil de superar em determinados contextos. Um muro difícil de transpor estava dado pelo fato de que a Epidemiologia sempre pressupôs subordinar as necessidades individuais aos interesses da saúde das populações. Decorre daí que inúmeras tentativas de integração organizacional da Clínica com a Saúde Pública esbarraram também na problemática desta contradição.

Portanto, para alcançar os seus objetivos, a Saúde Pública lançou mão de conhecimentos disponibilizados pelo avanço das ciências da saúde, notadamente a Clínica, e secundariamente

da administração, da estatística, da engenharia que foram usados para lidar com problemas considerados impeditivos para o desenvolvimento social e econômico. A Epidemiologia, neste aspecto, constituiu-se em poderosa ferramenta que marcou os avanços da atuação da Saúde Pública.

John Snow (1813 a 1858), ao investigar a epidemia de cólera em Londres, ainda antes do conhecimento da microbiologia, tornou-se o pai da epidemiologia moderna. Sua capacidade de analisar o modo de transmissão da doença e a distribuição temporal e espacial de sua ocorrência permitiu-lhe concluir a respeito da provável fonte de contágio e nas medidas que pudessem interromper a transmissão sua transmissão. Com Louis Pasteur (1822 a1895) a microbiologia transforma o conhecimento a respeito da transmissão das doenças

A VE foi historicamente, e continua sendo, considerada uma estrutura e uma função de Estado, na medida em que cumpre funções consideradas de interesse público, tais como:

- Impedir a propagação de doenças de caráter epidêmico que coloquem em risco a sociedade
- Controlar a disseminação de doenças e agravos provenientes de outros países ou regiões
- Manter a ordem política, econômica e social sob a ameaça de epidemias e mortes
- Monitorar a dinâmica populacional e controlar a ocorrência de doenças, agravos e óbitos na população
- Organizar as medidas de prevenção de doenças e agravos que incidem sobre a população por meio das tecnologias disponíveis no campo da clínica e da saúde pública.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (8080) a Vigilância Epidemiológica é definida como:

“um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes ou condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar ou adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”

As funções da Vigilância Epidemiológica nos níveis federal, estadual e municipal:

- Fornecer orientação técnica permanente para os que tem a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a sua ocorrência, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada.
- Ser instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas

Noção importante:

A VE tem por objetivo interromper cadeias de transmissão, dentro de um contexto homem - meio ambiente. Isto significa que o conhecimento do território, das formas como se organizam os espaços e as relações sociais são fundamentais. A atuação em VE exige precisão, informação dirigida para a ação e agilidade na tomada de decisão. Não se pode pecar pela omissão com riscos sérios para a comunidade como um todo.

Metodologia

Roteiro de Investigação

De quem foi contraída a infecção?

Qual a via de disseminação da infecção?

Que outras pessoas podem ter sido infectadas pela mesma fonte?

Quais as pessoas a quem o caso pode haver transmitido a doença?

A quem o caso ainda pode transmitir? Como evitar?

Andamento das investigações

Dados de identificação

Dados de anamnese e exame físico

Suspeita diagnóstica

Meio ambiente

Exames complementares

Busca ativa de casos

Busca de pistas

Período de incubação

Outros casos na localidade

Vetores

Grupo etário mais atingido

Fonte de contágio mais comum

Modo de transmissão

Época em que ocorre

Quais as doenças que serão investigadas?

Critérios de eleição:

Prioritária pelo sistema de vigilância

Que exceda a freqüência anual

Suspeita de fonte comum de infecção

Gravidade clínica maior que a habitual

Doença desconhecida na área

Processamento e análise dos dados

Tempo, espaço e pessoas

Quando?

Onde?

Quem?

Associação causal Por que?

Processamento e análise dos dados (objetivos):

Redução de morbi-mortalidade

Medidas de Prevenção

Intervenção mais oportuna

Etapas da VE:

Trabalha em um processo com três etapas fundamentais

INFORMAÇÃO

Diagnóstico, suspeição

Coleta de dados

Processamento

DECISÃO

Análise e interpretação

Recomendação das medidas de controle

AÇÃO

Promoção das ações de controle indicadas

Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas

Divulgação de informações pertinentes

Critérios que devem nortear a seleção de doenças e agravos

Magnitude: elevada frequência

Potencial de disseminação

Transcendência: severidade, relevância social e econômica da doença

Vulnerabilidade: disponibilidade de tecnologias eficazes e efetivas para o controle ou erradicação

Custo: eficiência das ações necessárias para o controle ou erradicação

Estigma e medo: potencial de desagregação da trama social: desordem/pânico/caos social

Tipos de dados

Demográficos e ambientais

Morbidade

Mortalidade

Notificação de surtos e epidemias

Só se deve coletar dados que tenham uma utilização prática

Laboratórios

Bases de dados dos Sistemas Nacionais

Investigação Epidemiológica

Estudos epidemiológicos (inquéritos e levantamentos)

Sistemas sentinela: evento sentinela detecção de doença prevenível, incapacidade, ou morte inesperada cuja ocorrência serve com um sinal de alerta de que a qualidade da terapêutica ou prevenção deve ser questionada. Ocorrência de Sífilis Congênita. Ocorrência de AIDS em recém nato, ocorrência de Tétano, ocorrência de amputação de membros inferiores em pacientes com diabetes etc.

VE no nível municipal

- Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos
- Participação na formulação de políticas, planos e programas de saúde
- Implantação, gerenciamento e operacionalização dos sistemas de informação epidemiológicos para a análise da situação de saúde municipal
- Investigação epidemiológica
- Execução de medidas de controle
- Estabelecer diretrizes, normas e procedimentos padronizados em VE
- Identificação de novos agravos prioritários para a VE
- Definir padrões de qualidade de assistência
- Educação continuada aos profissionais de saúde
- Elaboração e difusão de boletins epidemiológicos

Existe um imperativo de se diversificar o rol de doenças e agravos sob vigilância no nível municipal, com incorporação gradativa de novas doenças e agravos, inclusive das doenças não transmissíveis, para além do que está definido nos níveis estadual e federal. Neste caso o nível municipal deve criar o seu próprio fluxo de informações que atenda às necessidades do sistema local de saúde e construir programas de controle localmente diferenciados. Quanto mais eficientemente estas funções forem realizadas localmente maiores serão as oportunidades com que as ações de controle tenderão a ser realizadas. Não mais se admite que a atuação no âmbito local esteja restrita a coleta e envio de dados.

Para um plano de ação de VE em bases locais são necessárias as seguintes condições

- 1) A análise crítica e multivariada das condições de vida da população em seu ecossistema territorial
- 2) Identificação e hierarquização dos fatores de risco para o adoecimento e morte
- 3) A estratificação social e epidemiológica da população segundo os grupos sociais e a prevalência dos fatores de risco
- 4) Seleção de estratégias e atividades finais para a prevenção e vigilância
- 5) Programação dos recursos necessários e dos serviços a serem ofertados, bem como da retaguarda necessária para este controle

- 6) Criar um mecanismo de avaliação que permita medir o progresso e realizar os ajustes necessários
- 7) Execução das ações segundo um cronograma previamente determinado.
- 8) Monitoramento da situação de saúde e dos resultados da ação

A Saúde da Família e sua importância para a VE

Mesmo considerando que, de uma forma geral, os critérios de implantação das unidades e equipes de saúde da família obedecem a um critério de atender populações sem cobertura assistencial satisfatória e em condições socioeconômicas desfavoráveis, sabemos que mesmo assim, as comunidades tem perfil heterogêneo quanto a estes aspectos.

Para se obter impacto nas atividades que reduzam a desigualdade a identificação de grupos prioritários é crucial. Esta identificação deve ser precisa. Neste sentido o enfoque da microárea, adotado pelo PSF é fundamental. Os habitantes de uma microárea estão sujeitos a ambientes ecológicos e sócio econômicos similares e compartilham a mesma condição de vida, tais como instalações sanitárias, tipo de moradia, instalações domésticas, condições de vida tais como renda familiar, nível de instrução etc. Sua delimitação é útil para identificar grupos prioritários e para se alcançar a equidade das ações de saúde.

A identificação das microáreas é realizada segundo parâmetros técnicos via informações disponíveis mas também pela experiência e a percepção da própria comunidade. São informações qualitativas e se referem a própria percepção da desigualdade, da historia de carência, sofrimentos e padecimentos. De uma forma geral estas áreas tendem a ser aquelas de ocupação mais recente, com famílias que se instalaram precariamente em locais disponíveis e não se estruturaram socialmente e economicamente no local, estando ainda submetidos a algum processo de exclusão por falta de oportunidades de emprego, de serviços públicos etc.

Estas microáreas devem ser alvo de uma atenção diferenciada, levando em conta os recursos existentes na comunidade. Neste processo estarão sendo identificados as famílias com maior risco segundo suas condições de vida e de saúde. Deve se aumentar a capacidade alocativa de cuidados a estas microáreas. Desta forma a VE, ao utilizar-se um poderoso instrumento para que o PSF, e o sistema de saúde como um todo, possa alcançar a equidade em suas ações.

DISCUSSÃO

Qual é o papel das equipes de saúde da família dentro do sistema municipal de VE. Quais são seus limites no âmbito do trabalho em APS?

Exercício de VE

Leia e discuta este relato de Ângela Pasin, médica de família e comunidade e a resposta da residente em MFC, buscando referir este caso com as próprias práticas. Outros tipos de doenças e agravos podem também ser discutidos pelo grupo, como por exemplo:

- Monitoramento do nascimento de recém nascidos de risco
- Ocorrência de doença (hepatite, diarreia) de veiculação hídrica em número elevado chegando à unidade
- Acompanhamento de complicações nos portadores de doenças crônicas (diabetes e hipertensão)
- Ocorrência de diagnósticos de câncer em sua área de abrangência
- Riscos ambientais (lixo,
- Casos suspeitos de dengue na comunidade
- Pacientes com problemas mentais sem atendimento de referência

Colegas

Gostaria de saber a opinião de vocês sobre a seguinte questão:

madrugada: Paciente de 19 anos, internado com sinais de irritação meníngea no único hospital da cidade.

9:00hs: Puncionado o LCR demonstrou a possibilidade de diplococcus G-.

11:00hs: Vigilância Epidemiológica foi acionada para bloqueio em quimioprofilaxia nos contactantes. E.S.F foi solicitada para avaliação e atuação no caso.

14:00hs: Foi realizada VD pela médica que encontrou 3 adultos e 1 criança de 14 meses morando na casa. Durante VD encontrou uma outra criança (vizinha) da mesma idade que permanecia na casa durante o dia sob os cuidados da família, enquanto a mãe trabalhava. Ampliado o bloqueio para esta criança. Foram feitas todas as orientações (dose adulto e infantil, efeitos colaterais e da necessidade do bloqueio) pertinentes ao caso para a cuidadora (da família e da 2ª criança).

17:00hs: ACS da microárea comunica que a mãe da 2ª criança recusou a proposta, negando-se a oferecer a medicação!

Que fazer? A suspeita de meningococemia não estava confirmada. O bloqueio deveria ser feito nas 1ª 24 horas da suspeita.

Aguardo pronunciamentos... o desfecho deste caso já ocorreu mas vale como um exercício que inclui a medicina (clínica) de família e de comunidade, sua integralidade, trabalho em equipe e intersectorialidade.

Ângela Pasin

MFC - Ilhabela SP

Boa tarde, em relação ao caso suspeito de meningite meningocócica, acho que o melhor a fazer era chamar a 2ª. mãe para uma consulta ou fazer um VD e tentar novamente explicar a situação. Mas também devemos lembrar que a quimioprofilaxia deve ser feita o mais breve possível porém pode ser feita até 30 dias da confirmação do caso e que a profilaxia visa apenas

deter o portador são, que geralmente é um adulto. Um bom site para esse tipo de informação é o site da vigilância epidemiológica de SP.

Patricia R1 MFC-UNIFESP

Bibliografia

MS-FUNASA-CENEPI

Guia de Vigilância Epidemiológica – 1998 Brasília, , MS, 4ed. , 1998

Kadt E. e Tasca.R. Promovendo a Equidade um novo enfoque com base no setor saúde. HUCITEC, SP, 1993 107pág

Rouquayrol, Maria Zélia e Almeida Filho, Naomar. Epidemiologia&Saúde. 5ªed., RJ, Medsi, 1999.

Buss, P.M. e Ferreira J.R.Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Fiocruz, RJ, 1998, 178pág.

OPAS. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos Experiências. Washington, DC, 1990. 742pág.