Vigilância em Saúde

II ENCONTRO REGIONAL DE IMUNIZAÇÃO E VI FÓRUM REGIONAL DE IMUNIZAÇÃO LESTE 2017

Maria de Fátima Soares, Ricardo Dias Erguelles
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O IMUNILESTE, grupo de trabalhos e estudos em imunização da CRS Leste formado por profissionais das Unidades de vigilância em Saúde – UVIS, Supervisão técnica de Saúde – STS, Coordenadoria Regional de Saúde Leste, CRS Leste, Posto de Distribuição de Imunobiológicos - PADI Leste e Parceiros promoveu o II Encontro Regional de Imunização Leste e o VI Fórum Regional de Imunização. O evento ocorreu nos dias 06, 11 e 12 de dezembro 2017, em parceria com o CCD/COVISA, CVE e a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM) e destinou-se aos profissionais de enfermagem, médicos e assistentes sociais das 116 Unidades Básicas de Saúde da CRS Leste e suas sete Supervisões Técnicas de Saúde: Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim, Itaquera, São Mateus e São Miguel. O evento contou também, com a participação de profissionais da educação inseridos no território da CRS Leste, membros dos Conselhos tutelares e demais convidados. Nos encontros foram ministradas palestras sobre: A recusa Vacinal; Vacinação em Adultos e Idosos; Ética nas Imunizações; Justificativas de não vacinação na CRS Leste; Conquistas e desafios em imunização e Discutindo Erros de Imunização. No VI Fórum Regional de Imunização Leste, foram apresentadas as palestras: Risco de doenças imunopreveníveis; Imunobiológicos em 2017-2018; Imunização na CRSL 2017-2018; Educação em Imunização; Experiências bem sucedidas em Imunização pelas Unidades Básicas de Saúde do território. Ao final foram eleitos os três melhores trabalhos que receberam: • Certificação Ouro: Busca Ativa: Uma experiência do trabalho Intersetorial entre UBS e rede escolar do território - UBS Cidade Líder I da STS Itaquera; • Certificação Prata: Vacina BCG durante a amamentação: empoderamento da mãe e manejo da dor no recém-nascido - UBS Jd. Santa Barbara da STS São Mateus; • Certificado Bronze: Persistência da equipe: um fator decisivo para garantia da imunização – UBS Primeiro de Outubro da STS Guaianases;

OBJETIVOS

Refletir sobre os aspectos éticos da vacinação e corresponsabilidade da rede de apoio às famílias Compartilhar experiências bem sucedidas entre os serviços de imunização da Coordenadoria de Saude Leste. Avaliar o trabalho desenvolvido em 2017 com novas perspectivas para 2018.

METODOLOGIA

O II Encontro Regional de Imunização e o VI Fórum Regional de Imunização Leste foram promovidos pelo Imunileste em parceria com o CCD/COVISA e CVE. O grupo se reuniu semanalmente a partir de outubro de 2017 para organizar o evento. Participaram dos eventos, profissionais de enfermagem, médicos, assistentes sociais de UBSs, Hospitais, PA, PS, UVIS, STS, PADI Leste e os parceiros: SECONCI, APS Santa Marcelina e Fundação ABC, além de profissionais

da educação. . O evento contou com dois momentos: o primeiro com palestras para atualização e o segundo foi para avaliação do trabalho realizado no ano de 2017 com premiação dos trabalhos bem sucedidos e planejamento para o ano de 2018.

RESULTADOS

A participação foi de 88, 5% de frequência, dos 350 participantes inscritos nos três dias. Palestrantes: • Helena K. Sato – Diretora da Divisão de Imunização – CVE/SES; • Maria Lígia B. R. Nerger – Subgerente de Imunização – CCD/COVISA; • Guido Carlos Levi – Sociedade Brasileira de Imunização; • Gabriel Wolf Oselka – Centro de Vigilância Epidemiológica – SES SP • Renato de Ávila kifouri - Sociedade Brasileira de Imunizações; • Simone Garcia - Interlocurora de imunização da Divisão Regional de Saúde norte/CRS Norte; • Mayra Moura - Sociedade Brasileira de Imunizações; • Maria de Fátima Soares – Interlocutora de Imunização da Divisão de Regional de Saúde Leste/CRS leste; • Marco Antônio P. Dias da Silva – Vice-presidente do Conselho Regional de enfermagem de SP. O evento foi finalizado com a premiação das unidades por desempenho e comprometimento nas ações de imunização. Foram certificadas três unidades por região como ouro, prata e bronze.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da complexidade das ações de imunização é necessário um momento em que os profissionais de todos os níveis envolvidos se reúnam para conhecimento dos trabalhos realizados no território, atualização das informações e dados, adquirir novos conhecimentos através das palestras e debater as facilidades, dificuldades buscando soluções para os problemas vivenciados no cotidiano. Foi um ótimo momento para o acolhimento aos trabalhadores e de trocas de experiências no território.

Vigilância em Saúde

5 CHAVES PARA PREVENÇÃO DE MORDEDURAS

Wernner Santos Garcia, João Gabriel Zerba Corrêa, Cesar Augusto Dinóla Pereira, Rosangela Ribeiro Gebara, Stefanie Sussai, Edimar Alves de Azevedo, Fabio Junior de Oliveira Ferreira, Karen Fernanda de Freitas Garilho, Cláudia Pereira dos Santos Martinez, Gisele Pereira Gonçalves
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) São Miguel tem observado um grande número de casos de mordeduras em sua região, especialmente na faixa etária de 5 a 9 anos, sendo o principal agressor o cão. A Proteção Animal Mundial (World Animal Protection – WPA) possui um programa que visa a educação para a prevenção de zoonoses transmitidas por mordeduras, principalmente a raiva. O programa "5 chaves para prevenir mordidas de cães" que são: 1) Não me importune ou assuste, quando estou com a minha comida ou amarrado, 2) Afaste-se de mim quando estou bravo ou assustado, 3) Não se mova se eu me aproximar sem coleira, 4) Aproxime-se de mim com cuidado, 5) Se um cão o morder, lave bem a ferida e busque um posto de saúde; profissionais dos centros de saúde. O Projeto"5 chaves para a prevenção de mordeduras" se constituirá em levar os conceitos de prevenção de mordeduras e guarda responsável de uma maneira lúdica, para os estudantes do Ensino Fundamental I, da região de São Miguel Paulista.

OBJETIVOS

Prestar atendimento à comunidade da Prefeitura Regional de São Miguel Paulista, ofertando educação em guarda responsável e prevenção de mordeduras, para os estudantes de 5 a 9 anos.

METODOLOGIA

Através da ideia formalizada entre a UVIS São Miguel, a estagiária pelo CIEE que estagia na UVIS, graduanda em Medicina Veterinária Stefanie Sussai e o Prof° Dr. Cesar Augusto Dinola Pereira, a Proteção Animal Mundial, via Médica Veterinária Rosangela Ribeiro Gebara e a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) São Miguel, supervisionada pelo Médico Veterinário Wernner Santos Garcia, os graduandos do Bacharelado em Medicina Veterinária e Agentes de Endemias da UVIS São Miguel. O projeto se constituirá em prestação de serviços à comunidade da Prefeitura Regional de São Miguel Paulista, que é dividida em três distritos administrativos: Jardim Helena, Vila Jacuí e São Miguel Paulista. Uma escola de Ensino Fundamental I de cada distrito foi escolhida para a atuação no início do projeto, sendo a atuação piloto programada para o final de setembro de 2017, no Jardim Helena. O distrito administrativo Jardim Helena em São Miguel Paulista teve registro de 246 casos notificados de mordeduras em crianças de 5 a 9 anos, público alvo do projeto, no período de 2007 a junho de 2017. A atuação piloto acontecerá na "E. E. Estela Borges Morato", no período de 25 a 29 de setembro de 2017. O Projeto de Extensão Universitária "5 chaves para a prevenção de mordeduras" será dividido em três etapas: • Primeira etapa: capacitação de Graduandos em Medicina Veterinária voluntários e Agentes de

Endemias da UVIS São Miguel nos princípios das 5 chaves de prevenção de mordeduras. • Segunda etapa: atuação educativa integrada UVIS São Miguel e Graduandos de Medicina voluntários com crianças de 5 a 9 anos nas escolas de Ensino Fundamental I da região da Prefeitura Regional de São Miguel Paulista e coleta de dados inicial. • Terceira etapa: retorno às mesmas escolas de Ensino Fundamental I da região da Prefeitura Regional de São Miguel Paulista para a coleta de dados final. Planejadas para serem adequadas de acordo com a faixa etária dos estudantes, que varia de 5 a 9 anos de idade, correspondente a um dos principais grupos de risco de exposição a mordedura da Subprefeitura de São Miguel Paulista, as metodologias se dividirão, de acordo com a aplicação das mesmas. Primeira Metodologia Apresentação de vídeo institucional da WPA sobre as "5 chaves para prevenir mordidas de cães". Segunda Metodologia Atividade lúdica e interativa para a fixação dos conceitos apresentados no vídeo institucional. Terceira Metodologia Verificação da aprendizagem por meio de estratégias de perguntas e respostas com o uso da tecnologia para aparelhos móveis, o aplicativo Plickers.

RESULTADOS

Foram capacitados 70 graduandos em Medicina Veterinária voluntários nos princípios das 5 chaves, onde no período de 25 a 29 de Setembro 400 crianças entre 5 à 9 anos onde foram aplicadas as três metodologias propostas: 1) apresentação de um vídeo cedido pela WPA onde mostra as 5 chaves para a prevenção de mordeduras, 2) Atividade lúdica com as crianças, onde houve interação prática dos conceitos das 5 chaves com os graduandos em Medicina Veterinária, agentes da UVIS São Miguel e as crianças da escola, através de dramatização, 3) Atividade através de "quiz" onde foi observado o quanto do conteúdo foi absorvido pelas crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação atingiu as expectativas, pois além da parceria de instituições públicas e privadas, o principal objetivo foi alcançado: a alta aceitação e absorção dos conceitos pelas crianças que participaram da ação. No mês de Março/2018 será realizada a terceira etapa com o retorno à escola para o reforço dos princípios das 5 chaves; e posteriormente expandir o projeto na rede municipal de ensino, propondo que o projeto seja inserido em atividades do programa saúde na escola (PSE), nos três distritos administrativos de São Miguel Paulista.

Vigilância em Saúde

A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO NÚCLEO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO: UM NOVO MODELO DE ARTICULAÇÃO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO A SER TESTADO

Fabiana Toneto Paniagua, Wagner Kuroiwa, Nivaldo Costa de Paula, Mieco Sakata, Kety Resende Piccelli, Rosalina Maria Gibram, Imara Martins Dos Santos, Keila da Silva Oliveira, Neuma Pereira Lima Silva, Liete Rodrigues, Ozelia Manganaro Farnezio, Maria De Lourdes Caetano, Marli Yukie Ariyoshi Sanches, Ivina Lourdes Debei Okumura, Julcimara Lanza Garcia, Iara Lozano, Edson Moya, Francisco Teofilo de Sá e Sarti Junior, Ericka Ferraresi Avibar, Cristiane Marcusso, Roberta Emanoela Moura Alves Mariano, Ana Paula Sebastião Domingues Furigo, Solange Goneli Wichert
1 Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo - Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A vigilância em saúde é uma prática do SUS inserida no cuidado diário da saúde da população, mesmo que imperceptível aos profissionais de saúde menos especializados no tema, tendo como conceito apenas a visão de uma estrutura organizacional de um Departamento de Proteção à Saúde e Vigilâncias. A expansão e articulação de saberes e processos de trabalho fazem-se necessárias para a integralidade de ações e vigilância qualificadas na saúde pública. A ideia da construção de um novo jeito de trabalhar, saindo das "caixinhas" nasceu de discussões dos vários profissionais do Departamento de Proteção à Saúde e Vigilâncias, das diversas áreas, em resposta à criação de propostas a serem encaminhadas pelo município para a 1ª Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde e, respectivamente, aprovação para a etapa Estadual e Nacional, com o objetivo de propor diretrizes para a formulação de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde. Tratando- se de inovação e possível construção local, municipal, optou-se por incluir um estudo para sua construção no Plano Plurianual – PPA 2018-2021 da Secretaria de Saúde/PMSBC. Os diversos atores de vigilância epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, ambiental e controle de zoonoses, gestores e trabalhadores, iniciaram as discussões em setembro de 2017, sendo esta primeira etapa concluída ao final de fevereiro/2018.

OBJETIVOS

Construir um projeto diferenciado de Núcleo em Vigilância em Saúde – NEVS para articular, apoiar e executar em conjunto com os profissionais da UBS, ações de Vigilância em Saúde de acordo com atribuições descritas e pré-determinadas, possibilitando a resolutividade de diversos entraves referentes ao assunto, com maior agilidade e tecnicidade, qualificando e mesclando os olhares e processos de trabalho das Unidades Básicas de Saúde com as vigilâncias, com a figura do articulador em Vigilância em Saúde – VS sendo um agente in loco de educação permanente.

METODOLOGIA

Reuniões realizadas quinzenalmente com gestores e trabalhadores das diversas áreas de vigilância, foram impulsionando diretrizes e critérios, bem como possibilidades. A cada encontro os participantes retornavam para suas equipes de trabalho com informações e sugestões para o NEVS. Paralelamente ocorreu a capacitação de duas profissionais para serem articuladoras em vigilância.

RESULTADOS

O NEVS será composto por um profissional fixo em cada UBS, 40 h, denominado Articulador em Vigilância em Saúde, que tenha formação de nível superior para dar conta da complexidade das ações, vinculado ao Departamento de Proteção à Saúde e Vigilâncias, permanecendo de segunda a quinta na UBS designada, e sexta-feira no DPVS para resolução de demandas tendo como retaguarda as 4 Divisões: Vigilância Epidemiológica, Veterinária e Controle de Zoonoses, Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador; o Supervisor de Controle de Vetores do território correspondente à UBS e o Agente de Controle de Endemias. O período de capacitação mínimo nas áreas da vigilância será de 45 dias, conforme descrito: Vigilância Epidemiológica: 15 dias, Veterinária e Controle de Zoonoses: 5 dias, Vigilância Sanitária: 15 dias, Vigilância Ambiental: 5 dias, Vigilância em Saúde do Trabalhador: 5 dias. As atribuições deste núcleo foram descritas por assunto e por unidade especializada, incluindo assuntos referentes aos Comitês de Mortalidade Materna Infantil, doenças e agravos de notificação compulsória, imunização, análises laboratoriais de referência em saúde pública, ações de campo no controle das arboviroses, acumuladores, ações educativas de vigilância sanitária de alimentos, medicamentos, cosméticos, acidentes de trabalho, áreas contaminadas, água, etc. Seu funcionamento terá via dupla de demandas, da UBS para o DPVS e vice versa. Construção, Teste, Monitoramento, Avaliação e Implantação definitiva são as fases definidas para o NEVS. A próxima etapa de Teste será realizada na sequência com 2 UBS com perfis e vulnerabilidades distintas, visando aos ajustes necessários para as subsequentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção coletiva do Núcleo carrega um componente diferenciado de experiências e sugestões com a escuta de quem executa ações de vigilância em sua linha de frente, e proporciona a aproximação, o envolvimento e a integração de áreas como a vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador com a assistência e equipes de Saúde da Família nas UBSs, que fogem a sua rotina de trabalho até o momento. A articulação e a possibilidade de resolução de problemas crônicos antigos envolvendo a vigilância epidemiológica e o controle de zoonoses trouxe um novo ânimo às equipes, com motivação para seguir adiante na mudança proposta. A expansão da referida proposta futuramente poderá permear outros tipos de unidade de saúde. O princípio de Integralidade do SUS é um dos pilares de sustentação da concepção desta proposta, com inventividade e criatividade, para inserção mais efetiva da vigilância em saúde na assistência.

Vigilância em Saúde

A ESPOROTRICOSE COMO EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE DIADEMA/SP: O DESAFIO DO CUIDADO E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE COMO ESTRATÉGIA PARA CONTER O AVANÇO DA DOENÇA

Andreia De Conto Garbin, Candida Rosa Alves, Roseli Aparecida de Pauli, Milene Câmara, Carla Cruz, Lívia Maria Ferraz Aoqui
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Esporotricose é uma micose subcutânea causada por um fungo cosmopolita da espécie Sporothrix spp, que pode estar presente no solo, palha, vegetais, espinhos, madeira. O fungo pode causar infecções oportunistas em várias espécies de animais silvestres e domésticos, além dos seres humanos. Embora não costume evoluir com quadros considerados graves, nos felinos e em seres humanos imunocomprometidos a doença pode agravar-se com a infecção disseminando-se extensamente pelo corpo, e até mesmo para diferentes órgãos. Há ainda a forma pulmonar, adquirida através da inalação dos esporos. No Brasil a doença é transmitida pelo fungo endêmico Sporothrix brasiliensis e tem um caráter fortemente zoonótico, sendo transmitida principalmente pela mordedura, arranhadura ou contato com as secreções de gatos infectados. Já é considerada uma hiperendemia na cidade do Rio de Janeiro, onde começou a ser identificada no final da década de 1990. A partir de 2011 com a ocorrência de um surto no município de São Paulo e Guarulhos a doença começou a ser identificada e tratada tanto em felinos quanto em humanos, mas sem um programa de controle estabelecido. Em Diadema alguns casos em felinos começaram a ser identificados no período de 2011 a 2015. A partir de 2016 e 2017 ocorreram um aumento significativo de casos confirmados em felinos e início de aparecimento de casos em humanos se fez necessário o estabelecimento de ações integradas dos serviços de saúde de Diadema com a reorganização de fluxos e protocolos locais de identificação, atendimento e tratamento para o enfrentamento desta doença.

OBJETIVOS

Estruturar um programa de controle da Esporotricose através da gestão integrada entre os serviços de saúde pública e privada voltada para o atendimento dos casos em animais e humanos.

METODOLOGIA

Para a realização de um programa de controle da esporotricose em Diadema foi necessário a realização de reuniões entre os gestores da Coordenação de Vigilância a Saúde, técnicos da vigilância epidemiológica e do Centro de Controle de Zoonoses. Estabelecer parcerias com a Coordenação da Atenção básica das unidades de saúde e a Secretaria de Comunicação. Nesta proposta de ações foi necessário preparar documentos técnicos, fichas de notificação, fluxo de atendimento, guias de encaminhamento para outros serviços de saúde, fichas de referência e contra referência dos atendimentos clínicos, elaboração de material educativo para orientação

dos profissionais de saúde e da população. A identificação e diagnóstico dos animais infectados é feita através de exame clinico epidemiológico realizado pelas médicas veterinárias do CCZ de Diadema. Foi realizado uma parceria com o CCZ de São Paulo para a realização de exame laboratorial das amostras de casos suspeitos. Nos casos confirmados os tutores são orientados sobre os cuidados e tratamento da doença. Se o animal estiver em um estágio adiantado da doença, ou se tutor não puder arcar com os custos do tratamento bem como a indisponibilidade de acompanhamento adequado do animal até a cura, estes animais são entregues para o CCZ, onde ocorre a eutanásia e o descarte das carcaças de forma adequada restringindo a ampliação da contaminação do meio ambiente e de outros animais. Com o diagnóstico laboratorial dos animais, as áreas do município são classificadas como área com transmissão da doença ou áreas sem a transmissão da doença. A partir desta classificação foi organizado um cronograma de ações a curto e médio prazo com o objetivo de identificar precocemente os casos suspeitos orientando os pacientes sobre o diagnóstico e tratamento da doença. Nestas áreas também foi realizado a busca ativa de novos casos no território. Nos casos confirmados em felinos, procura-se outros animais com as mesmas características clinicas e os tutores são orientados a levar o animal ao CCZ para avaliação. Nos casos confirmados em humanos, os agentes de saúde orientam a população e procuram novos casos suspeitos que recebem orientação e atendimento clínico.

RESULTADOS

O CCZ de Diadema atendeu em 2016 um total de 117 animais com suspeita de Esporotricose, dentre estes foram confirmados 78 casos com diagnóstico laboratorial e 10 casos com diagnóstico clinico epidemiológico. Em 2017 foram avaliados 144 animais, dentre estes foram confirmados 62 diagnósticos laboratorial e 25 casos com diagnóstico clinico epidemiológico Com a identificação e realização de geoprocessamento dos dados foi possível estabelecer a área de transmissão da doença nos bairros do Jardim Inamar, Eldorado e Paulina. Onde foram concentradas as ações prioritárias. Em 2016 foram identificadas 8 pessoas com Esporotricose. Com o estabelecimento de novos fluxos e estratégias de atendimento em 2017 foram diagnosticadas 26 pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Esporotricose, apesar de ser um problema de Saúde Pública em algumas localidades continua "invisível" aos olhos das autoridades de saúde e em especial dos órgãos normatizadores Estaduais. Sem referência laboratorial estabelecida, sem fornecimento da medicação na RENAME hoje o município que tem a doença como agravo de importância de Saúde Pública se encontra diante do mesmo de forma solitária, sem referências e sem apoio técnico. A Vigilância Epidemiológica tenta buscar caminhos possíveis: parceiros para o diagnóstico dos animais que são sentinela dos casos humanos, o diagnóstico em humanos e procura de alguma forma sensibilizar o paciente para assumir o seu tratamento, apesar da inviabilidade econômica dada pela situação de vida desses pacientes. A invisibilidade da doença é ratificada pela ausência da notificação no Sistema de Informação Nacional, perpetuando a ausência de uma política pública para o enfrentamento do problema e a real magnitude da doença.

Vigilância em Saúde

A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA PAULISTA NO ENFRENTAMENTO DA FEBRE AMARELA

Marília de Cássia Ferreira Faria, Marta Aparecida Franco, Rodrigo Bueno
1 Prefeitura Municipal de Bragança Paulista - Prefeitura Municipal de Bragança Paulista

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A febre amarela é uma doença endêmica, viral, podendo ocorrer sob a forma de surtos e epidemias com impacto na saúde pública1. O vírus da febre amarela apresenta dois ciclos epidemiológicos de transmissão distintos, silvestre e urbano, sendo a doença a mesma nos dois ciclos quando comparada no ponto de vista etiológico, clínico, imunológico e fisiopatológico. A principal fonte de infecção são primatas não humanos (PNH), principais hospedeiros e amplificadores do vírus. Os seres humanos não imunes podem, acidentalmente, se infectar, penetrando em áreas enzoóticas2. A principal medida para prevenir a infecção é através da vacinação, uma vez que interrompe o ciclo de transmissão através de uma barreira de imunidade coletiva2. Em 2016, foram confirmados dois casos autóctones de febre amarela silvestre no estado de São Paulo. A partir dai foram intensificadas a vigilância das epizootias em PNH e a vacinação contra febre amarela. A partir da semana epidemiológica (SE) 11 a transmissão atinge a Regional de Saúde de Campinas. Diante do quadro de epizootias nos municípios vizinhos a Bragança Paulista, especialmente em Tuiuti e Pinhalzinho, teve início em março de 2017 ações de enfrentamento da Febre amarela. A primeira notificação de Epizootia ocorreu em 03 de abril norteando então as atividades preventivas realizadas pela Vigilância Epidemiológica e estendeu-se por todo o ano com maior concentração de casos nos meses de abril e outubro, justificando assim ações ininterruptas de vigilância e controle3. A Febre Amarela tem relevante impacto na saúde pública e ambiental e a circulação viral expande pelo país em áreas silenciosas há vários anos. O caráter dinâmico da epidemiologia da doença tem exigido avaliações periódicas das áreas de risco para melhor direcionar e aplicar as medidas de prevenção e controle.

OBJETIVOS

Considerando a importância do tema, este trabalho teve como objetivo, apresentar a experiência do município de Bragança Paulista no enfrentamento da Febre Amarela a partir da descrição de suas ações preventivas de vacinação, acompanhamento e rastreamento da epizootia, controle vetorial, investigação dos casos suspeitos, resultados alcançados e desafios para o desenvolvimento das atividades.

METODOLOGIA

Os municípios que faziam fronteiras com as áreas de epizootia estabeleceram as prioridades que foram consolidadas em seus planos municipais. A estratégia englobou as seguintes atividades: 1. Vacinação dos profissionais de saúde antes do trabalho de campo; 2. Mapeamento das áreas de risco priorizando a vacinação inicialmente nas áreas com notificação PNH; 3. Notificação e

remoção dos animais de maneira correta para posterior necrópsia e análise em instituições de referência. Além disso, realização da notificação no aplicativo Siss-Geo (GPS) que permite saber a localização exata do animal encontrado para ações complementares; 4. Elaboração de um formulário de triagem para avaliação das contraindicações e o termo de recusa para respaldo do profissional de saúde e para o vacinado; 5. Vacinação casa a casa na zona rural através da mobilização social direcionada a formadores de opinião e lideranças comunitárias, parceria com escolas, igrejas e pontos estratégicos de maior movimentação para atualização dos cartões de vacinação; 6. Integração e alinhamento das equipes de Atenção Primária e Vigilância Epidemiológica para vacinação em todas as unidades de saúde do município. 7. Participação ativa e interrupta dos agentes de controle de endemias através de visitas casa a casa para orientação, bloqueio, controle de criadouro e realização de nebulização quando indicado; 8. Vacinação aos sábados, domingos, feriados e período noturno nas unidades de saúde e pontos volantes na zona urbana; 9. Assistência adequada em caso de febre amarela como diagnóstico e encaminhamento ao hospital de referência bem como intensificação das ações nas áreas de casos suspeitos;

RESULTADOS

No período de março a dezembro de 2017 foram vacinadas 84. 509 pessoas e todos esses dados foram inseridos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) do Ministério da Saúde, atingindo uma cobertura de 51% da população residente. Em relação à área rural, 96% dos bairros foram realizadas ações de vacinação. No período especificado também não foi notificado nenhum Evento Adverso Pós-Vacinação (EAPV) grave relacionado à vacina de febre amarela. Quando comparado o número de vacinados entre o ano anterior e o ano de 2017 verifica-se aumento de mais de 174% de doses aplicadas. Em relação ao controle da epizootia, foram recolhidos e encaminhados para análise 85 PNH sendo 66 positivos para o vírus da febre amarela e destes 3 positivos na área urbana. Diante dos casos de PNH encontrados sem condições de coleta, a epizootia era notificada e o georreferenciamento feito para medidas de controle. A comunicação entre vigilância epidemiológica, agente de controle de endemias e vigilância de municípios vizinhos é de fundamental importância para desencadear ações de prevenção precocemente. Diante do cenário epidemiológico, foram notificados 02 casos humanos suspeitos de febre amarela que evoluíram para óbito por outras causas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Vigilância Epidemiológica continuou avaliando as potenciais áreas de risco e reavaliando as já notificadas com o objetivo de assegurar medidas de controle. Apesar das potencialidades ora demonstradas, inúmeros são os desafios para a cobertura vacinal de 100% da população devido à resistência da população à vacinação e manutenção dos índices de infestação predial baixo.

Vigilância em Saúde

A GESTÃO DA REDE DE FRIO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Mariana de Souza Araujo
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Rede de frio é um sistema que garante a manutenção adequada da Cadeia de Frio, através do planejamento e normatização para conservação dos imunobiológicos. O processo logístico inclui as etapas de recebimento, de armazenamento e de distribuição. A inclusão de imunobiológicos nos últimos anos pelo Ministério da Saúde desafiou o redimensionamento da logística no município de São Paulo. O consequente aprimoramento da qualidade e quantidade de produtos oferecidos impacta diretamente em um novo perfil gerencial, com integração entre os três níveis de gestão (municipal, estadual e federal) que juntos pactuam normas, definem metas e resultados, alavancando a modernização continuada de sua infra-estrutura e operacionalização. Considerando os diferentes níveis de gestão envolvidos neste processo, o município é o grande executor das ações de imunização. A Organização Mundial da Saúde recomenda o uso de câmara fria para conservação de imunobiológicos, prioritariamente a municípios que atendem a uma população acima de 2 (dois) milhões de habitantes. A cidade de São Paulo se insere no SUS no ano de 2001. A partir desta data, vários processos de organização administrativa se deram no território, ficando hoje, o município dividido em prefeituras regionais e coordenadorias regionais de saúde. O município de São Paulo possui 553 salas de vacinação públicas. As ações de Vigilância em Saúde, incluindo as ações de imunização são coordenadas pela Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) e executadas no território pelas Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS), subordinadas administrativamente ás STS e tecnicamente á COVISA. O Núcleo de Imunização é uma subgerência da Divisão de Vigilância Epidemiológica, uma gerência de COVISA. O Núcleo de Imunização do município de São Paulo tem suas ações consolidadas e mantêm o fornecimento regular de insumos e imunobiológicos, de modo a assegurar a vacinação de rotina, realizada pelas unidades de saúde de nível local. Os imunobiológicos do município são armazenados e distribuídos pelos Centro de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CADI) e pelos Postos de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (PADI), atualmente em número de cinco postos, localizados estrategicamente no município . Cabe ao CADI a distribuição dos imunobiológicos aos PADI e estes o fornecimento para as salas de vacinação. Este programa representa uma média de distribuição mensal de 1. 106. 000 doses.

OBJETIVOS

O trabalho tem como objetivo relatar a qualificação na gestão da Rede de Frio do município de São Paulo.

METODOLOGIA

Relato de experiência dos técnicos do Núcleo de Imunização do Munícipio de São Paulo.

RESULTADOS

O município de São Paulo recebeu no ano de 2016 cerca de 14 milhões de doses de vacinas para atender cerca de 12 milhões de habitantes. A reestruturação da rede de frio iniciou-se em 2007 diante da necessidade premente de dotar o município de uma Central de Armazenamento que permitisse a auto-suficiência municipal nesse importante setor logístico. O primeiro projeto do CADI é de 1998, porém o projeto oficial foi em 2000 feito pelo consultor da OPAS para assuntos da Rede de Frio, que visitou São Paulo e idealizou o projeto. Em dezembro de 2. 001 foi assinado convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e a Secretaria Municipal da Saúde (convênio 1965/01), visando à instalação do CADI. O CADI foi oficialmente inaugurado pelo Secretário da Saúde no dia 07 de abril de 2016, tendo em sua estrutura além das câmaras frias (3 câmaras positivas de 100m3 cada, e 1 câmara negativa de 100m3), pré-câmaras, sala de preparo de material, sala de reunião, salas administrativas, copa, vestiário e banheiros. Com a inauguração do CADI encerrou assim o projeto da Rede de Frio (5 PADI e 1 CADI). Todas as regiões do município estão providas de câmara fria em seu PADI. O resultado desse investimento já foi observado nas alterações ocorridas nos PADI, visto que em 2016 nenhuma alteração de temperatura foi notificada. Os contratos de manutenção das câmaras frias e geradores vigentes reforçam as medidas de prevenção de perda de imunobiológicos, o que garante a qualidades dos imunobiológicos armazenados na falta de energia. Desta forma coloca-se em prática uma logística avançada no acondicionamento de imunobiológicos (vacinas e soros) com capacidade para abastecer os cinco PADI da cidade. O CADI armazena, controla e distribui para os PADI, todos os imunobiológicos do município de São Paulo, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS). As salas de vacina das UBS, hospitais e outros estabelecimentos de saúde são abastecidos pelos PADI . A gestão desta estrutura é realizada por enfermeiros do Núcleo Municipal de Imunização da Coordenação de Vigilância em Saúde, e fruto deste trabalho é a redução das perdas de vacinas no nível local no ano de 2016 para 2015 em 47, 3% .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infraestrutura de logística para transporte, armazenamento e conservação, de forma adequada e eficiente, é condição indispensável para garantir a perfeita qualidade do produto ofertado à população e o controle das doenças imunopreviníveis. A melhoria na rede de frio propiciou a manutenção dos níveis recomendados de temperatura, reduziu o risco de perda de vacinas por oscilação da rede elétrica e otimizou recursos humanos e espaço físico. Porém, são necessários investimentos contínuos com propósito da garantia da qualidade das vacinas ofertadas e a autonomia do município na logística de distribuição.

Vigilância em Saúde

A IMPORTÂNCIA DA COLETA E ANALISE DE ÁGUA PARA O CONSUMO HUMANO EM LUIZ ANTÔNIO-SP – INTERAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E O ENSINO TÉCNICO DE QUÍMICA

Patrícia Aparecida Duran, Luís Henrique Sassa, Marcio Heber Gomide Junior
1 Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Antônio/SP - Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Antônio/SP
Luís Antônio

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As análises laboratoriais são fundamentais para avaliação da qualidade de água e alimentos, bem como a proteção da Saúde Pública. Hoje, sabe-se que a qualidade da água é resultante de fenômenos naturais e da ação antrópica. A percolação, o escoamento superficial da infiltração do solo, modificam suas características, incorporando impurezas do solo em sua composição. As atividades antropogênicas, originárias principalmente das cargas pontuais domésticas e industriais e de cargas difusas de origem urbana e rural, também determinam as substâncias presentes na água. Tendo em vista a importância da análise da água para a saúde, o presente projeto, teve por finalidade analisar parâmetros físico-químicos e organolépticos quanto aos níveis de cloro, pH, turbidez, e outros da água que sai das torneiras na cidade de Luiz Antônio e compará-los aos laudos fornecidos pelo Instituto Adolfo Lutz em Ribeirão Preto SP. A contribuição do projeto se dá pela aplicação dos conhecimentos teóricos sobre o tema dos conteúdos do Curso Técnico de Química e sua aplicabilidade na prática de vigilância da qualidade da água por meio de análises laboratoriais e métodos de coleta de agua em cavaletes da rede pública de distribuição de abastecimento. Aos alunos são apresentadas as rotinas de fiscalização, coleta de amostras e análises quantitativas realizadas a campo, e a importância e relevância para a Saúde Pública. A oportunidade e excelente para o despertar do interesse pela vigilância e controle da água consumida pela população, podendo torna-los futuros profissionais da área, além de cidadãos mais críticos e exigentes quanto a qualidade da água que consumimos.

OBJETIVOS

Investigar a água dos cavaletes (torneiras) da rede pública de abastecimento de água da cidade de Luiz Antônio, buscando desenvolver as práticas de coleta, análise, e monitoramento da qualidade da água, no seu aspecto físico-químico, e comparar os resultados com os laudos fornecidos pelo Instituto Adolfo Lutz, na busca de aprimoramento das aulas práticas, uma vez que os alunos executarão coleta de campo com análises realizadas in loco, junto à Equipe de Vigilância Sanitária, assim como análises no laboratório da escola.

METODOLOGIA

Coleta da água em pontos distintos (cavaletes) da rede municipal de distribuição de água de acordo com a metodologia aplicada pela Equipe de Vigilância Sanitária, que escolhe pontos de coletas representativas das Unidades de Tratamento de Água. As amostras são analisadas in loco

e também no Laboratório da Escola Municipal de Química. As análises feitas em campo, com utilização de equipamento específico foram: temperatura; pH; e cloro pelo método DPD (indicador N, N-dietil-p-fenilendiamina). As análises realizadas no laboratório da Escola Técnica de Química foram: teor de cloro DPD e microbiológico (presença ou não de coliformes totais e fecais). Todas as análises foram realizadas de acordo com os métodos preconizados pelo anexo XX da Portaria de Consolidação Nº 5 de 03/10/2017.

RESULTADOS

Os alunos saíram a campo e se responsabilizaram pela coleta da água em diversos pontos da cidade. Além da coleta, os alunos realizaram medidas de pH da água no local, temperatura e hora da coleta e fizeram a análise visual de turbidez. A água coletada foi acondicionadas em frascos especiais e armazenadas em temperatura controlada para análises químicas e microbiológicas. Posteriormente, essa água passou pelos testes de teor de cloro e presença ou não de coliformes totais e fecais, ensaios realizados no laboratório da Escola de Química, seguindo os padrões de análise segundo as normas ABNT. Os resultados foram colocados em uma planilha e enviados ao Departamento de Vigilância Sanitária para conhecimento das análises e posterior providências, caso algum ponto estivesse fora dos padrões. Esse trabalho vem sendo feito mensalmente para acompanhar a qualidade da água do município e tomar medidas cabíveis caso haja algum ponto da cidade em que a água esteja fora dos padrões, conforme legislação vigente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho, além da importância para a saúde da população garantindo que a água do município seja distribuída de forma a garantir a potabilidade, sem causar riscos, serve também de aprendizado aos alunos do Curso de Técnico em Química, já que eles passam a perceber a importância de acompanhar um tratamento químico em larga escala além do aprendizado de sair a campo para coleta e acondicionamento adequado das amostras e análises químicas. Além disso, os alunos acabam recebendo informações sobre os riscos e problemas relacionados a água e passam a cuidar melhor desse recurso natural essencial a vida. Com esse trabalho, os alunos participantes começaram a ser mais críticos e estão fiscalizando, por conta própria, os postos de abastecimento de água nos seus bairros e orientando outras pessoas sobre a importância de não desperdiçar e de evitar qualquer forma de contaminação, percebendo a importância da Vigilância Sanitária nos seus trabalhos preventivos procurando zelar pela saúde da população.

Vigilância em Saúde

A MORTALIDADE INFANTIL EM 2017 NO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES – COMEMORANDO UM DIGITO

Rosangela Cunha, Rebeca Barufi
1 Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes - Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes
Mogi das Cruzes

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A mortalidade infantil é tema constante em todo o mundo. É um indicador de qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação. A mortalidade vem caindo mas não de forma homogênea. Nos países desenvolvidos economicamente, as taxas são muito baixas, batendo médias inferiores a 3 mortes para cada 1000 nascidos como Suécia, Noruega, Japão, Islândia, Finlândia e Cingapura. Na contramão, existem países com taxas acima de 100 óbitos para cada 1000 nascidos como Afeganistão, Angola, Somália e Serra Leoa. Segundo a UNICEF, o Brasil se destaca como um dos países que registrou queda mais representativa, alcançando a sétima posição ficando atrás de Maldivas, Estônia, Arábia Saudita, Turquia, Macedônia e Peru. O Brasil conseguiu bater a meta da redução da mortalidade infantil estabelecida pelas Nações Unidas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com 3 anos de antecedência. O Pais conseguiu reduzir sua mortalidade em 77% de 1990 para 2012, caindo de 62 para 14 mortes a cada 1000 nascidos vivos. Dentre os fatores decisivos para a queda da mortalidade estão o foco na atenção primária com atendimento de qualidade a gestante e a criança, promoção de aleitamento materno, imunização, acesso e assistência na rede hospitalar. Outras esferas como serviço de saneamento ambiental, educação e programas de transferência de renda são também peças fundamentais para o sucesso alcançado. Diante do cumprimento das metas da ODM (200-2015), o Brasil passou a ocupar assento no Grupo de Alto Nível da ONU que acompanha os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com agenda até 2030. Essa agenda contem 169 metas a serem cumpridas por meio de ações integradas entre os ministérios, agências e órgãos públicos. A meta 3 preconiza: "até 2030 acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1. 000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1. 000 nascidos vivos". O município de Mogi das Cruzes conseguiu reduzir o índice de mortalidade infantil para um digito, caindo de 22, 03 em 2000 para 9. 48 em 2017.

OBJETIVOS

Apresentar os resultados da evolução dos indicadores de mortalidade, as ações realizadas e estratégias no processo de trabalho em 2017

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, a partir da análise de dados secundários do Sistema de Informação de mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e da SIM/SINASC

- Vigilância Epidemiológica de Mogi das Cruzes (dados locais). Foram avaliados também relatórios do Comitê de Mortalidade materna e Infantil com dados referentes evitabilidade, causa de óbito, presença de má formação e local do óbito.

RESULTADOS

Inegavelmente, um dos fatores para a queda da mortalidade infantil foi a estruturação crescente dos serviços e a evolução da qualificação dos nossos recursos humanos (médicos e não médicos). Numa palavra, trata-se de compreender melhor os processos e aperfeiçoar a estrutura, principalmente no seu elemento humano. Avaliando os últimos 17 anos, obtivemos um decréscimo importante no coeficiente de mortalidade (relação entre nascidos vivos e óbitos), com queda no índice de um coeficiente de 22, 03‰ (por mil) para 9, 48‰ em 2017, mais de 50% de redução, semelhante aos números encontrados nos países desenvolvidos. Em 2017, no município de Mogi das Cruzes ocorreram 6331 nascimentos e 60 óbitos. Dentre os óbitos ocorridos nas maternidades mogianas (1 publica e 1 privada), o serviço publico apresentou um coeficiente de mortalidade de 5, 06 (4146 nascimentos e 21 óbitos) e o privado um coeficiente de 12, 05 (1161 nascimentos e 14 óbitos). Foi apontada uma região na cidade onde ocorreram o maior número de óbitos, sendo que o bairro de Jundiapeba detêm 18, 3% das mortes (Comitê solicitou a implantação de uma unidade básica de saúde para suprir a deficiência de atendimento nesta região). Em relação a presença de alguma má-formação, 20% das crianças a apresentaram, sendo a mais frequente a cerebral (3 casos). Em relação a evitabilidade, 31 casos foram considerados evitáveis (51, 66%), 12 inconclusivos (20%) e 17 inevitáveis (28, 33%). Dentre as causas da evitabilidade, seguindo a Lista Brasileira de Evitabilidade de Malta e col. em 45% dos casos foram apontadas causas reduzíveis por adequada atenção a mulher na gestação, seguido de 16, 1% reduzível por ação adequada de diagnóstico e tratamento, 13, 3% reduzível por adequada atenção ao recém-nascido e 6, 4% reduzível por ação adequada de promoção à saúde vinculada a ações adequadas de atenção em saúde. Diante de dados obtidos do Comitê em anos anteriores, a Secretaria de Saúde adotou algumas medidas com o propósito de diminuir o número de óbitos a saber: Capacitação Profissional sobre Pré-natal. Implementação e ampliação das ações do Ambulatório de Recém-Nascido de Alto Risco, com atenção especial aos casos de sífilis congênita. Implantação de testes rápidos para Sífilis, HIV e Hepatites em toda a Rede Básica. Monitoramento e busca ativa de novos casos de sífilis pelo Programa Alô Mãe Mogiana (programa que monitora as gestantes e esclarece duvidas) Captação Precoce das Gestantes. Implantação de indicadores municipais com monitoramento e auditoria das ações executadas - Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha. Capacitação dos profissionais da Santa Casa sobre Aleitamento Materno e testes rápidos de Sífilis, HIV e Hepatites. Intensificação das ações do Banco de Leite Humano com distribuição de leite para bebês da UTI Neonatal. Ampliação da Oferta de Exames de Ultrassonografia, assim como alteração no fluxo de agendamento a fim de otimizar a oferta. Implantação do Laboratório de Análises Clínicas com resultados rápidos e de alta confiabilidade com prioridade para as gestantes na realização de exames de análises clínicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Haverá sempre o desafio de prestar a melhor assistência possível com o recurso existente – cuja experiência mostra que jamais será, o recurso, suficiente. Tal resultado positivo foi um esforço de todos envolvidos no ciclo gravídico puerperal, processo iniciado na gravidez e terminado (para efeito do combate à mortalidade infantil) ao final do primeiro ano de vida.

Vigilância em Saúde

A UTILIZAÇÃO DO FORMSUS COMO INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTES E CRIANÇAS EXPOSTAS À SÍFILIS

Candida Rosa Alves, Adriana Aparecida de Oliveira Ferre, Maria Claudete da Silva Peres Borrego, Guilherme Meyer, Merlina Miwako Sakai Yamada
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O monitoramento dos casos de Sífilis em Gestantes é de fundamental importância para avaliar o diagnóstico, tratamento e controle dessas gestantes. Esse monitoramento em tempo real permite identificar inconsistências e discutir com a unidade notificadora possíveis intervenções, a fim de evitar casos de Sífilis Congênita. Instrumentos de monitoramento devem ser compartilhados, dinâmicos e com informações e ações compatíveis com os protocolos de manejo estabelecidos.

OBJETIVOS

Monitorar o tratamento e controle laboratorial de todas as gestantes com diagnóstico de sífilis, bem como das crianças expostas à sífilis durante a gestação ou com diagnóstico de sífilis congênita.

METODOLOGIA

Para viabilizar o monitoramento em tempo real foi criado um formulário Web, o FormSUS, disponível no site do DATASUS. É um formulário de uso público com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS. O FormSUS foi colocado à disposição de instituições e universidades para aplicações de interesse público. No município de Diadema foram criados campos semelhantes à ficha de notificação do SINAN e acrescentados campos de monitoramento de tratamento, laboratorial e de parceiros e recém-nascido. O formulário é inicialmente preenchido por quem faz a notificação. A Vigilância Epidemiológica recebe o formulário e monitora o diagnóstico, tratamento e controle, identificando possíveis inconsistências e discutindo com a equipe local possíveis mudanças no manejo. O mesmo formulário é utilizado para a criança que também tem monitoramento em tempo real. Foram criados perfis para diferentes acessos: introdução de dados, alteração de informação, etc. Assim um único instrumento é utilizado para a mãe, parceiro e criança.

RESULTADOS

A implantação do FormSUS permitiu compartilhar os casos de Sífilis em Gestantes e de Sífilis Congênita ou crianças expostas à Sífilis na gestação. A criação de campos com as datas do tratamento e datas de realização de exames laboratoriais de controle permite à equipe de saúde identificar o cuidado segundo o protocolo estabelecido, reduzindo assim o manejo inadequado dos casos. Os dados retirados do FormSUS são analisados e trabalhados pelo Comitê Municipal

de Transmissão Vertical, possibilitando ampla discussão de situações que necessitem de matriciamento e intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o controle e eliminação da Sífilis Congênita os municípios devem buscar instrumentos capazes de alterar o perfil epidemiológico local impactando positivamente no curso da doença. A utilização de uma ferramenta como o FormSUS, trouxe uma nova possibilidade no monitoramento e matriciamento de casos de Sífilis em gestantes.

Vigilância em Saúde

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA REPENSANDO O CONTROLE E DISTRIBUIÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE RECEITAS AOS PROFISSIONAIS PRESCRITORES

Angela Simonetti, Debora Arruda de Aquino Ribeiro, Rosemary Ferreira
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema
Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Vigilância Sanitária do Município de Diadema - VISA, tem como uma de suas atribuições, o controle e distribuição da numeração para confecção do talonário de Notificação de Receita "B" e Notificação de Receita Especial (Retinóides), do talonário de Notificação de Receita “A” e Notificação de Receita da Talidomida, fornecendo os modelos das Notificações para as instituições e profissionais, como regulamentado nas legislações específicas. A motivação da equipe técnica em repensar sobre uma forma mais eficiente para o controle e distribuição das Notificações de Receita e Talonários, a fim de avaliar a quantidade usada pelos prescritores e a responsabilidade destes pelo monitoramento das notificações na instituição ou consultório, foi a constatação de irregularidades, referentes ao preenchimento de notificações de receita, por parte de um profissional, quando da inspeção no seu consultório. Na ocasião, foi encontrada grande quantidade de talonários com alguns campos preenchidos previamente à consulta com o paciente.

OBJETIVOS

Após a constatação dessa situação irregular, a equipe da VISA decidiu elaborar um procedimento relacionado ao controle e distribuição de Notificações de Receita, buscando uniformizar as orientações e a forma de executar a ação tanto pelos técnicos como pelo apoio administrativo, quanto a avaliação do perfil da instituição e dos profissionais; registro das informações atualizadas, especialmente sobre alteração da quantidade solicitada e dados dos profissionais e das instituições e; conscientização quanto à responsabilidade do controle das Notificações de Receita pelos estabelecimentos de saúde e profissionais.

METODOLOGIA

Inicialmente os técnicos realizaram o levantamento das instituições e profissionais cadastradas, sendo elaborado primeiramente o documento denominado Ficha de Inscrição de Perfil do Estabelecimento/ Profissional para Retirada de Notificação, contemplando além das exigências das normas regulamentadoras, as informações relacionadas à quantidade de profissionais/especialidades e média de consulta/mês, conforme justificativa do solicitante, sendo agendada entrevista com os técnicos para o devido cadastro do profissional. A seguir foi realizada reunião técnica em 28/05/09 com os profissionais/instituições orientando sobre o novo procedimento e a importância do controle e distribuição das notificações, aproveitando o evento para a realização do Cadastro e preenchimento da Ficha do Perfil. Atualmente após a avaliação do fluxo com a utilização da Ficha de Perfil, houve a revisão do procedimento

operacional e seus documentos anexos, para sua execução, padronizando a forma de atendimento, preenchimento das informações, autorização da quantidade de Notificações pelos técnicos (autoridades sanitárias), sendo realizado treinamento com o pessoal envolvido.

RESULTADOS

Tendo como resultados das alterações e implementações realizadas ao longo do período de 09/2007 a 12/2017, na forma de amostragem de profissionais e instituições a distribuição da Notificação B (B e B2): Quantidade da Numeração de Notificação de Receita B distribuída do período anterior à implantação do procedimento (09/2007 a 12/2008) (dados apresentados como Profissional / Período 09/07 a 12/07 / Período 2008): S. K. / 2500 / 21500; W. C. / 3800 / 8000; E. S. / --- / 2000. Período posterior à implantação do procedimento (com base na quantidade autorizada a partir de maio/09: S. K. - 250/mês; W. C. – 270/mês e E. S. – 80/mês) (dados apresentados como Profissional / 2009 / 2010 / 2011 / 2012 / 2013 / 2014 / 2015 / 2016 / 2017): S. K. / 3000 / 2310 / 2400 / 1650 / 1650 / 1350 / 650 / 600 / 1200; W. C. / 3400 / 1800 / 2540 / 1650 / 1020 / 500 / - / - / -; E. S. / 80 / 120 / 120 / - / 240 / 120 / 240 / - / 240; Instituições (dados apresentados como Profissional / Período 09/07 a 12/07 / Período 2008): C. G. / 1000 / 3000; S. A. / 3000 / 4000. Período posterior à implantação do procedimento (com base na quantidade autorizada a partir de maio/09: C. G. – 260/mês e S. A. – 200/mês) (dados apresentados como Instituição / 2009 / 2010 / 2011 / 2012 / 2013 / 2014 / 2015 / 2016 / 2017): C. G. / 1000 / 1750 / 980 / 970 / 750 / 660 / 450 / 550 / -; S. A. / - / 1660 / 1110 / 510 / 1400 / - / 2000 / - / - . Nota-se que, no período que antecede a implantação do procedimento de análise do perfil do profissional prescritor, era fornecida quantidade conforme solicitado sem avaliação prévia. Após a medida de controle da distribuição das Notificações de Receita estabelecida pela VISA houve uma significativa diminuição, demonstrando uso irregular das notificações, principalmente da B e B2. Cabe comentar que quaisquer alterações referentes ao número de profissionais/ especialidades, número de consultas dos estabelecimentos, incluindo os consultórios individuais, relacionados a quantidade de notificação, passam pela entrevista dos técnicos para avaliação desta e com a devida justificativa, realizando com isso uma atualização do Perfil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação deste procedimento foi obtido um retorno positivo pelos profissionais/instituições quanto à importância do cadastro e atualização das informações e suas responsabilidades. Também, estabeleceu-se um canal de comunicação com os envolvidos. Verificou-se uma redução na quantidade e maior controle na distribuição das notificações. Houve ainda, o envolvimento dos técnicos da VISA nas diversas áreas, quando do treinamento e da realização do Perfil com os responsáveis.

Vigilância em Saúde

AÇÃO COMPARTILHADA ENTRE VISA E CEREST VISANDO O CONTROLE DO RISCO SANITÁRIO E DE SAÚDE DO TRABALHADOR NOS AÇOUGUES, NO MUNICÍPIO DE DIADEMA

Angela Simonetti, Michelle Macedo Soares, Taiz Martins Bento
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em 2013 observou-se a necessidade de elaborar uma ação conjunta para o ano de 2014, devido a quantidade de denúncias acerca de problemas em açougues, recebidas pela Vigilância Sanitária, bem como de Relatório de Atendimento ao Acidentado de Trabalho - RAAT por acidentes de trabalho ocorridos nesses estabelecimentos, analisadas pelo Centro de Referência de Saúde do Trabalhador- CEREST. Na oportunidade foram convocados aproximadamente 71 estabelecimentos com a atividade de açougue, cadastrados no Município, a comparecerem na Vigilância Sanitária e receberem orientação técnica, com a finalidade de sanar dúvidas, apresentar as legislações sanitárias vigentes especialmente sobre Boas Práticas na atividade de açougue, bem como salientar os riscos de acidentes de trabalho relacionados à atividade. Na época, compareceram ao evento aproximadamente 50% dos interessados, onde foram entregues documentos para adequações de não conformidades, o Termo de Ajuste de Conduta - TAC e roteiro de auto inspeção. Em 2017, mesmo após essa ação educativa mencionada, observou-se que a quantidade de denúncias recebidas, relacionadas com a falta de boas práticas e higiene e; de RAAT de acidentes com trabalhadores deste seguimento, não haviam diminuído como seria esperado. Assim sendo, verificou-se a necessidade de inspeções conjuntas, "in loco", envolvendo as equipes de alimentos da VISA e do CEREST.

OBJETIVOS

Identificado o problema pelas chefias e equipes dos serviços da VISA e CEREST quanto a necessidade de se averiguar as condições higiênico sanitárias e de boas práticas, inclusive quanto ao controle do risco à saúde do trabalhador, nos açougues do Município de Diadema, buscou-se otimizar os recursos e obter melhores resultados com as ações conjuntas dos técnicos de ambas as áreas. Cabe salientar que a atividade de comércio varejista de carnes – Açougues, de acordo com Portaria CVS 1/2018, está classificado como baixo risco, não sendo obrigatória a inspeção prévia pela VISA para obtenção de licença de funcionamento.

METODOLOGIA

As equipes de Alimentos da VISA e do CEREST, planejaram a realização de inspeção nos estabelecimentos com a atividade de açougue de forma conjunta. Foram registradas no período de janeiro a dezembro de 2017, 68 RAAT de trabalhadores de açougues em Diadema. Paralelamente, no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018, foram recebidas 17 denúncias na VISA sobre estes estabelecimentos. A fim de se estabelecer a priorização quanto à escolha dos estabelecimentos a serem inspecionados, foram avaliados alguns parâmetros de riscos tais como: teor da denúncia, quantidade de denúncia de um mesmo estabelecimento e gravidade

do acidente de trabalho. Assim, definiu-se que, os estabelecimentos que possuem apenas uma denúncia pontual, considerada de baixo risco à saúde da população, são convocados os responsáveis, através de Termo de Ajuste de Conduta a comparecerem a Vigilância Sanitária, munidos de documentos e evidências que comprovem a não procedência da denúncia apresentada ou a sua adequação. Já os estabelecimentos que possuem mais de uma denúncia, ou cujo teor destas é considerado risco iminente a saúde pública, realiza-se a inspeção para averiguação da mesma e adoção das medidas cabíveis diante da situação encontrada pelas autoridades sanitárias. Em caso de acidente de trabalho envolvendo esta atividade, independente se há denúncia de ordem sanitária no estabelecimento, elabora-se ação conjunta com o CEREST e VISA, a fim de otimizar tempo e recursos humanos com diferentes conhecimentos técnicos especializados. Sendo realizada inspeção visando a saúde da população e dos trabalhadores.

RESULTADOS

Com essa metodologia de trabalho partindo do risco sanitário, avaliando a incidência de denúncias sobre o estabelecimento e levando em conta especialmente, a ocorrência de acidente nos trabalhadores que atuam com instrumentos cortantes, foram inspecionados 3 açougues durante o período de julho de 2017 a janeiro de 2018. Destes, todos foram autuados. Em um deles houve a interdição do monta-carga e nos demais verificou-se práticas irregulares de pré-preparo com manipulação de produtos cárneos. Todos continuam sendo monitorados para a devida regularização e adequação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho conjunto das duas equipes resultou em uma inspeção mais detalhada com a visão multiprofissional. A soma dos diferentes olhares e conhecimentos torna a ação mais completa e fortalecida, trazendo melhores resultados. Além de a ação conjunta ser mais eficiente, ela causa menos desgaste frente ao pessoal responsável pelo estabelecimento.

Vigilância em Saúde

AÇÃO INTERSETORIAL DAS SECRETARIAS: SAÚDE, EDUCAÇÃO E COMPANHIA REGIONAL INTEGRADA DE ABASTECIMENTO DE SANTO ANDRÉ PARA CAPACITAR EQUIPES GESTORAS-UNIDADES DE EDUCAÇÃO INFANTIL SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SEGURANÇA ALIMENTAR E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ana Lucia Ferreira Oliveira Meira, Roseane Improta, leonice Monteiro de Aguiar, Jacqueline Martins Laranjeira, Marcia Godinho Stangini
1 Secretaria Municipal de Saúde de Santo André - Secretaria Municipal de Saúde de Santo André

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Normalmente, quando se pensa em merenda escolar e Boas Práticas de Manipulação lembramos somente dos manipuladores envolvidos diretamente com a alimentação. Porém, os gestores de unidades de educação infantil estão relacionados também com a segurança alimentar da merenda, pois de sua gestão depende algumas questões de investimento e manutenção de estrutura física (reservatório de água, área externa com organização, controle de pragas, entre outros) e em parte, das notificações de surtos de origem alimentar. A equipe responsável pela merenda escolar em Santo André, através de supervisões constantes nas unidades de educação infantil, sentiu a necessidade de sensibilizar as equipes gestoras destas (diretores e coordenadores pedagógicos) sobre a importância da Segurança Alimentar e Vigilância Epidemiológica. A sensibilização por parte das equipes gestoras era imprescindível para que o trabalho da supervisão das merendas fosse melhor compreendido, inclusive quanto a questões de investimentos em melhorias estruturais, que muitas vezes depende de verbas exclusivas de cada unidade de ensino. Além disso, os surtos de origem alimentar têm seus primeiros sintomas percebidos, muitas vezes, na escola e não devem ser ignorados.

OBJETIVOS

- Sensibilizar as equipes gestoras das unidades de educação infantil de Santo André sobre a importância da segurança alimentar - Reduzir a subnotificação de surtos suspeitos de origem alimentar ocorridos nas unidades de ensino.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para sensibilizar as equipes gestoras foi a capacitação através de palestras expositivas com uso de recursos audiovisuais (data show), porém com abordagem de aprendizagem significativa e mostras de "cases" ocorridos em unidades de educação infantil, a fim de provocar a reflexão dos participantes. A capacitação foi dividida em dois módulos: 1º - Boas Práticas de Fabricação de Alimentos – enfoque na legislação Sanitária e 2º - Vigilância Epidemiológica.

RESULTADOS

Ao final dos módulos foi preenchido um formulário para avaliação com classificação entre: Ótimo, Bom, Regular e Ruim e sugestões. Abaixo, seguem os gráficos com os resultados. Podemos verificar nos gráficos, que de um total de 65 avaliações 35 consideraram o módulo 1 "Ótimo" e 28 classificou como "Bom". Com relação ao módulo 2, 43 avaliaram como "Ótimo" e 22 como "Bom". Desse total, 2 pessoas não compareceram ao módulo 1 e por isso não o avaliaram. Nas sugestões, foi predominante a manifestação da vontade de continuidade com os temas abordados e a satisfação da integração entre os diferentes setores da Prefeitura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacitação com as equipes gestoras sobre os temas de Segurança Alimentar e Vigilância Epidemiológica foi uma oportunidade de integração entre a Secretaria da Saúde, Secretaria da Educação e CRAISA que se mostrou necessária e produtiva, pois através das avaliações ao final dos módulos pudemos observar a satisfação dos participantes. Como continuidade a essa integração, deveremos verificar durante inspeções nas Unidades de Ensino se está ocorrendo maior valorização das questões que envolvem a Segurança Alimentar e Vigilância Epidemiológica por parte das equipes gestoras.

Vigilância em Saúde

AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO CONTRA A FEBRE MACULOSA BRASILEIRA: VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS DA DIVISÃO DE VETERINÁRIA E CONTROLE DE ZOONOSES

Andreia de Medeiros Nogueira Nunes, Francisco Teófilo de Sá e Sarti Júnior, Roberta Emanoela Moura Alves Mariano, Cristiane Marcusso, Adélia Toshie Honda Mitsumori, Marco Aurélio Ferreira, Amábile Oliveira Rossanez, Ericka Ferraresi Avibar
1 Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo - Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida por carrapatos do gênero Amblyomma e causada pela Rickettsia rickettsii. Na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), onde a FMB apresenta alta taxa de mortalidade, o carrapato amarelo do cão (Amblyomma aureolatum), o cão doméstico e a ocupação humana em áreas de Mata Atlântica degradada, tem papel fundamental na transmissão da doença, que tem sido verificada no peri e intradomicílio pelo livre deslocamento de cães e gatos nestas áreas. Na forma grave da doença o óbito pode ocorrer entre o 5° e o 15° dia do início dos sintomas. Esta evolução é mais frequente quando o diagnóstico e o tratamento foram tardios. Os exames laboratoriais específicos para o diagnóstico da FMB são demorados, assim, o tratamento deve ser iniciado imediatamente após a suspeita clínica. As ferramentas de geolocalização disponíveis e a classificação oficial das áreas instrumentalizaram as equipes de saúde nas atividades de diagnóstico, prevenção e controle da FMB. Em 2014 o município realizou a delimitação das áreas de transmissão. A maioria das áreas mapeadas se concentram na região conhecida como Alvarenga, outras áreas também foram mapeadas como a região do Silvina, Montanhão, Areião e Riacho Grande. A participação da Divisão de Veterinária e Controle de Zoonoses (DVCZ) de São Bernardo do Campo na I Semana de Mobilização contra a Febre Maculosa Brasileira na Região Metropolitana de São Paulo (FMB-RMSP), possibilitou a orientação e conscientização sobre a prevenção, o conhecimento da doença, do vetor, associados ao fato de residir ou frequentar áreas de transmissão, o relato ao médico do contato com o carrapato são fundamentais para a rápida suspeição e início do tratamento. O público-alvo foram as populações das áreas de transmissão, com um trabalho de sensibilização e orientação, para que as pessoas saibam que a doença ocorre nessas áreas. O planejamento e a realização dos trabalhos foram definidos através de reuniões com a participação das equipes de Vigilância Epidemiológica (VE) e a DVCZ.

OBJETIVOS

Descrever as ações de mobilização desenvolvidas pela DVCZ durante a I Semana de Mobilização contra a FMB-RMSP e refletir sobre os impactos na prevenção da doença.

METODOLOGIA

Desde 2014 a equipe da DVCZ mantém representantes nas reuniões do Grupo de FMB-RMSP, que congrega técnicos de saúde das equipes dos municípios da RMSP, representantes da

Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo (SUCEN) e Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). O grupo foi responsável pela elaboração do Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA, vol. 13). Em 2017 o grupo FMB-RMSP propôs a realização da Semana de Mobilização contra FMB no período de 18 a 22 de setembro. Ficou a cargo da DVCZ, em parceria com a Atenção Básica, a orientação da população junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foram montados kits com as espécies de carrapatos, maquetes, folhetos distribuídos, abordagens quantificadas e palestras e rodas de conversas realizadas com professores e alunos em escolas públicas. Estimulou-se o envio de carrapatos para análise no laboratório da DVCZ e orientação às UBS sobre a coleta, recebimento e envio das amostras. A DVCZ realizou a coordenação e acompanhamento das equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na abordagem casa-a-casa e preenchimento de planilha com informações sobre a população animal com proprietário ou cuidador. Em função da Semana, a equipe de VE realizou a capacitação de médicos e enfermeiros no município. As ações foram precedidas de atividades preparatórias: realizou-se contato com a coordenação da equipe de Atenção Básica para informação, divulgação e sensibilização da coordenação das UBS de forma a garantir a intersetorialidade na atuação. Realizou-se a capacitação de supervisores de endemias, Agentes de Controle de Endemias (ACE) e ACS. Foi criado um grupo no aplicativo Whatsapp com a participação de todos os envolvidos, através do qual a equipe da DVCZ divulgou vídeos, esclareceu dúvidas e orientou as atividades durante a semana.

RESULTADOS

As ações da DVCZ resultaram no intercâmbio de experiências e vivências que fez refletir e buscar novas formas de atuar sobre esta zoonose. Formação de multiplicadores realizada pelo DVCZ: 764 professores e alunos, 210 profissionais de saúde; ações orientativas junto à população frequentadora das UBS foi enriquecedora. Foi notório o interesse da população, devido ao seu total desconhecimento sobre a ocorrência da doença e do carrapato transmissor. A integração com a Atenção Básica junto aos dados coletados norteará, para o desenvolvimento de novas ações e pela busca de ações educativas permanentes. Foram visitados 3. 919 domicílios, coletados 11 Amblyommas, 2. 604 pessoas orientadas. A população animal nas áreas trabalhadas é de 2. 177 cães e 988 gatos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi um trabalho exitoso, atingimos crianças, jovens e adultos das comunidades mais expostas. A experiência, em atuação contra a FMB, se concentrava nas fiscalizações zoossanitárias e ações educativas nos casos notificados, e percebeu-se que é fundamental a divulgação da doença, conversar com a população sobre o vetor, pois ações educativas podem fazer com que a suspeição seja rápida, contribuindo desta forma com a diminuição do índice de mortalidade ainda alto no município.

Vigilância em Saúde

AÇÕES ESTRATÉGICAS NO PROCESSO DE DISCUSSÃO DE CASOS PELO COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA

Raquel Zaicaner, Cristina G Martinez, Célia AparecidaMichelon Ferreira Ribas
1 Prefeitura Municipal de Taboao da Serra - Prefeitura Municipal de Taboao da Serra

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A partir de 2013 decidiu-se integrar as Unidades Básicas de Saúde como membros do Comitê de Mortalidade pela investigação dos óbitos Materno Infantil com o propósito de identificar problemas, desenvolver estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, pela certeza que o maior envolvimento de toda equipe da UBS com a investigação motiva a melhora tanto do ponto de vista dos prazos, maior anuência dos dados, discussão, conclusões de evitabilidade e recomendações de melhora na linha de cuidado no pré-natal.

OBJETIVOS

1-Integração de equipe multidisciplinar; 2- Redução da Taxa de Mortalidade Materno Infantil Fetal; 3- Aperfeiçoar a linha de cuidado no pré- natal; 4- Apropriação de conhecimentos de toda equipe; 5- Aprimoramento da Causa Básica dos óbitos; 6 – Motivar a Unidade Básica de Saúde a discutir internamente a evitabilidade dos casos e recomendações de melhora no processo de trabalho.

METODOLOGIA

Renovação da composição do Comitê com a participação: Coordenação da Atenção Básica, Coordenação da Saúde da Mulher, Coordenação da Vigilância Epidemiológica, Coordenação da Saúde da Criança, Coordenador do SIM/SINASC, Codificadores do SIM/SINASC, Pediatra que realiza as investigações hospitalares e ambulatório de RN de risco, GO responsável pelo pré-natal de risco, 1 representante de cada UBS, representante do Centro de Referencia da Mulher. Participação ocasional de representantes das Maternidades: Estadual, Municipal e Hospital Family (convênio). Introdução de estudo da Mortalidade Local com avaliação do perfil epidemiológico; Inclusão de temas para discussão com outros equipamentos e/ou profissionais de saúde mediante demanda gerada nas reuniões: Exemplo: Sífilis Congênita e Manejo de gestantes usuárias de substancias psicoativas. 1ª Etapa: Elaboração das investigações pela equipe do Comitê a nível central. Observou-se a falta de envolvimento maior das equipes de saúde com os casos, seja nos prazos e na qualidade das investigações e a pouca participação na discussão no Comitê. 2º Etapa: Em agosto de 2015 foi adotado nova estratégia de discussão dos casos, com divisão de grupos de até 4 pessoas sendo 1(um) representante da UBS do caso em questão. Foi fornecido todo material da investigação e a seguir realizada a apresentação do caso para todo grupo do Comitê. Isto permitiu incentivar as pessoas a se posicionar e reverter em um novo aprendizado para o dia a dia. No entanto, a discussão não era replicada na UBS e ainda apresentavam investigações com falta de dados específicos do caso. 3ª Etapa: Em 15/06/2017

em reunião do Comitê foi acordado que nas próximas reuniões as Unidades Básicas de Saúde prepariam o caso para apresentar no Comitê.

RESULTADOS

A equipe da UBS ao elaborar a apresentação, aprimorou a qualidade das informações e incentivou as demais Unidades Básicas de Saúde neste aperfeiçoamento a cada nova reunião, resultando na multiplicação de boas praticas e experiências exitosas para os demais; Busca de conhecimento maior técnico pela equipe; Maior sensibilidade na abordagem no binômio mãe-filho; Tomada de decisões pelo Comitê com a anuência de todos participantes; Tendência de queda da taxa de mortalidade infantil no período de 2013 a 2017; No período de 2013 a 2016(ainda não finalizado 2017) foram estudados 197 casos de óbitos menores de 1 ano o que representa investigação de 90, 78% do total dos óbitos; Foram apresentados para discussão nos grupos, no período de 2013 a 2017, 150 casos que resultaram em mudanças de fluxo no pré-natal incluindo recomendações às maternidades; Maior aproximação com os serviços de verificação de óbitos (SVO) e Instituto Médico Legal para aprimoramento das causas de óbitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização das investigações permite e agiliza a informação cujo óbito comprovadamente não é morador do município, inclusive encaminhar e informar a Fundação Seade a necessidade de alteração do registro do óbito. A equipe técnica que atua no atendimento ao binômio mãe-filho se mostram mais envolvidas e motivadas a participantes. Trazer a Atenção Básica para participação efetivamente neste processo diminui distancias e aumenta o comprometimento da equipe.

Vigilância em Saúde

AÇÕES INTEGRADAS ENTRE A REDE DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO CONTRA O AEDES AEGYPTI E DOENÇAS RELACIONADAS: DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA - O PERIGO TRIPLICADO

João Gabriel Zerba Corrêa, Cristiane Gomes Soares, Luiz Lourenço, Pedro Henrique Martins Honorato, Marcos Gonçalves
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Promover a saúde da população é uma das diretrizes do SUS, através do direito à informação, requisito importante - do ponto de vista democrático - para vida do cidadão usuário do sistema. É fundamental que as informações acerca da saúde individual e coletiva sejam divulgadas pelos profissionais da saúde, os quais são assim responsáveis pela "viabilização deste direito". A Vigilância em Saúde Ambiental é parte integrante dessa estratégia e é responsável por um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente e que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais, relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. O Aedes aegypti é um mosquito antropofílico, isto é, ele vive perto do homem. Por isso, sua presença é mais comum em áreas urbanas e a infestação é mais intensa em regiões com alta densidade populacional e, principalmente, de ocupação desordenada, onde as fêmeas têm mais oportunidades para alimentação e dispõem de mais locais para desovar. O Aedes aegypti é responsável pela transmissão da dengue, chikungunya, vírus zika e febre amarela, que são atualmente graves problemas de saúde pública em todo país. Para atuar em consonância com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a UVIS São Miguel Paulista realizou o projeto "O perigo triplicou! A Escola contra a Dengue, Chikungunya e Zika vírus" que visa integrar a Saúde, Educação e Comunidade em ações de promoção à saúde em áreas de vulnerabilidade ambiental.

OBJETIVOS

Instruir diretores, coordenadores pedagógicos, professores, alunos e pais à Dengue, Chikungunya, Zika vírus e ao controle do vetor Aedes aegypti, preparando-os para que sejam multiplicadores do conhecimento no território, através de: conhecimento dos sintomas e modo de transmissão das doenças e da biologia, prevenção e controle dos vetores; demonstrar as atividades da Vigilância Ambiental.

METODOLOGIA

Foram abordados os conteúdos em 4 etapas distintas: 1°) Foram abordados em palestras aos diretores, coordenadores pedagógicos, professores e auxiliares de limpeza, o ciclo biológico e controle do vetor, como características de cada doença como epidemiologia, sintomatologia, tratamento e prevenção (figura 01), com apoio de equipamentos de multimídia; 2°) Realizadas atividades lúdicas aos alunos, do ensino básico, de 6 a 8 anos, através de: contação de história - atividade a qual os alunos, através de uma historia narrada por um agente de saúde/endemias

em uma peça teatral, com participação de quadros ilustrativos e musica, explicando a origem do vetor e seu ciclo biológico; e caçada aos criadouros (figura 02) - atividade prática, que se baseava em uma caça ao tesouro modificada os alunos, na qual buscam reconhecimento e eliminação dos possíveis criadouros na dependência da própria escola, para assim evitar formações dos mesmos no futuro, 3°) "Bate-papo"/oficina e palestras com os pais durante a reunião de pais e mestres, na busca da devolutiva que os filhos informaram em casa e quanto à responsabilidade individual na eliminação de criadouros. Foram consultados se os filhos levaram a informação e se promoveu mudanças nas ações em suas casa.

RESULTADOS

Inicialmente, a equipe de funcionários da escola (diretores, coordenadores pedagógicos, professores e auxiliares de limpeza, contabilizando em torno de 30 participantes), mostrou-se multiplicadora das informações, levando-as para as aulas, tanto práticas quanto teóricas, principalmente na área de ciências biológicas, destacando o controle do vetor. Em relação aos alunos, em quantidade de aproximadamente 100 alunos, observou-se uma mudança de atitude, sendo que os mesmos instigam tanto dos pais como professores a ação efetiva na eliminação de criadouros, não permitindo a água parada, e lixo no chão principalmente tampas de garrafa e copos. E finalmente em relação aos pais, observa-se a descrição dos mesmos ao relatar que os filhos vieram com estas informações, e promovendo mudanças dentro de casa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessas atividades integradas, constataram-se diversos êxitos a partir de vários focos: - a multiplicação das informações e conhecimento, através da explanação aos professores, diretores e coordenadores, os quais mostrando bastante interesse com diversas duvidas esclarecidas; - a percepção dos perigos da manutenção dos criadouros do mosquito, e a eliminação destes na escola e principalmente em casa, através das atividades lúdicas realizadas com as crianças; - a conscientização dos pais da existência destes riscos em casa, através da indagação dos próprios filhos, e quanto a responsabilidade individual na eliminação de criadouros, através de comentários de agradecimentos dos pais para os técnicos, como “meu filho até hoje lembra do mosquito violinista” ou “aprendi muito com aqueles quadros”. Finalmente, através da articulação do trabalho em rede, principalmente intersecretarial, obteve-se a conscientização em idades tenras, e assim consegue-se um sucesso a longo prazo, com ideias enraizadas e, portanto, mais adequadas para o futuro. Observou-se também uma maior facilidade, e por seguinte aceitação dos pais na realização de controle do vetor. Finalizando assim, que através dessas atividades, uma ação agregada e de sucesso no manejo dessas doenças, além daquelas ações já executadas in loco, como a inspeção casa a casa.

Vigilância em Saúde

ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA HIV – DESAFIOS DA ROTINA DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA CLINICA DST E HEPATITES VIRAIS DE TABOÃO DA SERRA. "Era para ser seis meses e já se passaram 16 anos"

Ricardo APARECIDO DE MORAES, Iris Bandeira Roquim, Raquel Zaicaner
1 Prefeitura Municipal de Taboão da Serra - Prefeitura Municipal de Taboão Da Serra

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A importância do uso diário e ininterrupto dos antirretrovirais do tratamento para o HIV está no controle da replicação viral e, com isso, a manutenção de quadro imunológico ideal. Infelizmente, é comum a existência de diversos fatores que colaboram na desistência, na interrupção, no uso irregular da medicação. Estas atitudes podem agravar a doença implicando em: internações, infecções oportunistas e etc. Desde a introdução da terapia antirretroviral (TARV ou HAART) no tratamento do HIV, houve um decréscimo importante de complicações provenientes da infecção. Adesão por conceito e a prática significam um padrão de comportamento colaborativo, diário, e ininterrupto por toda a vida. Entre os diversos fatores que colaboram na falha de adesão a TARV podemos citar: uso diário e dependência da medicação, fuga do diagnóstico (negação), ausência de sintomas ou aspectos físicos e orgânicos que denunciem a infecção, evitação da descoberta do diagnóstico por outras pessoas (familiares, amigos, trabalho e etc.), efeitos adversos, baixa escolaridade e outros. Outro aspecto importante reside na equipe multiprofissional. É comum verificar que o portador HIV em atendimento ambulatorial "escolhe" o profissional que compõem o corpo de funcionários da unidade de tratamento. Por razões que se iniciam pela empatia e vai até o grau de conhecimento, o portador HIV acaba por optar por alguém da recepção ou da enfermagem, médico, psicólogo etc. Nesta situação este profissional acaba por receber as informações de vida dele. Quando se associam essas informações com a evolução clínica, a equipe pode estabelecer a linha de cuidados para o portador HIV. Se o portador HIV estiver em situação de alguma vulnerabilidade na adesão o profissional "escolhido" junto da equipe, procura encontrar formas de facilitação e retorno a um padrão ideal de seguimento do tratamento.

OBJETIVOS

a. Apresentar a importância da prática da adesão à terapia antirretroviral para HIV b. Apresentar um caso emblemático da falha da adesão ao tratamento (TARV) c. Reforçar a importância real da equipe multiprofissional no atendimento ambulatorial do portador do HIV. d. Reconhecer o padrão de cronicidade da patologia e que, historicamente não foi agregada à orientação do profissional.

METODOLOGIA

Através do estudo de um caso de portador HIV do sexo masculino que iniciou a TARV há mais de 16 anos no ambulatório da Clinica DST E Hepatites virais de Taboão da Serra, reconhecer aspectos importantes na decisão de abandonar o tratamento. O seguimento do tratamento por

este portador HIV acusou em certo momento uma falha, verificado no atendimento médico / exames de CD4-CD8 e carga viral. O portador HIV vinha há diversos anos apresentando condições nos exames identificando permanência e constâncias no tratamento, ou seja, uso regular e diário dos medicamentos antirretrovirais. Porém, em determinada ocasião, foram aparecendo alterações dos exames e permanência de indicadores que revelavam uso irregular ou até mesmo, suspensão por conta própria dos medicamentos. A médica que o atendia solicitou conversa conjunta com o psicólogo da unidade. Neste momento, na tentativa de localizar os motivos da não adesão, o portador revela nitidamente a conscientização do diagnóstico definitivo para HIV com a seguinte frase: "Era para ser seis meses e já se passaram 16 anos!".

RESULTADOS

a. Fica evidenciada a necessidade do olhar atento por parte da equipe multiprofissional envolvida no atendimento ambulatorial do portador HIV na estimulação da prática da adesão à terapia antirretroviral do paciente. b. Que o momento de conscientização do diagnóstico para HIV é realizado em diferentes momentos da vida, ou seja: no diagnóstico inicial, na matricula, nas primeiras consultas com os diferentes profissionais, no dia especifico de coleta de CD4/CD8 e Carga Viral, com a introdução da medicação, na ingesta diária dos medicamentos, com reações colaterais possíveis ao uso da TARV, com a mudança de esquemas antirretrovirais, com o surgimento de infecções oportunistas, com novas pessoas e lugares que venham a reconhecer a sorologia do portador, enfim, o processo de revelação diagnóstica é constante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução da terapia antirretroviral proporcionada pelos avanços científicos e disponibilizados nos serviços especializados de atendimento ambulatorial a portadores HIV trouxe melhor prognóstico e qualidade de vida ao portador HIV. No entanto, a estratégia da adesão ainda é um padrão de comportamento que encontramos falhas e que poderão agravar as condições da saúde do portador HIV. É de suma importância que se reconheça por todos, profissionais diretamente envolvidos ou não, bem como de pessoas do convívio do portador HIV, que o reconhecimento do diagnóstico definitivo desta doença incurável é um processo constante, diário e surge em diversas ocasiões, assim sendo, o "sofrimento" é inerente. Ressalvar que, estamos tratando de um caso onde ocorreu a aceitação do diagnóstico por longo período, mas em determinado momento, foi alterado o padrão aderente deste paciente. Por fim, destacar que, a AIDS traz conhecimentos diversos ao longo de sua historia e deve-se considerar que, se há três décadas a AIDS era considerada como uma condição de abreviação da vida, com o advento da TARV, a manutenção do quadro de saúde estabilizado, melhorando como um todo, revela desde o diagnóstico a inexistência da informação do caráter crônico da patologia, ou seja, a modificação, a partir da descoberta, do ritmo de toda a vida do sujeito, um estado de permanência de ações e atitudes diferentes do que se vivia até então, como por exemplo: regramentos para a pratica sexual (ex. camisinha, gel, testagem, PEP, PREP), frequência de consultas médicas e exames laboratoriais, ingesta diária de medicamentos (TARV) e etc.

Vigilância em Saúde

AGENTES MIRINS EM COMBATE AS ARBOVIROSES

Sérgio Aparecido Batista, Vanessa Martins
1 Unidade de Saúde da Família de Fernão - Unidade de Saúde da Família de Fernão, 2 Unidade de Saúde da Família de Fernão - Unidade de Saúde da Família de Fernão

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Sabendo-se que as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela), é um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, Promovemos a conscientização através da educação em saúde, formando equipes de Agentes Mirins

OBJETIVOS

Formar multiplicadores das ações em combate as arboviroses. Promover a interação entre Agentes de Combate as Arboviroses, escola e a comunidade. Mudanças de Hábitos da população

METODOLOGIA

Realização de palestras e vídeos sobre o ciclo do mosquito, Doenças e como prevenir. Visitas aos setores públicos e residencias. Realização de oficinas através de materiais recicláveis. Passeata Arrastão

RESULTADOS

O município de Fernão até o presente momento teve somente dois casos de Dengue Autóctone e seis casos importados; índices larvários abaixo do preconizado pelo ministério, população mais consciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos o projeto de grande importância para o desenvolvimento das crianças e elas sendo multiplicadores de conhecimento obtemos maior resultados do projeto.

Vigilância em Saúde

ALTO ÍNDICE LARVÁRIO DE Aedes Aegypti e SEM EPIDEMIA – UMA EXPERIÊNCIA NO GUARUJÁ

Ana Lucia Eller, Vagna de Souza Lima
1 Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá - Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O município de Guarujá vem sendo acometido de várias epidemias de Dengue desde 1997, apresentou a circulação dos sorotipos I, II, III e IV com 01 óbito em 2006, 01 óbito em 2009, sendo que uma epidemia com início em nov/2009 a junho de 2010 foi a mais grave, com 9. 281 casos autóctones confirmados e 26 óbitos, no ano de 2013 tivemos uma nova epidemia com a circulação do vírus tipo IV, apresentando 1. 722 casos confirmados e 02 óbitos, em 2014 tivemos 416, em 2015 1. 288 e em 2016 tivemos 906 casos confirmados de Dengue - fonte vig. Epid. DIVISA – SESAU. PMG). Diante desse panorama epidemiológico a equipe de endemias necessitava de uma nova estratégia de trabalho, pois não havia recursos para realizar uma cobertura de vistorias em imóveis, recomendada pelo Ministério da Saúde, para diminuir os altos índices larvários e os casos confirmados, com isso, a equipe resolveu cruzar as informações dos dados epidemiológicos com os entomológicos, levando em consideração a realidade territorial e o comportamento das pessoas para definir quais seriam as áreas de prioridade para serem trabalhadas, assim a equipe motivada, se mobilizava e atuava de maneira eficaz, pois, através desse método era possível mensurar os resultados positivos.

OBJETIVOS

Mudar a estratégia de trabalho no controle ao Aedes Aegypti no município de Guarujá, otimizando os recursos existentes, a fim de reduzir índices larvários focando nos pontos críticos de infestação nas áreas prioritárias para evitar uma epidemia de larga escala como ocorrido em 2010.

METODOLOGIA

Com a maior epidemia de sua história, a equipe de endemias se viu a frente de seu maior desafio, evitar uma nova epidemia, percebeu-se então que seria necessário uma nova estratégia de trabalho, pois entendeu-se que da maneira que se vinha trabalhando, somente cumprindo as normas técnicas do Estado não era suficiente, pois não havia recursos necessário para cumprir as regras estabelecidas, sendo assim precisava-se enfrentar a situação com os recursos que se tinha no momento. Entendemos que deveríamos utilizar os recursos que tínhamos e não apenas seguir os protocolo que era de completar os ciclos, onde é solicitado a vistoria de todos os imóveis a cada 4 meses, então, a equipe se reuniu, coletou os dados do SISAWEB, e começou a estudá-los, foi colocado tudo no mapa do município para melhora a visão e foi analisado todas as situações de risco como positividade de PE, imóveis com grande oferta de criadouros. IE, imóveis com grande circulação de pessoas e alto índice larvário, situações que facilita a disseminação do vírus, com isso foi traçado uma linha de segurança, na área onde se concentrava tal positividade respeitando a densidade populacional o reconhecimento de

territorial e sua movimentação, foram pontos cruciais para traçarmos as estratégias de ações integradas de trabalho com intuito de evitar, da melhor maneira possível, uma nova epidemia de larga escala. Com todos os dados apostos, colocamos as equipes para fazer retirada de criadouro e tratamento focal com larvicida nas residências, assim também nos I. E e P. E, a fim de diminuir o número de larvas naquele local. Caso haja a ocorrência de algum suspeito, é feito imediatamente, também o tratamento químico, ou seja, a nebulização para matar os alados possivelmente contaminados, em conjunto a equipe do IEC, entra com ações educacionais focando nos principais criadouros, incentivando a população a entender a importância de sua responsabilidade diante do que acontece naquele local. Percebemos também que os casos da epidemia de 2010 se concentraram em locais com aglomeração de casas e pessoas, realidade de comunidades, sendo assim, independente do resultado de avaliação de densidade larvaria, procuramos realizar atividade de mutirão (realizar retirada de criadouro no menor tempo possível), e telagem de caixas d`água, junto a esta ação entra a equipe do IEC, para trabalhar a parte educacional, junto a comunidade, realizando reuniões nas associações desses locais, além disso passamos a colocar peixinhos larvófagos, que são coletados pelos agentes em canais e córregos, e colocados em locais onde não há pessoas para manter um tratamento adequado como obras paradas, casas abandonadas com piscinas, entre outros. O intuito foi de resolver uma situação critica otimizando recursos financeiro pois não teríamos perna para controlar o efeito residual de larvicida e seria um gasto absurdo, os peixinhos nos traz uma tranquilidade, uma vez que os mesmos se alimentam das larvas dos mosquitos e não tem necessidade de reposição, o tratamento é 100% seguro com custo zero para o município.

RESULTADOS

De acordo com os dados entomológico - é possível visualizar o controle de infestação das áreas prioritárias, lugar de maior probabilidade da manifestação do Aedes Aegypti, teríamos, na verdade, que trabalhar a área inteira, mas sem recursos, priorizamos as áreas e ao realizarmos a próxima pesquisa é possível perceber, nas referidas áreas, a diminuição da infestação do vetor, ou seja, quando de fato é possível realizar as ações de maneira integrada conseguimos um resultado positivo. Percebemos, também que em 2013 com a chegada do vírus tipo 4 onde 100% da população estava suscetível a doença, e um índice larvário altíssimo, conseguimos, através dos critérios de risco, controlar a epidemia que aconteceu por toda baixada Santista, menos de 1% da população do Guarujá foi contaminada, sendo assim, houve casos em pontos espalhados da cidade, na qual conseguimos interromper transmissão do vírus em cada área, segundo o manejo analítico destas áreas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Agir além do protocolo, analisar e repensar a abordagem de planejar ações criativas e inovadoras, mobilizar a equipe e população foram o diferencial. Conhecer o território e sua movimentação e densidade populacional foram pontos assertivos para o controle das epidemias.

Vigilância em Saúde

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE FEBRE AMARELA EM TABOÃO DA SERRA FRENTE A TEMPO DE EPIZOOTIAS

Raquel Zaicaner, Milton Parron Junior, Heloísa Spínola Paulino, Mariangela Palma Rosa Pessuto, Alon Carlos Magalhães Silva
1 Prefeitura Municipal de Taboão Da Serra - Prefeitura Municipal de Taboão da Serra

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A vacinação contra a febre amarela no município de Taboão da Serra ocorre há muitos anos, de forma centralizada em uma única Unidade Básica de Saúde Municipal, devido à baixa procura do referido imunobiológico. Até o ano de 2017, a procura resumia-se a viajantes a áreas de risco em nosso país ou segundo exigência de alguns países com tal recomendação. Por ser uma cidade 100% urbanizada e não termos registro de epizootias ou doenças em humanos, organizamos essa vacinação às sextas-feiras no horário das 12 às 16 horas. Tal logística era, até então, suficiente para fazer frente à demanda da população com uma média de aplicação de 400 doses de vacina por mês. No entanto, à partir de outubro de 2017, com aumento de epizootias no Estado de São Paulo e, particularmente, em nossa região, com casos humanos de Febre Amarela confirmados, alguns com extrema gravidade, levando alguns pacientes a óbito pela doença, houve grande mobilização da grande imprensa, gerando enorme preocupação da população. Embora Taboão da Serra não estivesse entre as cidades ditas como prioritárias para uma intensificação de vacinação contra a febre amarela, houve imediata repercussão dos dados divulgados na imprensa, Mesmo não fazendo parte das 54 cidades do estado de São Paulo consideradas como estratégicas para vacinação fracionada como forma de impedir a circulação rápida do vírus de febre amarela quebrando a cadeia de transmissão, o município sofreu com a demanda desenfreada, sobretudo à partir do mês de novembro de 2017. À partir de 18 dezembro de 2017, descentralizamos sua aplicação para todas as unidades básicas de saúde como estratégia para ampliar o acesso a todos os munícipes pois a estratégia anterior seria insuficiente para dar conta da demanda esperada. Em janeiro de 2018 a procura pela vacina superou qualquer expectativa, atingindo o ápice em meados daquele mês. Cabe ressaltar que, durante todo esse tempo, aplicamos apenas a dose padrão e por não sermos classificados como de risco para epizootias, nunca exigimos comprovante de endereço para aplicação destes imunobiológicos. No período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, aplicamos 159. 679 doses da referida vacina. Cabe ressaltar que, à partir de 15 de janeiro de 2018, estabelecemos uma quota de 300 doses diárias para cada unidade básica de saúde para não comprometermos as demais atividades previstas na rotina do estabelecimento de saúde e para mantermos o controle da distribuição adequada a nossos munícipes. Embora tivéssemos os números de doses informadas e registradas em cada local, devido à invasão de munícipes de outros locais, não havia a certeza da real cobertura vacinal em nossos munícipes. Tal dado era fundamental para a tomada de decisões e aperfeiçoamento de estratégias para a continuidade da Campanha. Este foi o motivo da decisão de realizar uma pesquisa de cobertura vacinal para nos amparar em tal ação.

OBJETIVOS

Conhecer de forma rápida, porém confiável, a cobertura vacinal para Febre Amarela em Taboão da Serra. Entender os motivos de não vacinação por parte de nossa população. Utilizar esse instrumento para planejamento de nossas ações.

METODOLOGIA

Optamos por fazer uma pesquisa operacional, utilizando como base o monitoramento das salas de vacinas. Criamos um questionário como instrumento de pesquisa e definimos amostragem de, no mínimo, 1000 pessoas dividas percentualmente de acordo com a participação de cada território na composição da população. Utilizamos o registro dos domicílios para realização de inquéritos residenciais para sorteio das residências a serem visitadas. Intencionalmente incluímos algumas ruas de difícil acesso no sorteio a ser realizado. Foram capacitados membros da equipe de Vigilância Epidemiológica e agentes de Zoonoses na padronização de conceitos para evitar vieses na realização das entrevistas. Realizamos as entrevistas em 3 dias com equipes divididas nas áreas de abrangência das unidades de saúde. Os entrevistados foram necessariamente maiores de idade e responsáveis pelo domicílio que podiam informar sobre esse domicilio seguindo os mesmos critérios utilizados pelo IBGE para realização do censo populacional.

RESULTADOS

No total, foram avaliadas 1. 390 pessoas. Dessas avaliações, 130 tinham contra-indicação ao uso de vacina, sendo excluídas do nosso universo amostral. Passamos então a trabalhar com um n de 1. 260 pessoas. Dessas, conforme tabela 1 abaixo, 1000 pessoas encontram-se vacinadas contra febre amarela, somados os que tinham os comprovantes com ou sem comprovação. Por ser essa uma vacina de aplicação recente, o que nos leva a inferir não haver tempo para esquecimento sobre a vacina realizada. Este número nos leva a um percentual de 79, 4% de pessoas vacinadas, cobertura superior a média nacional e estadual. Observamos também uma variação importante entre a população coberta das unidades básicas de saúde, com percentual de 63% até 93, 8% de cobertura que nos norteará na tomada de decisões. A avaliação dos não vacinados nos permitirá atuar efetivamente para incrementar nossa cobertura vacinal, corrigindo possíveis distorções estratégicas. Percebemos alguns motivos importantes entre os não vacinados: 29, 2% não têm interesse na vacinação. Dentre os que definiam a falta de acesso como o motivo para a não adesão, as grandes filas foram a maior dificuldade apontada. Falta de tempo e ter o trabalho coincidindo com o horário de vacinação, se somados aparecem como a principal causa da não vacinação. O medo da vacina referido por 8, 8% dos entrevistados, merece uma análise à nível estadual e nacional, independe da ação municipal para sua reversão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cobertura vacinal de 79, 4% contra Febre Amarela nos indica a necessidade de um pequeno esforço a ser realizado para chegarmos a cobertura vacinal desejada. Nos mostra também a grande mobilidade da população, visto que apesar de termos tido invasão por pessoas de outros

municípios, nossos munícipes também invadiram outras cidades para obterem a vacinação. Motivo pela não vacinação como: tempo, horário de trabalho e acesso, nos leva a mudar nossa estratégia. Mesmo não sendo um município estratégico para monitoramento de epizootias, pretendemos definir um dia no final de semana para abertura das UBS's para realização de vacinação para Febre Amarela. Dentro dos motivos "outros", encontramos a referencia a "necessidade de autorização médica para maiores de 60 anos". Apesar de termos orientado as equipes de saúde quanto a não necessidade de tal documento, percebemos que a divulgação na mídia tem efeito bem mais efetivo do que nossa orientação. Entretanto, optamos por reforçar nosso esclarecimento junto a população e profissionais de saúde. Com isso, chegamos ao motivo de não vacinação chamado "medo" que merece uma reflexão. Apesar de não ser o principal motivo pela não vacinação, ele exige uma ação mais articulada dos 3 níveis federativos e da comunicação em saúde.

Vigilância em Saúde

ANÁLISES DO ÍON FLUORETO E CLORO RESIDUAL LIVRE COMO INDICADORES DE PROCEDÊNCIA DA ÁGUA PARA O CONSUMO HUMANO

Flávio Pereira, Ecimara dos Santos Silva
1 Prefeitura Municipal de Mauá - Prefeitura Municipal de Mauá

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Vigilância em Saúde tem entre suas atribuições, o controle de qualidade da água que a população consome no seu dia a dia. No Estado de São Paulo tal responsabilidade é regulamentada pela Resolução Estadual SS 45/1992, compete ao Centro de Vigilância Sanitária (CVS), coordenar o Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (PROÁGUA). O propósito do programa é garantir a potabilidade da água, seja ela de abastecimento público ou de soluções alternativas coletivas (SACs). As SACs são modalidades de abastecimento destinadas a fornecer água potável, com captação subterrânea ou superficial, com ou sem canalização e sem rede de distribuição. São fontes, poços comunitários; distribuição por veículo transportador; instalações condominiais; distribuições comerciais e industriais; prestadores de serviço e lazer. No Estado de SP estão consolidados procedimentos do PROÁGUA que implicam, dentre outras medidas, avaliar periodicamente, por meio de análises laboratoriais, conjuntos de parâmetros físico-químicos, organolépticos e microbiológicos que referenciam padrões de potabilidade. Atualmente, estes parâmetros são determinados pela Portaria de Consolidação MS-GM Nº 5, de 28-09-2017, Anexo XX. As SACs devem seguir estes parâmetros e estarem licenciadas junto à Gerência de Vigilância Ambiental (GVA) e outorgadas pelo Departamento de Águas e Energia Elétrica do Estado de São Paulo (DAEE). Os licenciamentos sanitários das SACs estão condicionados ao atendimento da Portaria Estadual CVS nº 1 de 02-01-2018 que dispõe sobre o licenciamento dos estabelecimentos de interesse da saúde e das fontes de radiação ionizante, e dá providências correlatas. O município de Mauá, junto com o Centro de Laboratório Regional de Santo André VIII (CLRSA VIII) do Instituto Adolfo Lutz (IAL) realizam o trabalho de verificação da potabilidade da água do município. A GVA é quem realiza o trabalho de coleta de água em locais estratégicos e realiza in loco os ensaios de análise de cloro residual livre (CRL) e potencial hidrogeniônico (pH). O CLRSA VIII do IAL realiza os outros ensaios dos parâmetros para o controle de qualidade da água do município como, a análise de fluoreto, cor, turbidez, contagem de coliformes totais e Escherichia coli. Em março de 2017, a GVA do município de Mauá instaurou um processo administrativo a fim de apurar a qualidade da água disponibilizada em um estabelecimento comercial (EC), a partir de denúncias de munícipes protocoladas junto à autarquia responsável pelo sistema público de abastecimento, Saneamento Básico do Município de Mauá, que reclamavam do sabor e odor da água fornecida. O EC declara junto a GVA a utilização de uma SAC, apenas para operações do sistema de ar condicionado, lavagem do estacionamento, jardinagem, vasos sanitários, descaracterizando o consumo humano desta SAC. Este trabalho relata a experiência de como os parâmetros físico-químicos da água podem ajudar o controle de vigilância de qualidade da água.

OBJETIVOS

Apurar através dos parâmetros físico-químicos da água possíveis irregularidades no abastecimento de água de um EC do município de Mauá.

METODOLOGIA

Foram realizadas coletas de água no cavalete hidrômetrado (CH) e em cinco pontos estratégicos do EC: dois bebedouros de acesso livre (1 e 2), dois restaurantes (3 e 4) e salão de festas (5). As amostras foram coletadas como sendo de sistema público de abastecimento. As análises de CRL e pH foram realizadas em campo por técnicos da GVA, por meio do método de colorimétrica utilizando o equipamento AquaColor Cloro/pH. Os resultados obtidos foram anotados em formulários contendo dados referentes à identificação do estabelecimento, tipo de amostra; ponto de coleta; horário e data. As análises do íon fluoreto foram realizadas pelo CLRSA VIII do IAL através da metodologia descrita no Métodos Físico-Químicos para Análise de Alimentos, Instituto Adolfo Lutz, 1ª Edição Digital, Brasília, 2008, pg 365. 194/IV. Determinação de Fluoreto. Os resultados obtidos foram emitidos em laudo oficial do IAL.

RESULTADOS

Os resultados encontrados estão descritos na Tabela 1. Tabela 1 – Resultados das amostras de água do EC do Munícipio de Mauá. Parâmetros analisados Valores de referência Ponto de coleta CH Ponto 1 Ponto 2 Ponto 3 Ponto 4 Ponto 5 CRL 0, 2 a 2 0, 68 0, 14 0, 09 1, 06 1, 12 1, 11 pH 6, 0 - 9, 5 8, 8 7, 2 7, 1 7, 2 7, 1 7, 1 Fluoreto 0, 6 a 0, 8* 0, 70 mg/l 0, 25 mg/l 0, 25 mg/l 0, 26 mg/l 0, 26 mg/l 0, 26 mg/l *Resol. Est. SS nº 250 de 16-08-95

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados de CRL, pH, e fluoreto demonstraram que no ponto de coleta CH, diferem em relação aos encontrados em todos os pontos dentro do EC. Os resultados dentro do EC para pH e fluoreto são parecidos, não se diferenciando estatisticamente. Já os resultados de CRL se diferem em todos os pontos, mas isso pode estar relacionado a instabilidade do CRL na água analisada. O CLR apresenta alta reatividade, sendo um poderoso oxidante, motivo pelo qual reage com grande número de substâncias orgânicas e inorgânicas presentes na água. Por este motivo, a concentração de CLR na rede de distribuição varia. O teor de fluoreto, segundo Prado e col. 1992, em amostras de abastecimento público, medidos em diferentes momentos após a coleta, não varia significativamente, não há evidências que o flúor seja instável. Através dos dados do fluoreto, podemos afirmar que a água coletada no CH e a água que circula dentro do EC não era a mesma, indicando mistura entre água de abastecimento público e SAC em um mesmo reservatório, contrariando o disposto no Anexo XX, Art. 16 da Portaria de Consolidação MS-GM Nº 5, de 28-09-2017, o que culminou na autuação do EC, que em tempo apresentou defesa alegando que implantará equipamentos com tecnologia necessária para evitar eventuais misturas entre as opções de abastecimento de água para consumo humano.

Vigilância em Saúde

APROVAÇÃO DE PROJETOS ARQUITETÔNICOS DE ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE – RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA COM O SETOR REGULADO

Carlos Everardo Alves Filho, Tatiana Almeida Mennucci, Angela Simonetti
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Laudo Técnico de Avaliação (LTA) é documento emitido pela VISA, com parecer técnico acerca da avaliação físico-funcional do projeto da edificação, memoriais que o caracterizem, descrição dos fluxos produtivos, pessoal, equipamentos e outras informações. A avaliação físico-funcional de projetos de interesse à saúde é etapa obrigatória na regularização de empresas e atividades de alto risco. Seu objetivo é garantir a adequação das edificações e instalações às finalidades propostas, conforme normas técnicas, proporcionando eficiência, desempenho, salubridade dos ambientes construídos e a proteção do meio ambiente. O foco principal é o controle do risco sanitário. Ao setor regulado e aos profissionais elaboradores cabe a responsabilidade de apresentar projetos de acordo com a legislação sanitária e executá-los conforme o aprovado. Verificou-se a ocorrência de diversas inadequações na formalização dos documentos necessários, pela ausência de informações arquitetônicas obrigatórias e pela escassez na descrição dos memorais quanto às funcionalidades e caracterização da atividade. Estas inadequações retardavam a conclusão do processo de deferimento de LTA, com emissão de maior número de notificações, demora na concessão de Licença Sanitária e ainda, eram motivo de reclamações dos profissionais engenheiros e arquitetos, dirigidas ao serviço devido ao retrabalho com reapresentações de documentos. No início do ano, o APL - Arranjo Produtivo Local Cosméticos de Diadema e Região, grupo de entidades envolvidas em melhorias para o setor de cosméticos e abertura de mercados e capacitação, procurou o Serviço de Vigilância Sanitária para esclarecimentos sobre o licenciamento sanitário de empresas, bem como agilidade no processo. Daí, foi planejado e realizado evento com profissionais que elaboram projetos arquitetônicos de estabelecimentos de interesse à saúde em Diadema, para esclarecimentos sobre as formalidades e legislação referenciada ao tema e acerca do método de trabalho da VISA, com promoção da intersetorialidade e compreensão dos interessados, de todo o processo, desde a entrada do projeto até o deferimento do LTA e posterior inspeção sanitária para licenciamento.

OBJETIVOS

- Esclarecer profissionais de arquitetura e engenharia das legislações que tratam dos projetos de interesse a saúde; - Orientar os interessados sobre os procedimentos para apresentação de projetos; - Melhorar a qualidade dos projetos sujeitos a análise do órgão; - Aproximar o setor regulado e a VISA; - Compartilhar responsabilidades com o setor regulado; - Promover a intersetorialidade no Município; - Agilizar e dar transparência ao LTA.

METODOLOGIA

Para realização dessa atividade, a VISA teve a colaboração da Secretaria de Desenvolvimento Econômico e do Centro das Indústrias do Estado de São Paulo - CIESP. Através do cadastro de arquitetos e engenheiros mantido pela Prefeitura de Diadema, a Secretaria de Desenvolvimento Econômico encaminhou convite do evento: "Projetos Arquitetônicos – Prevenindo Riscos à Saúde e Criando Ambientes Seguros e Saudáveis", que foi realizado no CIESP em 29/08/2018, com a participação de empresas do segmento fabril de Diadema. Nele, foi abordada a legislação específica para apresentação de projetos, normas sanitárias de indústrias e serviços de saúde, atividades sujeitas a aprovação de projetos, documentos necessários e conteúdo mínimo para confecção da planta e memoriais. Foram apresentadas as principais não conformidades nos projetos analisados entre 2016 e 2017: Apresentação de projetos em desacordo com as normas específicas da atividade solicitada; Layout incompleto – não demonstrado os mobiliários e equipamentos por ambiente; Ausência ou apresentação incompleta do quadro de ventilação e iluminação; Fluxos incompletos em planta e/ou memorial de atividades; Ausência ou apresentação incompleta do quadro geral de acabamentos; Apresentação de fluxograma sem descrição detalhada dos fluxos operacionais das atividades realizadas; Ausência de soluções técnicas dos sistemas de ventilação; Ausência ou informação incompleta dos acabamentos e revestimentos dos ambientes; Apresentação de Manual de Boas Práticas, Manual de Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão no lugar do Memorial de Atividades. Com finalidade ilustrativa foram apresentados modelos de formulários para solicitação do LTA, de quadro de equipamentos e ventilação/iluminação, conteúdo dos memorais, exemplos de comunique-se e laudos emitidos, bem como de projetos deferidos.

RESULTADOS

O evento foi acompanhado de outras ações: Permissão de entrada da solicitação de licença inicial- LI, junto com o LTA; realização da inspeção de LI junto com a de pós LTA; reunião com Responsável Técnico e Legal para entrega de TAC e esclarecimentos; agenda semanal das equipes para análise de projetos e; deferimento de LTA com ressalvas. Com essas medidas observou-se melhoria na qualidade dos projetos enviados para análise, visto que os memoriais continham informações mais precisas, fluxos foram melhor demonstrados e tabelas da planta estavam mais completas, o que resultou em mais deferimentos de LTA em menor tempo Assim, em 2016 entraram 28 processos, foram deferidos 16 e indeferidos 6 LTA. Em 2017 entraram 39 processos, foram deferidos 32 e indeferido 1. As melhorias contribuíram na redução da quantidade de notificações, tornando o licenciamento mais ágil na etapa de LTA, melhorando assim a imagem do serviço da VISA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção por atividades educativas com o setor regulado é estratégia de VISA que pode configurar em melhorias para os processos de trabalho. Cabe a VISA as atividades educativas e fiscalizadoras nos estabelecimentos de interesse à saúde, e ao setor regulado o cumprimento das exigências, assumindo a responsabilidade pelo processo de LTA, minorando o risco sanitário.

Vigilância em Saúde

ARTICULAÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE DIADEMA

Andreia De Conto Garbin, Nancy Yasuda, Vanessa Vargas Santos
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No início de 2017 foi constatado que algumas unidades de saúde de Diadema não haviam elaborado e implantado o PGRSS e que os existentes necessitavam de atualização. Desde 2012 o tema não tinha sido abordado na rede de saúde e as unidades vinham realizando ações de gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde de maneira informal, muitas vezes por iniciativas individuais. Na retomada do tema, buscou-se fortalecer institucionalmente a implementação dos PGRSS na rede de saúde e reativar a Comissão Técnica encarregada sensibilização, capacitação e oferecimento de suporte técnico aos responsáveis pela implantação, no município de Diadema, do PGRSS. A Comissão é composta pelas seguintes representações institucionais: Departamento de Limpeza Urbana; SESMT e CIPA/PMD; Atenção Básica e Especializada; Vigilância à Saúde e Hospital Municipal.

OBJETIVOS

• Efetivar a implementação dos PGRSS em todas as Unidades de saúde do município; • Desenvolver atividades de capacitação na rede; • Elaborar e /ou atualizar os planos (PGRSS) de cada unidade; • Qualificar as ações relacionadas ao gerenciamento dos resíduos de cada unidade; • Promover discussões técnicas intersetoriais.

METODOLOGIA

• Foi constituído Grupo de Trabalho com representantes dos Departamentos e/ou Unidades: de Atenção Básica, Hospitalar, Urgência/Emergência, SAMU, Especializada, Vigilância à Saúde, Saúde Mental. • Disponibilização de modelo de PGRSS para todas as Unidades de saúde. • Análise dos dados referentes aos acidentes com material biológicos registrados (série histórica). • Definido grupo para atualização do fluxo de notificação e atendimento dos casos de Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico na cidade. • Definição dos fluxos dos resíduos nas unidades básicas de saúde e constituição de grupo responsável formado por enfermeira, profissional da área de odontologia e da limpeza. • Reconhecimento dos territórios com a elaboração do Mapa dos Ecopontos municipais e outros equipamentos de coleta de resíduos da área.

RESULTADOS

• Reuniões bimensais intersetoriais: ampliação da participação institucional (SESMT da Prefeitura, Setores de Manutenção e de Recursos Humanos da SS; Departamento de Limpeza Urbana). • Capacitações para os profissionais de saúde e da área de limpeza da rede de saúde

pública. • 80 % das unidades de saúde com PGRSS implantado. • Produção de material orientativo. • Descentralização gradativa do primeiro atendimento AT c/ exposição material biológico e violências. • Atualização do fluxo e protocolo de atendimento dos acidentes e de encerramento dos casos no SINAN. • Ampliação de locais de atendimento dos ATEMB para assegurar acesso ao acidentado. • Destinação dos resíduos, de acordo com os grupos de classificação. • Redefinição do fluxo das notificações dos Acidentes de Trabalho com exposição a material biológico/ATEMB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

• A constituição do grupo de trabalho favoreceu o envolvimento dos gestores e a busca coletiva de superação das dificuldades. • O grupo tornou-se espaço de troca de experiências e informações.

Vigilância em Saúde

ASPECTOS DAS MORBIDADES POPULACIONAL NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA NO PERÍODO DE 2011 -2016

Andressa da Rocha Olah, Bruna Carolina de Araújo, Joanna Torqui Vitorelo, Roberta Crevelário de Melo, José Alexandre Buso Weiller, Marli de Fátima Prado
1 Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha - Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Morbidade compreende o estudo do comportamento de doenças e agravos à saúde. A análise da morbidade integra o estudo de situação de saúde de uma população num determinado território e, subsidia o planejamento das ações e serviços de saúde.

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Caracterizar o perfil de morbidade da população de Franco da Rocha (SP) de 2011 a 2016. Específicos: Analisar a morbidade por doenças de notificação compulsória (DNC), morbidade hospitalar SUS e fatores de risco ao nascer.

METODOLOGIA

Estudo exploratório descritivo com abordagem quali- quantitativa, desenvolvido em três etapas: a primeira, compreendeu a extração, tabulação e análise de dados secundários dos Sistemas de Informações em Saúde – SIS de base nacional disponíveis no DATASUS/Ministério da Saúde –MS selecionados: Sistemas de Informação de: Agravos de Notificação - SINAN, Hospitalares - SIH/SUS e Nascidos Vivos – SINASC. Os dados censitários e projeções são originários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - FSEADE. O período compreendeu os anos de 2011 a 2016 e a Unidade de Análise foi o município de Franco da Rocha (SP). Foram construídos indicadores básicos expressos em: taxas, proporções, variações e diferenças no período. A segunda etapa consistiu em grupo focal com técnicos gestores municipais de saúde com o objetivo de discutir e validar os resultados apurados e, coletar dados primários para aprimorar a compreensão dos resultados. A terceira etapa destinou-se a incorporação dos resultados (grupo focal + dados secundários), análise, discussão e conclusões.

RESULTADOS

A morbidade por DNC mostrou a Hanseníase na média anual do período com taxa de detecção de 0, 21 casos novos/10 mil hab. , situando o município como de média endemicidade segundo parâmetros do MS. A Dengue apresentou oscilações, destacando-se a epidemia de 1280, 89 casos novos por 100 mil hab. (2014), porém, finalizou o período em queda com taxa de 185, 91 casos novos/100mil hab. (- 63, 0%). A Sífilis Congênita mostrou incidência média anual de 3, 3 casos novos/mil nascidos vivos (n. v), acima do parâmetro de 0, 5 casos novos/mil n. v da

Organização Mundial de Saúde –OMS e ainda, destacou-se com pico de 7, 33 casos novos/mil n. v (2015). A Tuberculose apresentou elevação de 89, 1% das taxas e, situou-se com incidência média anual de 73, 14/100 mil/hab. ; classificando-se como município de alto risco para a doença. Essas quatro doenças destacaram-se por situarem-se acima dos parâmetros recomendados e ainda, finalizaram o período em elevação apontando para a necessidade de fortalecimento e avaliação das medidas de controle desenvolvidas. A AIDS mostrou queda de 24, 72 para 14, 06 casos novos /100mil hab. no período (43, 1%) tal qual a infecção por HIV (queda de 19, 5%) com taxas de 26, 22 a 21, 09 casos novos por 100 mil hab. no período. As hepatites virais B e C apresentaram incidência média de 3, 95 e 7, 13 casos novos/100 mil hab. , respectivamente. Porém, apresentaram picos no período: a Hepatite B de 7, 37 (2012) e a Hepatite C de 13, 79 (2013), ambas para casos novos por 100 mil/hab. e, coincidiu com o período de implantação dos testes rápidos nas unidades de saúde, o que pode ter influenciado o resultado deste indicador. Ainda que, estas três ultimas doenças tenham finalizado o período em queda, destaca-se a magnitude da infecção pelo vírus HIV em relação a AIDS (proporção de 1, 5:1) sugerindo possível crescimento da incidência da AIDS no futuro, caso as medidas de controle e atenção a esses portadores não sejam eficazes. A morbidade hospitalar SUS na média anual do período, mostrou seis principais grupos de causas (Cap. CID 10) de internações hospitalares SUS (excluídos o grupo Gravidez, Parto e Puerpério). São eles: Lesões, Envenenamentos e Consequências de Causas Externas (10, 4%); Doenças Digestivas (9, 9%), Doenças Circulatórias (9, 3%); Transtornos Mentais e Comportamentais (9, 2%); Doenças Respiratórias (7, 7%) e Neoplasias (4, 6%). As Internações Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB somaram na média anual 10, 3% do total de internações SUS. A proporção (%) média anual das ICSAB foi de 10, 3%, mas apresentou oscilações (7, 4 a 13, 5%), porém no período apresentou queda de 23, 5%. Em relação aos Fatores de Risco ao Nascer destacaram-se Baixo Peso ao Nascer BPN (< 2500g) com participação média anual de 9, 7% classificando o município como de elevada taxa de BPN. E, quando restrito aos nascidos vivos a termo (37 a 42 semanas de gestação) mostrou média anual de 5, 1%. A proporção (%) de partos cesáreos alcançou média anual de 53, 8%, considerada elevada pelos parâmetros do MS (25, 0%). A faixa etária materna mostrou redução para adolescentes de 10-14 anos (0, 7 para 0, 4%) e de 15-19 anos (15, 9 para 14, 6%) e, aumento para 35 a 39 anos (8, 6 para 9, 9%) e ≥ 40 anos (2, 5 a 3, 0%), ou seja, o aumento se deu no grupo de risco das mulheres mais velhas. O grupo focal com técnicos gestores municipais validou os resultados obtidos e, trouxe citações sobre aspectos críticos em relação ao controle das DNC, em especial à elevada população privada de liberdade do município que provavelmente potencializa a cadeia de transmissão. Além disso, apontaram dificuldades para alimentação, extração e análise dos dados por profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morbidade por DNC mostrou resultados desfavoráveis no conjunto do período inferindo baixa eficácia das ações de controle. A morbidade hospitalar SUS evidenciou a magnitude da Lesões e Consequências das Causas Externas e dos Transtornos Mentais no conjunto das internações hospitalares SUS. Os Fatores de Risco ao Nascer mostraram elevada proporção de BPN que aponta para um contingente de crianças de risco para óbito infantil já ao nascer e, ainda num território de elevada vulnerabilidade social. O grupo focal mostrou-se como um espaço profícuo

para discussão e potencialização para troca de saberes, experiências e reflexões acerca da situação de saúde do município.

Vigilância em Saúde

AVALIAÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS EM UMA COOPERATIVA DE MATERIAL RECICLÁVEL PERTENCENTE AO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Fabiana Vieira Solfa, Thais Fernanda Ribeiro de ALmeida, Rogeria Marciano Frini
1 Prefeitura Municipal de Bauru - Prefeitura Municipal de Bauru

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Introdução: A Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) traz como um dos princípios reconhecer os resíduos sólidos reutilizáveis ou recicláveis como sendo de valor econômico e social, gerando trabalho e promovendo a cidadania já que colabora na higienização dos bairros1. Existe a lei 11. 445/2007 que estabelece as diretrizes para o saneamento básico, podendo ser contratado por serviço público de limpeza, cooperativas de catadores para manejar esses resíduos 1, 2. De acordo com a lei nº 12. 305/2010 há a necessidade dos municípios realizarem programas de redução, reutilização e coleta seletiva dos lixos 3 . Os trabalhadores precisam seguir as normativas do Ministério do Trabalho e Emprego, como a norma regulamentadora NR 17 referente à ergonomia, NR9 referente ao Programa de prevenção aos riscos ambientais e a NR 15 que refere a atividades e operações insalubres, já que essa atividade é considerada insalubre de grau elevado 3 . Justificativa: Falta de organização do serviço em relação à saúde dos trabalhadores, no cumprimento da NR 17(Norma Regulamentadora referente à Ergonomia) e segurança no trabalho, no que se refere ao uso de EPI, por exemplo, luvas apropriadas, sapatos fechados, aventais impermeáveis, máscaras, e exigência de vacinação esquema completo de tétano e hepatite B. Além do ambiente ser aberto, com exposição ao frio e calor e haver materiais que poderiam ter acumulo de água e serem responsáveis por se tornarem criadouros de mosquitos. No ano de 2017, em uma segunda visita do Conselho gestor e profissionais de saúde ao local foram encontradas seringas e agulhas que expunham os profissionais ao risco de sofrerem acidente perfuro cortante.

OBJETIVOS

Realizar a vigilância a saúde dos profissionais com relação à prevenção de riscos ergonômicos, físicos, biológicos existentes no ambiente de trabalho, além da preocupação em relação a saúde da comunidade em relação a criadouros de mosquitos

METODOLOGIA

No ano de 2016, durante Campanha sobre Tuberculose, foi realizada atividade extra muro, pela enfermeira, agente comunitário e assistente social, em um local que atua na separação e tratamento de material reciclável. O local fica na área de abrangência de uma unidade de saúde da família no município de Bauru, e a cooperativa era composta naquele momento de um encarregado e 10 funcionários em regime de trabalho comissionado por kilograma de produto. Durante a atividade, os cooperados foram reunidos no próprio ambiente de trabalho por 30 minutos e foi abordado o tema tuberculose, sendo, ainda oferecida coleta de baciloscopia aos sintomáticos respiratórios e realizada a coleta em data agendada previamente aos que eram

tossidores. Os produtos vinham de vários locais da cidade, inclusive da rede hospitalar. Os cooperados trabalhavam sentados em galões de 200 litros vazios, sem encosto e apoio para os pés. Os materiais eram depositados num esteira rolante para serem separados. As luvas que utilizavam não eram apropriadas para aquela função, alguns não estavam de sapato fechado e de acordo com o encarregado não possuíam copias de carteiras de vacinas, sendo que os trabalhadores não sabiam de sua historia vacinal. Houve referência de problema com o material oriundo da rede hospitalar, pois às vezes há material perfuro cortante e com resíduo infectante junto do reciclável.

RESULTADOS

Realizada além da orientação referente a tuberculose, um mapeamento pela equipe da unidade de saúde das dificuldades encontradas no ambiente de trabalho na cooperativa. Houve a realização de orientação para prevenção de acidentes de trabalho, e entrega de caixa coletora para descarte das agulhas que chegavam com diversos resíduos. Os trabalhadores e responsáveis não possuíam normativas descrevendo a forma de trabalho em relação à vigilância epidemiológica e sanitária, causando dificuldade para a realização do trabalho. Algumas dessas orientações realizadas pela equipe de saúde foram seguidas pela cooperativa como: orientação sobre acumulo de água em materiais, com disposição de materiais em locais cobertos, colocação de material perfuro em caixa plástica e oferecido caixa coletora para colocação desse resíduo e entrega na unidade de saúde para descarte adequado. Houve a preocupação do conselho gestor da unidade de saúde que realizou visita para avaliação do resíduo enviado pela rede hospitalar As ações de vacinação e realização de testes rápidos no local de trabalho não foram autorizadas pela cooperativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhadores eram carentes de conhecimentos sobre prevenção primaria como o direito às vacinas, aos riscos que estão expostos e como minimizá-los. Não havia preocupação com a questão ergonômica dos trabalhadores, em relação à postura, posto de trabalho e conforto, havendo exposição a frio e calor. Um cronograma para atividades de prevenção e promoção à saúde foi elaborado pela equipe da unidade de saúde com aprovação do conselho gestor, no entanto, não houve aprovação para a continuidade das ações na cooperativa pelos responsáveis. Dessa forma, o seguimento deu-se somente em relação aos materiais armazenados adequadamente em locais cobertos para evitar acumulo de água e a deposição de materiais perfuro cortantes em local adequado.

Vigilância em Saúde

AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DAS DOENÇAS RELACIONADAS AO SANEAMENTO BÁSICO E CONDIÇÕES PRECÁRIAS DE MORADIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS JARDIM VITÓRIA

Alessandra Fridrich Gianetti, Paula Cavesan Chaves, Everton Martins de Martins de Carvalho
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Um dos mais importantes problemas de saúde do mundo, encontrados principalmente em países em desenvolvimento, são as doenças infecto parasitárias. Na sua grande maioria relacionada à água, estas doenças são típicas de ambientes precários onde não há saneamento básico ou, quando existe, é inadequado[1]. Nos anos de 2001 e 2002 foi realizada uma pesquisa financiada pela Fundação Nacional de Saúde, que definiu as Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI), representadas pelo conjunto de doenças infecto parasitárias de importância epidemiológica relacionadas ao saneamento. As doenças consideradas no estudo como DRSAI são: Diarreias, Febres entéricas, Hepatite A, Dengue, Febre Amarela, Leishmanioses, Filariose linfática, Malária, Doença de Chagas, Esquistossomose, Leptospirose, Tracoma, Conjuntivites e outras doenças dos olhos, Doenças da pele, Helmintíases, Teníases[2] e Micoses superficiais. Segundo IBGE, DRSAI são doenças que podem estar associadas ao abastecimento de água deficiente, ao esgotamento sanitário inadequado, a contaminação por resíduos sólidos ou as condições precárias de moradia com as seguintes categorias: De transmissão feco-oral, Transmitidas por inseto vetor, Transmitidas através do contato com a água contaminada, Relacionadas com a higiene, Geo-helmintos e teníases[3]. As situações de saneamento inadequado encontradas no território do Jardim Vitória, foram evidenciadas no relatório de Diagnóstico Socioambiental de vulnerabilidades e potencialidades, onde foram registradas várias ruas sem pavimentação, esgoto a céu aberto, fossa negra, descarte irregular de resíduos - devido ausência de coleta porta-a-porta - presença de roedores e focos de mosquitos Aedes aegipty, com incidência de casos de dengue, diarreia e doenças respiratórias.

OBJETIVOS

Realizar diagnóstico situacional de doenças e agravos relacionados ao saneamento inadequado, assim, e como consequência, reduzir a incidência de doenças relacionadas ao saneamento inadequado da população que reside na área de abrangência da UBS Jardim Vitória.

METODOLOGIA

Visita Domiciliar a 80% das famílias cadastradas na UBS Jardim Vitória, por Agentes Comunitários de Saúde com questionário de avaliação de aspectos perceptivos de sintomas de DRSAI seguida levantamentos de dados de notificação compulsória e resultados de exames realizado pela equipe de enfermagem, utilizada amostragem de exames protoparasitológico de fezes (PPF) do período de fevereiro até maio de 2017. Após a coleta de dados, realização de discussão de casos

de risco nas reuniões de equipe. Intervenção através de ações de promoção e prevenção de saúde com parceria do Conselho Gestor de Saúde.

RESULTADOS

Alcance da meta prevista de 80% de Visita Domiciliares por ACS com aplicação do questionário de avaliação. Realização de educação continuada com 90% de ACS e Auxiliares de enfermagem Elaboração de relatório aprovado e compartilhado com Conselho Gestor de Saúde da UBS Jardim Vitória Painel de Visitas e Resultados de Exames georeferenciados digitalmente Relação diretamente proporcional das DRSAI com áreas mais vulneráveis no que diz respeito ao saneamento e falta de infraestrutura. Dados obtidos através do questionário de percepção DRSAI: Coceira nos olhos Presença do agravo no 1 mês antes da aplicação do questionário Presença do agravo nos 3 meses antes da aplicação do questionário Presença do agravo no 6 meses antes da aplicação do questionário Presença do agravo no último ano antes da aplicação do questionário 49% 7. 5 3, 03 3, 03 Coceira na pele 40. 15 5, 3 0 0 Diarreia 41. 66 5, 03 0, 007 0 Vômito 34, 09 3, 03 0, 007 0 Da amostragem de 137 exames avaliados, 9 apresentaram alteração relacionada à DRSAI, equivalente à 6. 5% da amostragem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que doenças associadas ao abastecimento de água deficiente, ao esgotamento sanitário inadequado, a contaminação por resíduos sólidos ou as condições precárias de moradia são diretamente proporcionais às DRSAI na área de abrangência de nosso território. Através da realização de plano de intervenção educativo de prevenção destas doenças, assim como fortalecimento do usuário inclusive por recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento, fortalecendo a Vigilância em Saúde, quanto destes com o usuário, fortalecendo o Controle Social), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS, empoderando a comunidade e Conselho Gestor de Saúde.

Vigilância em Saúde

BUSCA ATIVA: UMA EXPERIÊNCIA DO TRABALHO INTERSETORIAL ENTRE AMA UBS INTEGRADA CIDADE LÍDER I E A REDE ESCOLAR DO TERRITÓRIO

Cristiane Gomes Pessoa, Liliane Rosa Oliveira, Renato Silvio Santos
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A cobertura vacinal no Brasil é heterogênea e requer, portanto, estratégias específicas de vacinação por meio de campanhas nacionais, mobilizações e atividades distintas, adequadas às necessidades e características de cada região ou Estado. Em resposta a isso, o MS criou os dias nacionais de vacinação. A partir de 1980, surge, então, a primeira Introdução Campanha Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite, com o intuito de vacinar todas as crianças menores de cinco anos em um só dia. Esse resgate histórico serve para nortear o quanto a história da imunização do Brasil e no mundo é muito recente, e portanto um desafio para as equipes de saúde. A cidade de São Paulo tem um contingente populacional de 11. 253. 503 habitantes, desses 20% são crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, o que demonstra o tamanho da responsabilidade que a saúde tem em garantir a imunização desse público. O distrito de Itaquera, onde se localiza a AMA/UBS Integrada Cidade Líder I, possui 204. 871 habitantes, sendo caracterizada como região de alta vulnerabilidade social, rodeada por comunidades. A experiência relatada nesse trabalho demonstra o quanto ações simples podem contribuir para a melhora na qualidade dos serviços oferecidos e como isso impacta diretamente na vida dos usuários desses serviços. Vale ressaltar que o presente trabalho foi premiado com Certificado Ouro no VI Fórum Regional de Imunização Leste – CRSL, em dezembro de 2017.

OBJETIVOS

Atingir uma maior cobertura vacinal, através de articulação com a rede escolar, e inclusão da equipe multiprofissional da Unidade de Saúde, à fim de garantir maior acesso às crianças e adolescentes do território.

METODOLOGIA

Devido um contingente importante de crianças com atrasos vacinais no território, a Unidade realiza semanalmente, a Busca Ativa de Faltosos da Sala de Vacina, inicialmente através de 3 tentativas de contato telefônico em horários diferentes, para convocação da criança e posteriormente, através de Visita Domiciliar. Mesmo após a convocação da criança faltosa, e tentativa de vacinação no domicílio, verificamos que permanecíamos com baixa cobertura vacinal. Possuímos no território e proximidades, 18 CEIs (Centro de Educação Infantil). Por sugestão de um Auxiliar de Enfermagem da equipe da Sala de Vacina, cada CEI recebeu um número onde é possível identificar a criança e sua respectiva escola, e assim, localizá-la, quando as tentativas anteriores forem frustradas. Quando a criança não comparece na UBS, mesmo após as convocações, a equipe entra em contato com a CEI onde a criança é matriculada e solicita ao Coordenador Pedagógico para que seja colocado na agenda da criança, a filipeta de

convocação para vacinação. Ao retornar à escola, a mãe apresenta a filipeta como garantia de que a criança encontra-se com o esquema vacinal em dia.

RESULTADOS

A parceria entre a UBS e as escolas do território tornou possível o aumento da cobertura vacinal em nosso território, além de aumentar o vínculo entre as duas equipes (Saúde e Educação).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após avaliar a necessidade de aumento da cobertura vacinal da Unidade, a equipe multiprofissional assumiu o compromisso de buscar estratégias para o alcance de metas. Uma delas, foi o trabalho intersetorial através do contato com as CEIs, EMEIs e EMEFs do território. Com a inserção da legenda em espelho de vacina como instrumento facilitador para identificar os pacientes e suas respectivas escolas, foi possível encurtar o caminho para a busca ativa e estreitar os laços com as escolas do território. Foram realizadas, posteriormente, ações durante a Campanha de Multivacinação, juntamente com as escolas – identificação do público alvo, leitura das carteiras de vacina e atualização do esquema vacinal, assim como sensibilização para promoção e prevenção da saúde nas escolas, com os alunos, funcionários e pais.

Vigilância em Saúde

BUSCA DE PARCERIA PARA O SUCESSO NA IMPLANTAÇÃO DO INQUÉRITO VIVA VIDA

Marta Brasil S. L. Magalhães
1 Prefeitura Municipal de São José dos Campos - Prefeitura Municipal de São José dos Campos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Inquérito VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes trata-se de uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde - MS em parceria com as 27 Capitais Nacionais e 14 municípios integrando as ações da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Em São José dos Campos as mortes por causas externas ocupam o 4ª lugar (em se tratar de Acidentes) e por Violência, esta incidência vai para 6º lugar, segundo dado do DATASUS. A Secretaria de Saúde de São José dos Campos, representada pelo setor de Vigilância Epidemiológica participa do Inquérito VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes desde o ano de 2014, sendo 2017 a segunda participação no processo do Inquérito. O município assumiu a sua participação em conjunto com outros setores Estaduais e Federais promovendo parcerias nas ações de promoção e prevenção aos agravos. Para desenvolvimento de tais parcerias, a Vigilância Epidemiológica propôs o trabalho em rede. A parceria com o Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do Hospital Dr. José C. Florense e com faculdades fortaleceu o espaço estratégico e efetivou as coletas dos dados, provocando assim o diálogo com as políticas e estudos contemporâneos da temática.

OBJETIVOS

Fortalecer o trabalho da rede de parceiros da Secretaria de Saúde de São José dos Campos para o a atuação em conjunto com a Vigilância Epidemiológica/ Núcleo Epidemiologia Hospitalar na coleta de dados para o Inquérito VIVA 2017.

METODOLOGIA

A Vigilância Epidemiológica treinou em 04 encontros com apostilas específicas para o Inquérito VIVA - MS uma equipe de 150 pessoas previamente selecionada, desde julho de 2017. Os colaboradores envolvidos eram Coordenadores do Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica e Professores da Faculdade Anhanguera. Os Entrevistadores (as) eram os Acadêmicos de Medicina e de Enfermagem atuantes nos dois serviços parceiros. Todos auxiliaram na coleta dos dados por meio de um questionário estruturado e pré-testado (FICHA – VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇOS SENTINELAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – VIVA Inquérito 2017 – Ministério da Saúde). O Inquérito tratou-se de um estudo do tipo corte transversal, no período de 01 a 30 de setembro de 2017. A pesquisa foi aplicada em todos os plantões, 24 horas por dia.

RESULTADOS

Foram examinadas 2. 132 fichas de notificação. 1- Dados da pessoa atendida e local de residência – 93, 3% são moradores de São José dos Campos e apenas 5, 90% residem em outros municípios. 2- Dados específicos da ocorrência: acidente de transporte, queda acidental, queimadura acidental, lesão autoprovocada, agressão/maus tratos/ intervenção por agente público, e outros acidentes) soma a maioria dos atendimentos - 92, 10%; vítimas de violências (domésticas, sexual, física, psicológica, autoprovocada, negligência) 6, 55%; 1, 35% das vítimas atendidas não souberam classificar a causa de seu atendimento. 3- Faixa Etária: 56, 61% dos atendimentos foram a pessoas na faixa etária entre 19 a 59 anos. 4- Quanto ao provável autor (a) da agressão: 22, 69% das vítimas sofrem violência por uma pessoa amigo-conhecida. 5- Na natureza da lesão: as 05 maiores causas foram: Contusões 22, 32%; Entorses e Luxações 21, 52%; Cortes e Lacerações 16, 51%; Fraturas 15, 10% e lesões causadas por exposições a animais 9, 52%. 6- Localização da lesão – As 03 partes do corpo mais afetada foram os Membros inferiores 32, 78%; Membros Superiores, 31, 19% e Outra região da cabeça/face 12, 57% . 7- Evolução do atendimento: 88, 46% das vítimas receberam alta hospitalar; 9. 10% ficaram internadas; 1, 03% foram encaminhadas para outras unidades de saúde; 0, 51% evadiram do hospital; 0, 04% de vítimas que foram a óbito. Na análise dos acidentes, 58, 89% ocorreram com homens e 41, 06% com mulheres; 31, 59% na faixa etária entre 20 a 39 anos; vítimas por acidente doméstico 35, 88% ; acidentes em via pública, 27, 95%. No quesito raça/cor, pessoas de cor branca 61, 15% das vítimas. As Regiões com maiores números de acidentes foram: Leste 6, 35%, Sul 5, 04% e Centro 2, 57%. Na análise das violências, 52, 49% das vítimas eram homens e 47, 51% eram mulheres. No quesito raça/cor, as pessoas de cor branca são a maioria contabilizando 55, 32% dos atendimentos. Atendimentos a pessoas vítimas de violência sexual - 7, 80% e as vítimas possuem idades na faixa etária entre 13 e 57 anos. 63, 63% dos casos são mulheres. Perfil do agressor: Amigo/Conhecidos 22, 69%; por Desconhecidos 19, 14%; por Companheiros (as) e Ex-Companheiros (as), 12, 05%; por Outros Familiares, 9, 21%; Os dados não serão utilizados para análise e divulgação das informações que permitam identificar os participantes do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alimentar o Sistema de Informação de Agravo de Notificação – SINAN NET, o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) com dados adequados, possibilitou a análise diagnóstica mais próxima da realidade e subsidiou melhor a construção das ações de enfrentamento as violências e acidentes na perspectiva de prevenção e promoção a saúde da população joseense. A Vigilância Epidemiológica utilizará os dados de maneira efetiva e realizará o diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; poderá fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O fortalecimento da parceria VE/NEH no uso sistemático das informações geradas pela Epidemiologia contribuirá para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais envolvidos na Rede de Proteção a pessoa em situação de violência e acidentes tenham acesso à informações em âmbito municipal e as tornem disponíveis para a comunidade.

Vigilância em Saúde

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA FEBRE AMARELA NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ 2017

Maria do Carmo Possidente, Cinara Fredo, Thais Braz Ribeiro
1 Prefeitura de Jundiaí - Prefeitura de Jundiaí

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Até agosto de 2017 o município de Jundiaí não era considerado como área de risco para a febre amarela, e por isso a vacina era indicada apenas para as pessoas que viajavam para essas áreas ou para países que exigiam o Certificado Internacional de Vacinação. O surto da doença que vem ocorrendo no Brasil mudou esse cenário, com a chegada o vírus à região, e a vacina passou a ser indicada para toda a população. A vacina é a forma mais eficaz de prevenção, e nestas situações, deve ser aplicada preferencialmente antes da ocorrência das epizootias. O foco inicial foi a população da zona rural, mas para atingir boa cobertura, foi preciso fazer o esquema de vacinação casa a casa, o que demandou uma grande quantidade de pessoas trabalhando e uma produção diária baixa. Em contrapartida, essa estratégia permite que se tenha o real dimensionamento da população vacinada. Organizar essa vacinação e posteriormente a vacinação de toda a população foi um grande desafio, que foi vencido pelo trabalho em conjunto entre a Vigilância Epidemiológica, Zoonoses, Atenção Básica e Entidades de Ensino, com o apoio da Gestão Municipal. Com a ocorrência de epizootias na região, inclusive em municípios vizinhos, foi necessário vacinar a população de Jundiaí, para evitar a ocorrência de casos humanos. A vacinação é a melhor forma de prevenção, mas num momento em que não há casos da doença, não desperta o interesse da população. Por isso foi necessário adotar estratégias de vacinação que facilitasse o acesso e estimulasse a adesão da população.

OBJETIVOS

Vacinar 95% da população de Jundiaí contra a febre amarela.

METODOLOGIA

Segundo estimativa populacional IBGE 2017, Jundiaí conta com 409. 497 habitantes. Vacinar 95% da população foi um grande desafio. Dados de doses aplicadas de 2000 a 2016 apontavam que aproximadamente 200. 000 pessoas já haviam sido vacinadas. Partindo da premissa que muitas dessas pessoas não eram residentes ou não estavam mais residindo em Jundiaí em 2017, mas considerando que esse dado não podia deixar de ser computado, optou-se por considerar a metade dessas doses na contagem para a cobertura vacinal. De janeiro a 20 de abril de 2017, apenas 13. 423 pessoas haviam se vacinado. Em 21 de abril de 2017 foi dado início à vacinação na zona rural, por ser a população mais exposta ao risco de adoecer. O trabalho foi realizado em parceria com a Zoonoses, pois os funcionários tinham o conhecimento da zona rural, e atuaram como guias e também apoio administrativo. A vacinação era iniciada no final de semana, e a partir de então, a Unidade de Saúde (UBS) passava a aplicar a vacina uma vez por semana. Ao todo, foram percorridos 31 bairros rurais. O vírus chegou à Jundiaí pela região Norte, após a ocorrência de epizootia em um município limítrofe. Nessa região também ocorreu o maior

número de epizootias do município. A vacinação foi intensificada, e graças ao trabalho preventivo, não houve nenhum caso humano nessa região. Os agentes comunitários de saúde foram imprescindíveis nas ações de vacinação, tanto no casa a casa, quanto nas UBS. Em setembro, com a ocorrência da primeira epizootia, a vacinação foi liberada para toda a população, e todas as UBS passaram a aplicar a vacina uma vez por semana. Algumas Unidades abriram aos sábados para aliviar a demanda e facilitar o acesso das pessoas. As epizootias foram crescendo, e com isso houve também uma intensa busca pela vacinação. À medida que recebíamos notificação de um macaco morto, a área era estudada junto com a Zoonoses, e se necessário era feita uma nova varredura casa a casa. Em outubro, no auge das epizootias, a procura pela vacina foi ainda mais intensa. Algumas UBS passaram a oferecer a vacina no horário noturno, e também aos sábados. Foi montado um posto de vacinação no Parque da Uva, local amplo que facilitou o acesso da população. Funcionários de todas as Unidades de Gestão foram liberados para trabalhar nesse posto. Além disso, houve a parceria das escolas técnicas de enfermagem, da faculdade de graduação em medicina e de enfermagem. No período de 12 dias esse posto funcionou durante o dia e também no horário noturno. Mais de 80 funcionários trabalharam diariamente. Com uma média diária de aplicação foi de 4. 800 doses, esse posto aplicou um total de 57. 466 doses.

RESULTADOS

Num período de 9 meses foram aplicadas 275. 918 doses (170. 967 só em outubro), e o município atingiu a cobertura de 95, 08 %. O trabalho em conjunto foi o grande aprendizado. Foram muitos os envolvidos e a parceria com a Zoonoses, Atenção Básica, instituições de ensino, assessoria de imprensa, almoxarifado, colegas de todas as Unidades de Gestão e imprensa foi fundamental para o sucesso dessa campanha. A dedicação de todos os colegas foi um grande exemplo do comprometimento com a saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de promoção e prevenção de saúde não tem o seu devido valor na nossa sociedade. Essa campanha demonstrou a todos que se o trabalho é feito de forma preventiva, todos saem ganhando. O município registrou 75 epizootias. Até o momento, ocorreu apenas um caso humano, que evoluiu para cura. Nesse caso mesmo morando em área de risco e sabendo da vacinação, o individuo optou por não se vacinar. O trabalho foi intenso, as UBS vacinaram exaustivamente, mas hoje o município conta com um resultado positivo de 97, 9% da população vacinada.

Vigilância em Saúde

CAOMINHAR - INTEGRAR, ORIENTAR E PREVENIR: SÃO MIGUEL PAULISTA NO COMBATE A RAIVA

João Gabriel Zerba Corrêa, Wernner Santos Garcia, Edimar Alves de Azevedo, Fabio Junior de Oliveira Ferreira, Karen Fernanda de Freitas Garilho, Claudia Pereira dos Santos Martinez, Gisele Pereira Gonçalves
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A raiva foi descrita pelo menos há 4 milênios e é uma das zoonoses mais antigas que se tem conhecimento. Devido a sua evolução letal, ao elevado número de casos em humanos bem como de pessoas submetidas anualmente a tratamentos à raiva continua sendo um problema mundial de saúde pública. Não há tratamento para a raiva, pois poucos pacientes sobrevivem e a maioria com sequelas graves. De 1970 a 2003 há o histórico de 5 sobreviventes. No Brasil de 1990 a 2009 foram registrados 574 casos de raiva humana, sendo que até 2003 o principal transmissor era o cão e a partir de 2004, o morcego passou a ser principal fonte de transmissão da doença. Em São Paulo, em 2016, foram notificados 26. 016 casos de mordedura por cães e gatos, e na região de São Miguel Paulista, no mesmo ano, foram 740 casos notificados. Atualmente, gasta-se com pacientes de mordedura aproximadamente R$ 300, 00 em tratamentos. A Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS), que faz parte do SUS, realiza o controle e vigilância destes casos notificados de mordedura de animais, monitorando assim o tratamento dos pacientes (casos de vacinação e sorovacinação antirrábico, que atualmente encontra-se com baixa disponibilidade), assim como a realização de vacinação antirrábica para cães e gatos.

OBJETIVOS

Por ocasião do Dia Mundial de Combate à Raiva, a OMS, a OIE e a FAO divulgaram um comunicado incentivando os países a acelerarem os esforços para combater a raiva em três etapas (educar, vacinar e eliminar). E juntamente a letalidade da doença e o aumento do número de casos de mordedura, e diminuição da disponibilidade de tratamento antirrábico, existindo no país uma queda da produção desses imunobiológicos, optou-se por criar ações para abranger essas etapas, junto com a divulgação dos serviços ofertados pela Unidade de Vigilância (UVIS)

METODOLOGIA

No intuito de conscientizar a população de um modo geral, sobre: 1°) Forma preventiva para se evitar o problema, quando da ocorrência de um eventual ataque, seja através de mordedura, arranhaduras ou uma simples lambedura por parte de algum animal que seja um potencial transmissor da RAIVA; 2°) Direcionar a vítima aos locais de atendimento 3°) Expor de maneira educativa, todo o contexto que envolve o tema, tendo como meta principal, a promoção da saúde, a prevenção e a conscientização da população. Tendo sempre como foco principal, não somente a saúde dos animais, mas, acima de tudo, a integridade física e a saúde do ser humano. Para essa conscientização, no dia 16 de setembro de 2017 realizou-se o evento "2° Caominhar,

integrar, orientar e prevenir: São Miguel Paulista no combate a raiva". O evento ocorreu no Parque Linear da Vila Jacuí. Dentro desse evento realizaram-se as seguintes ações: 1. Registro Geral Animal (R. G. A.), com orientação de como proceder para obter castração; 2. Vacinação contra a Raiva animal (ao lado de fora da entrada do parque); 3. Palestras com orientações sobre mordedura de cães e gatos (como evitar que ocorra a mordedura, procedimentos no momento da mordida, qual equipamento buscar atendimento e qual tratamento a ser realizado) 4. Palestra da WPA e contação de história sobre programa 5 chaves para evitar mordeduras de animais onde as crianças presentes tiveram a oportunidade para conhecer o programa 5. Palestras sobre morcegos (apresentação dos tipos de morcego e como proceder ao encontrar um); 6. Estandes de serviços prestados pela Unidade de Vigilância em Saúde de São Miguel Paulista com equipamentos e EPI para visualização; 7. Informativos sobre dengue, zika vírus, chikungunya, posse responsável e etc; 8. Exposição de animais sinantrópicos; 9. Pinturas educativas em quadros; 10. Equipe voluntária de estudantes e professores de medicina veterinária para orientação dos participantes da Caominhada (sobre oncologia mamária, cardiologia, endoparasitoses, dermatologia e nutrição) 11. Lançamento da campanha de redução em 30% de casos de mordeduras até 2030 (30% menos mordidas em 2030). 12. Distribuição de cartilhas Quer um Amigo, seja um Amigo para os participantes da 2ª Cãominhada

RESULTADOS

Na ação obtivemos, aproximadamente, 123 animais vacinados, 86 animais registrados (R. G. A.), 250 orientações veterinárias, 150 cartilhas distribuídas e 800 participantes ao longo do dia (aumento de 50% em relação ao primeiro evento), que também assistiram as demonstrações, palestras e orientações. Também se constatou os efeitos do evento através da diminuição em 30% de notificações de mordedura da região e demandas para a unidade, nos 3 meses posteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a diminuição das notificações dos casos de mordedura de cães na região, houve, portanto, a melhoria na prevenção da transmissão da raiva. Também atendeu à solicitação dos munícipes para realização do terceiro evento, sendo "importante no calendário da região", com o apoio da câmara municipal para a realização do mesmo. Como mérito também se salienta as seguintes premiações: no evento World Rabies Day MSD Award da Global Alliance Rabies Control o evento ficou em 2° lugar em 2016 e em 1° lugar em 2017 (o qual será oferecido a premiação de U$ 1. 200, 00, para realização de atividades de controle da raiva na região), reconhecimento da Câmara Municipal com o voto de Jubilo da mesma e nomeação para participação no congresso RITA XXVIII (International Conference on Rabies in the Americas) em Calgary, Alberta, Canada.

Vigilância em Saúde

CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) DA DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE LESTE (DRSL)

Solymar Ardito Nunes, Maria Aparecida Ramos Alves, Carmem Helena Seone Leal, Rosana Burguez Dias, Rosangela Correia Araujo da Silva, Natalia Gaspareto
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 e divulgada recentemente pelo Ministério da Saúde "as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude relevante e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. Informações do PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no município de São Paulo) do ano de 2015demonstram também que as Doenças Não Transmissíveis foram a causa de mais de 75% das mortes. As doenças cardiovasculares, câncer e diabetes estão entre as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis e têm respondido por um número elevado de mortes consideradas precoces (antes dos 70 anos de idade, segundo a OMS) além de levar a perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer. Os fatores de riscos mais prevalentes relacionados às DCNT são o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo. O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para a prevenção destes agravos e, faz parte do eixo 1 do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, período de 2011 a 2022, lançado pelo Ministério da Saúde, assim como atende aos objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde (MS, 2006) de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Adicionalmente o Programa de Metas da PMSP 2017-2020 tem como um dos objetivos a redução em 5% da taxa de mortalidade precoce por DCNT selecionadas, contribuindo para o aumento da expectativa de vida saudável.

OBJETIVOS

Capacitar e sensibilizar profissionais da área da saúde atuantes nas Suvis, STS, Organizações Sociais parceiras da PMSP na Atenção Básica e interlocutores de outras secretarias (gestores do PAVS) na Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco.

METODOLOGIA

Pedagogia ativa- problematização A capacitação foi organizada em seis módulos: cinco encontros presenciais de 4 horas e um período de 4 horas para dispersão (levantamento de dados e preparo das propostas de ação territoriais); os temas desenvolvidos foram Promoção da Saúde e Determinantes Sociais, Magnitude das DNT, Fatores de risco e proteção e Vigilância das DCNT.

RESULTADOS

A meta de capacitar e sensibilizar 80% dos profissionais participantes quanto à incidência crescente das DCNT foi atingida (foram capacitados 84% dos inscritos) e, ao final da capacitação foram elaborados e apresentados sete planos de ação, um por Supervisão Técnica de Saúde/UVIS, de acordo com as prioridades identificadas nos diagnósticos realizados regionalmente, com os seguintes temas: • "Plano de ação territorial DNT" – Cidade Tiradentes. • "De olho na DNT: prevenção dos agravos com foco na mudança de hábito" – Ermelino Matarazzo. • "Pensando neles: população masculina e fatores de risco e proteção para doenças circulatórias" – Guaianases. • "Prevalência do excesso de peso infanto-juvenil no território do Itaim Paulista" – Itaim Paulista. • "Prevalência e Necessidade de detecção precoce de Câncer de mama no território de Itaquera" – Itaquera • "Plano de ação DNTs - Oficina de sensibilização e capacitação em vigilância das DNTs" – São Mateus. • "Horta e alimentação Saudável" – São Miguel Paulista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacitação foi avaliada muito positivamente pelos participantes (83% totalmente satisfeitos), o que foi levantado através de questionário específico aplicado. Os planos de ação apresentados foram redigidos e compartilhados, e além de variados em temas, foram relevantes e cobriram diferentes territórios da CRS Leste, além disto a participação de setores diversos como o PAVS e OSS possibilitou articulações intra e intersetoriais na estruturação dos projetos, bem como interação entre os profissionais das regiões. Neste ano de 2018 a Divisão Regional de Vigilância em Saúde conjuntamente com a equipe de Vigi/DNT da Covisa irão acompanhar, monitorar e subsidiar a execução destes projetos junto às regiões.

Vigilância em Saúde

CEREST REGIONAL MARÍLIA EM AÇÃO: UMA AÇÃO INTERSETORIAL EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Daniela Maria Maia Veríssimo, Luciana Caluz Carvalho Pereira
1 Secretaria Municipal da Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O nexo causal e a notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho têm sido um grande desafio à saúde pública; a intervenção no ambiente de trabalho que adoece trabalhadores torna-se complexa especialmente na ocorrência sofrimento psíquico por ser multifatorial e pela escassez de referências científicas que norteiem tal atuação. Desta forma qualquer ação neste sentido é um grande avanço em Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, merecendo ser compartilhada.

OBJETIVOS

Socializar a experiência exitosa iniciada a partir da realização de nexo causal de uma trabalhadora em sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, atendida pelo serviço de psicologia do Centro de Referência em Saúde do Trabalho Regional de Marília (CEREST), seguido de inspeção e intervenção intersetorial na empresa e avaliação da efetividade das ações realizadas, pós visita.

METODOLOGIA

O nexo causal segue o método apresentado por Beth Lima (2005), que privilegia a percepção dos trabalhadores quanto às vivências do ambiente de trabalho e a busca de evidências dos fatos que causam sofrimento; para isso realizou-se entrevistas semi-dirigidas (LAKATOS, 2003). Quanto à intervenção no ambiente, foi realizada uma visita técnica de inspeção com roteiro do CEREST, que acompanha todo processo produtivo utilizando registro audiovisual e revisão de documentação vinculada a segurança e saúde na empresa. Por fim, todo material que fundamentou as ações realizadas na empresa foi lido, discutido coletivamente pelo CEREST e averiguado através de novas entrevistas semi-dirigidas com trabalhadores.

RESULTADOS

A história de Maria – nome fictício da trabalhadora atendida pelo CEREST – se assemelha a de muitos outros trabalhadores: anos de dedicação profissional e um esgotamento físico e psíquico resultante deste investimento, resultaram no quadro psíquico que a trouxe ao CEREST. Maria teve transtorno ansioso grave que evoluiu para sintomas psicóticos, com conteúdo relacionado ao trabalho, incluindo alucinações auditivas onde "pediam-lhe" substituição na linha de produção para tomar água ou ir ao banheiro – atividade que exercia na empresa - e alucinações visuais onde via sua encarregada, trabalhadora que a assediava. Tal situação ocasionou sua internação por um mês em hospital psiquiátrico, retornando ao tratamento de saúde no CAPS.

Além do transtorno mental, o trabalho lhe causou Síndrome do Túnel do Carpo (com intervenção cirúrgica) e cervicobraquialgia. A gravidade do caso, levou o CEREST a iniciar uma "busca ativa" de outras pessoas com sofrimento mental relacionado ao trabalho na mesma empresa para compreender como era o clima organizacional. Após vinte e seis entrevistas com trabalhadores da mesma função ou mesma empresa que Maria trabalhava identificamos muitos pontos comuns: choro de funcionárias devido à pressão excessiva por metas, substituição de funcionários para alimentação, banheiro e água, sem horário fixo e influenciado por variáveis como: funcionários para substituição ou ritmo de funcionamento da linha de produção também eram frequentes. Falaram sobre a execução de múltiplas tarefas em linhas variadas, com ritmos diferentes em um mesmo dia, e que eram solicitados a mudar de linha de produção, sem habilidade para as novas tarefas; contaram também sobre as convocações para banco de horas ameaçadoras, relacionando-as a demissão e culpabilização do acidentado em caso de acidente de trabalho. São constantes os relatos de afastamento de companheiros de trabalho adoecidos físico e mentalmente, ou de ex-funcionários que relatam dificuldade em lembrar o período em que trabalharam na empresa, de passar próximo a ela ou ver o ônibus de funcionários desta pelas ruas, porque esses eventos lhe causam sensação de angústia, o que evidenciou que o processo produtivo da empresa causa sofrimento aos trabalhadores. Para a inspeção no ambiente de trabalho, recorremos ao apoio do Ministério Público do Trabalho de Bauru, para que realizássemos uma inspeção com vistas à segurança dos trabalhadores, mas que também contemplasse as relações no ambiente laboral da empresa, investigando o exposto no relatório que construímos contendo o material das entrevistas realizadas e preservando a identidade dos trabalhadores e as principais queixas. A diligência com o MPT transcorreu de modo habitual, observou-se processo produtivo, documentação da empresa e solicitou-se ver as metas, as investigações e desdobramentos em caso de acidente de trabalho e a substituição imediata de funcionária para ir ao banheiro, de modo que víssemos a estratégias utilizada. A visita gerou parecer técnico do CEREST e a criação de um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) do MPT, com solicitações que levaram a diversas melhorias das condições de trabalho na empresa visitada. A empresa desenvolveu diversas ações como: capacitações com os trabalhadores sobre conduta, formação de líderes em boas práticas prevenindo ocorrências de assédio moral; rodas de conversa e apoio aos trabalhadores favorecendo acolhimento, vínculo e solidariedade entre eles, abordagem humanizada dos acidentes de trabalho e trabalhadores vitimados; bem como, a comunicação adequada das metas a serem atingidas. A empresa instaurou ainda, um sistema de ouvidoria sigiloso por onde é possível acompanhar o desdobramento da queixa, e tudo isso fora avaliado pelo CEREST com base em novas entrevistas com os trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais do que a notificação de um transtorno mental ou a intervenção em ambiente de trabalho é fundamental a verificação qualitativa das ações realizadas pós inspeção. Assim garantimos a efetividade das ações na qualidade de vida do trabalhadores da empresa e a prevenção de novas ocorrências adoecedoras no ambiente laboral. Para tanto é fundamental que hajam parcerias intersetoriais; pois unindo forças o CEREST pode realizar ações de promoção, prevenção e assistência eficazes em Saúde do Trabalhador no SUS.

Vigilância em Saúde

COMBATE AO ABUSO SEXUAL INFANTIL: SAÚDE PÚBLICA É RESPONSABILIDADE DE TODOS.

Luciana Marcatto Reschini, Maria de Lourdes Cordeiro Santana
1 Prefeitura Municipal de Descalvado - Prefeitura Municipal de Descalvado

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Neste trabalho nos deparamos com o descompasso da rede de apoio ao combate do abuso sexual infantil, a carência de políticas públicas adequadas à prevenção, ao cuidado das vítimas, a falta de conhecimento dos profissionais envolvidos, além da realidade polêmica do temor em notificar os casos suspeitos de violência.

OBJETIVOS

Capacitar a rede de apoio sobre o tema nos aspectos, psicológico, social, e jurídico possibilitando o reconhecimento de situações que envolvam o abuso sexual e responsabilizando o profissional quanto a omissão; padronizar a ficha de notificação compulsória e trabalhar o conhecimento e a velocidade do fluxo de atendimento nos setores: social, educacional, saúde e legal; sincronizar os dados entre os setores e aprimorar a comunicação da rede de cuidado no intuito de representar a realidade do problema visando a não revitimização já de acordo com a lei 13. 431/2017, potencializar os recursos da rede para a identificação de situações de risco e vulnerabilidade focando o trabalho na prevenção à violência contra a criança/adolescente.

METODOLOGIA

Criação e discussão do fluxograma e protocolo de atendimento às vítimas com toda a rede de apoio, incluindo Pronto Socorro, Ministério Público, Delegacia de Polícia, Conselho Tutelar, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação e Secretaria de Assistência Social; capacitação e treinamento de todas as equipes de saúde no território e dos educadores nas escolas sobre aspectos que envolvem a violência e abuso sexual.

RESULTADOS

Em 6 meses foram construídos com a rede o protocolo de atendimento, o fluxograma, foram capacitadas a equipe de 8 unidades de PSF e Pronto Socorro Municipal, já em 2017 os dados cadastrados no SINAM foram o dobro de 2016, o olhar e a comunicação da rede amadureceu significativamente para identificar casos suspeitos de abuso e trabalhar situações de risco para prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho integrado com a rede é imprescindível para o cuidado e prevenção de violências direcionadas à infância e à adolescência e as realidades dessa questão não são interpretadas de forma adequada pela grande maioria dos profissionais da área de saúde que se acomodam em

uma percepção enviesada por tabus, pelo desconhecido e pela omissão, o que atravanca o processo de prevenção e aplicação da lei de forma efetiva, portanto contribuindo para a permanência de condições de vulnerabilidades e risco.

Vigilância em Saúde

COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNO INFANTIL DO MUNICÍPIO DE MAUÁ: A IMPORTÂNCIA DA DEVOLUTIVA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL.

Carolina Farias de Lima Ragucci
1 Prefeitura Municipal de Mauá - Prefeitura Municipal de Mauá

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A vigilância da mortalidade materno infantil é uma das prioridades do Ministério da Saúde. A vigilância desses óbitos é uma importante estratégia para avaliação da qualidade dos serviços de saúde e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis por esses serviços. A maioria dos óbitos infantis está intensamente ligada à prematuridade que está, com muita frequência, relacionada à qualidade da atenção ao pré-natal. Por isso, foi preciso melhorar a qualidade da atenção perinatal no município, avançar na qualificação do cuidado, além da ampliação do acesso aos serviços desde o pré-natal à assistência hospitalar ao parto e ao nascimento e continuidade da atenção ao recém-nascido e à puérpera. Em 2013, o município de Mauá estava com um índice de mortalidade de 15, 71 a cada mil nascidos vivos, o que fez com que a gestão estabelecesse como uma das principais prioridades a redução desse índice. A partir desse ano, o Comitê de Mortalidade Materno Infantil passou a ser mais efetivo e principal desencadeador de ações para a redução do indicador e garantindo ações e estratégias que resultaram na diminuição dos indicadores de mortalidade infantil do município, destacando como uma das principais o processo de devolutiva dos estudos de óbitos infantis.

OBJETIVOS

Descrever o processo de realização de devolutiva dos estudos de óbito infantil ocorridos no município, elaborado pelo Comitê de Mortalidade Materno Infantil do município de Mauá.

METODOLOGIA

A Vigilância Epidemiológica é responsável pela análise e controle dos sistemas SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos). Os óbitos ocorridos nos serviços de saúde do município são alimentados no sistema pela Vigilância através da declaração de óbito e os residentes do município com ocorrência em outros munícipios são detectados através da retroalimentação dos dados do sistema na base federal. Todos os óbitos infantis são de investigação e classificação obrigatória pelo Comitê de Mortalidade. Após a notificação de um óbito infantil, a Unidade Básica de Saúde que participou do cuidado no pré-natal da mãe e do recém-nascido é responsável por elaborar estudo do óbito juntamente com a equipe de referência, através das informações coletadas no prontuário e em visita domiciliar. O serviço hospitalar/urgência onde ocorreu o óbito também é responsável por elaborar relatório de atendimento. Esse processo ocorre em todos os serviços de saúde que por ventura a gestante foi atendida, por exemplo, Alto Risco, UPA´s etc. Após compilação e unificação dos relatórios, o Comitê de Mortalidade realiza análise desses dados e classificação dos óbitos embasados no critério de evitabilidade preconizado pelo Ministério da Saúde,

apontando as lacunas em que o protocolo de linhas de cuidado materno infantil deixou de ser realizado. A Devolutiva é realizada então, através da discussão com a equipe de referência do óbito sobre essas lacunas, fazendo uma análise minuciosa do processo de trabalho da equipe que realizou esse acompanhamento, identificando possíveis condutas não realizadas, manejo inadequado e consequentemente a prevenção de novas ocorrências. Os profissionais da equipe de referência que participaram desta primeira etapa são responsáveis, com o apoio do Comitê de Mortalidade Infantil, a compartilhar e multiplicar o saber discutido na Devolutiva para que toda a equipe seja sensibilizada e tenha apropriação do cuidado integral no processo.

RESULTADOS

Com a implantação das devolutivas, o comprometimento da gestão e das equipes em melhorar os indicadores propostos, obteve como resultado uma diminuição significativa do coeficiente de mortalidade infantil. A redução ocorreu a cada ano a partir de 2013 passando de 15, 71 para 8, 93 em 2017 a cada 1. 000 nascidos vivos, uma queda cerca de 44% em quatro anos. Consideramos também como avanços e resultados um maior reconhecimento de situações de risco, melhoria no cuidado apropriado e resolutivo à gestante no pré-natal e no parto e ao recém-nascido. .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades em conseguir alcançar o indicador proposto pelo Ministério da Saúde, abaixo de 10 para cada 1. 000 nascidos vivos, Mauá vem alcançando esse dado após todo trabalho integrado e contínuo entre diversos departamentos e serviços de assistência à saúde do município. Consideramos de extrema importância a manutenção desse indicador, para isso os esforços do município encontram-se voltados para a continuidade das ações e estratégias aplicadas.

Vigilância em Saúde

CRITÉRIOS PARA SUSPEITA DE CASOS DE FEBRE AMARELA DURANTE A EPIDEMIA DE MAIRIPORÃ - SP 2017/2018

Patricia Maia Cipollari, Grazielle Cristina dos Santos Bertolini, Leticia Schemidt Brilha Vicente, Natali Ap. Farias Bueno Coutinho
1 Prefeitura Municipal de Mairiporã - Prefeitura Municipal de Mairiporã

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Houve uma demora pelos Serviços de Saúde na percepção dos primeiros casos como suspeitos de febre amarela. Após avaliação de prontuários pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde as notificações retrospectivas de óbitos foram realizadas bem como o envio de amostras para diagnóstico laboratorial. As primeiras notificações para a Secretaria Municipal de Saúde foram realizadas em 04/01/2018. Até o final deste levantamento tivemos 106 notificações de casos suspeitos de febre amarela. Dos 60 casos confirmados até o momento, 13 evoluíram para óbito por febre amarela. Mantendo a letalidade em torno de 21, 7 %. Abaixo da proporção dos casos do Estado de São Paulo (37, 4 %).

OBJETIVOS

Avaliar o critério oficial (SVS/MS) de definição de casos suspeitos para Febre Amarela em relação aos dados clínicos apresentados pelos casos confirmados laboratorialmente. Prevenir óbitos fazendo a assistência adequada e precoce dos casos

METODOLOGIA

Analisamos os dados disponíveis no banco SINANNet do Departamento de Vigilância em Saúde do Município de Mairiporã no período que vai da Semana Epidemiológica - SE 42/2017 à 06/2018. Período em que iniciaram as notificações de casos suspeitos de Febre Amarela em humanos. Verificamos em revisões de prontuários hospitalares e busca ativa por telefone as características clínicas dos primeiros sintomas.

RESULTADOS

Em relação aos exames laboratoriais verificamos a enorme elevação das transaminases (TGO > TGP). As bilirrubinas também estavam alteradas (à custa de bilirrubina direta). Tivemos a indicação de internação hospitalar em 60, 0% dos casos confirmados para o monitoramento clínico e laboratorial dos sinais e sintomas de gravidade. Pudemos observar que o campo 39 da Ficha de Investigação Epidemiológica – FIE dos casos confirmados mostrou que o sintoma mais prevalente foi dor abdominal. Porém, através de relatos de casos e revisões de prontuários verificamos que os sintomas característicos da doença e que estão descritos no critério de CASO SUSPEITO da FIE / SVS /MS de 17/01/2011 não ajudaram na detecção precoce dos quadros clínicos em seu início devido a sua ausência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passamos a adotar no município, do ponto de vista clínico, orientação do Guia para Profissionais de Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS de 2017 para considerar caso suspeito. Para isso implantamos junto à rede de atenção do município o Fluxograma de Abordagem Inicial de Pacientes com Suspeita de Febre Amarela e o Cartão de Acompanhamento Ambulatorial.

Vigilância em Saúde

CUIDADO COM O BICHO QUE O BICHO TE PEGA – VIGILÂNCIA E EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Vivian Ferrari L. Scaranelo Machado, Lair Bianchi Melo, Adha Rafaela de Oliveira Sarti
1 Prefeitura Municipal de Itapeva - Prefeitura Municipal de Itapeva

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A promoção de ações visando o controle de doenças, agravos ou fatores de risco de interesse à saúde constitui um dos princípios previstos no Código Sanitário Estadual, bem como a provisão de condições adequadas à saúde e à educação da população. Além disso, as Diretrizes Curriculares da Educação Infantil destacam a necessidade de adoção de práticas que se baseiem em atividades voltadas para formação moralizante, tais como conceitos e atitudes voltadas para saúde e higiene. O bairro Guarizinho, localizado na zona rural do município de Itapeva/SP, registrou casos de verminoses, inclusive de ocorrência na Escola Municipal José Ferreira Fogaça. Neste contexto, foi desenvolvido o Projeto: "Cuidado com o bicho que o bicho te pega", através de parceria entre docentes e discentes do Curso de Farmácia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva (FAIT) e profissionais de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Itapeva, a fim de promover ações de educação sanitária na comunidade selecionada, para conscientização sobre higiene pessoal e alimentação, bem como estabelecer medidas de prevenção de verminoses.

OBJETIVOS

Descrever o conjunto de atividades desenvolvidas no âmbito do projeto "Cuidado com o bicho que o bicho te pega", para conscientização dos alunos, da faixa etária de três a cinco anos, da Escola Municipal José Ferreira Fogaça, sobre higiene pessoal, alimentação e prevenção de verminoses, no bairro Guarizinho, em Itapeva/SP, contribuindo para ações de vigilância em saúde, na interface com o meio ambiente e a educação.

METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido por meio de parceria estabelecida entre a Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva (FAIT), através de seus docentes e discentes do 6° período do Curso de Farmácia e profissionais de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Itapeva, no período de setembro a novembro de 2017, de acordo com as seguintes etapas: (A) Pesquisa epidemiológica e planejamento das atividades; (B) Articulação com a Diretoria da Escola Municipal José Ferreira Fogaça, no bairro Guarizinho para realização do projeto; (C) Estudo e organização dos recursos didáticos, incluindo a elaboração de material impresso e recursos áudio-visuais sobre saúde e higiene; aquisição de materiais para realização das atividades e confecção de brindes para as crianças; (D) Execução das atividades, utilizando-se o lúdico como metodologia de aprendizagem de educação sanitária na escola, na forma de rodas de conversa, apresentação de vídeo, teatro e interação com as crianças; (E) Elaboração de relatórios e (F) Apresentação dos resultados.

RESULTADOS

Durante a etapa de estudo e organização do material didático, todos os recursos utilizando-se o lúdico como metodologia de aprendizagem de educação sanitária na escola foram definidos pelo grupo de pesquisadores do Curso de Farmácia, incluindo as professoras e alunas, que reuniram as informações relevantes para organização e todo material de apoio para realização da atividade educativa e elaboração de livreto para colorir com o tema do projeto. Também foi realizada a manipulação dos brindes para as crianças e professoras da escola, de cerca de cem unidades de mini sabonetes de maracujá, no Laboratório de Farmacotécnica, no bloco K, na FAIT. A atividade educativa na Escola Municipal José Ferreira Fogaça, foi realizada no dia treze de novembro de 2017 e possibilitou a capacitação de sessenta e cinco crianças, de três a cinco anos de idade. As atividades realizadas, conforme metodologia relatada, possibilitou: colagem de figuras com personagens infantis lavando as mãos e instrução do procedimento correto de lavagem das mãos, em painéis e ao lado do lavabo; interação com as crianças, com a apresentação de objetos cotidianos de higiene, tais como sabonete, escova de dente, shampoo, entre outros, para identificação e relação com o uso pelas crianças; realização de rodas de conversa, apresentação de palestra e vídeo, sobre orientação de prevenção de verminoses através de procedimentos de higienização das mãos e também dos alimentos; demonstração de amostra de vermes do Laboratório de Análises Clínicas da FAIT; realização de teatro, com encenação de lavagem das mãos e de frutas, demonstrando com uso de tinta guache o modo errado e modo correto de realizar o procedimento; preparo e degustação de salada de frutas, que foram anteriormente lavadas; orientação e supervisão da lavagem das mãos das crianças, antes da degustação; e por fim a entrega do brindes para as crianças e professoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto das ações realizadas permitiu a integração do sistema de saúde local, através de profissionais do SUS com a FAIT, por meio da articulação entre alunos e professores, como ferramenta para promover o debate de temas relacionados ao contexto da vigilância em saúde, abrangendo cuidados básicos de saúde, higiene pessoal e prevenção de doenças, para conscientização na educação infantil. Além disso, a realização do projeto contribuiu para formação de agentes transformadores da prática acadêmica, integrando atividades de ensino, pesquisa e extensão, no contexto da prevenção, recuperação e promoção da saúde, e também ampliar a troca e extensão dos serviços na comunidade, uma vez que os objetivos foram atingidos com êxito, caracterizando-o como projeto piloto para implantação em demais unidades de educação infantil do município.

Vigilância em Saúde

DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZICA NO ALVO DE SUZANO

Camila Henriques Sarno, Claudio Haruki Sakaki
1 Prefeitura Municipal de Suzano - Prefeitura Municipal de Suzano

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No município de Suzano é comum ainda a pouca compreensão do perigo oferecido pelo mosquito Aedes aegypti, transmissor do vírus da dengue, chikungunya e zica, principalmente em bairros de alta vulnerabilidade social, 31, 2% (ALESP, 2010), ou seja, onde há falta de saneamento básico, acúmulo de materiais inservíveis, vasos com pratos contendo água, entre outros. Estes objetos são possíveis criadouros de larvas do mosquito Aedes aegypti e seu acúmulo ocorre em consequência da baixa conscientização sobre a doença e seu vetor. Diante dessa problemática é necessário, constantemente, conscientizar a população.

OBJETIVOS

O objetivo principal dessa atividade foi a conscientização sobre a importância de evitar criadouros em potencial, amenizando a proliferação do mosquito Aedes aegypti através de orientação, jogos, materiais educativos e o incentivo da retirada de material inservível de dentro da residência. O objetivo secundário foi a compreensão dos munícipes sobre hábitos de reciclagem, a importância do meio ambiente sustentável e a educação em saúde.

METODOLOGIA

Foram realizadas atividades lúdicas como peças teatrais e jogos interativos, em diversos eventos da cidade como: escolas municipais de ensino infantil e fundamental I, parques, praças e condomínios de programas habitacionais, durante campanhas municipais, em parceria com as secretarias do Meio Ambiente, Habitação, Educação e Saúde, onde contamos com a presença da equipe técnica de combate às endemias. A peça continha dois personagens, o agente de combate às endemias e o mosquito Aedes aegypti fêmea, a qual instruía de forma simples e interativa, instigando os munícipes a responder questões sobre os sintomas e prevenção da dengue, chikungunya e zica; esclarecia qual era o trabalho do agente de combate às endemias e como ocorre a proliferação do Aedes aegypti. Para tornar o teatro mais recreativo utilizamos materiais passíveis de acúmulo de água, fantasia do mosquito Aedes aegypti e uniforme do agente de combate às endemias. Após a conclusão das peças realizou-se uma atividade recreativa, na qual os munícipes eram convidados a eliminar os mosquitos Aedes aegypti confeccionados em E. V. A. e bexiga, que se encontravam em um mural onde as pessoas estouravam as bexigas, utilizando-se de dardos. Houve o incentivo através de prêmios, como uma cartilha de atividades relacionadas a dengue e folhetos explicativos.

RESULTADOS

A atividade foi realizada no período de 2016 e 2017, atingiu um público de 2. 200 munícipes, sendo destes, 1000 pessoas em escolas municipais; 900 em eventos da cidade; e 300 em programas habitacionais. A intensificação da ação educativa (atividades interativas em conjunto com a população, como o teatro e os jogos) na cidade, realizada pela equipe de combate às endemias, somado aos esforços de vistoria em domicílios, comércios e pontos de reciclagem, resultaram, em relação ao mesmo período do ano anterior ao trabalho, na redução de 98, 7% de casos autóctones de dengue ocorridos, como relatado na matéria do portal de notícias G1 em maio de 2017 (PEIXOTO, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades lúdicas contribuíram no processo de orientação à população, para o combate do mosquito transmissor da dengue, chikungunya e zica e na prevenção da doença. Observou-se que não só os munícipes aprenderam como também a equipe de combate às endemias ao atualizar seus conhecimentos através da vivência presenciada. Foi possível observar o interesse no aprendizado, especialmente, do público mais jovem. A informação foi repetida pelas crianças durante o momento de recreação e instrução, e foi reforçada ao lerem e realizarem as atividades da cartilha após o teatro. Em visita nas áreas onde houve o processo de conscientização das crianças, verificamos que o aprendizado foi multiplicado, no entanto devido à alta vulnerabilidade social, os pais que continuam armazenando materiais com potencial de criadouros em suas residências, alegam este acúmulo como parte do aumento da renda familiar ou redução de custos através de estocagem de água. Após realizar as atividades presenciamos as crianças sendo exemplo para seus pais quanto ao risco que representam os materiais incorretamente expostos ao ambiente externo. Os adultos, pais e responsáveis muitas vezes apresentam resistência a mudanças e a novas informações, porém, com o auxílio da criança esta reação tende a reduzir, transformando os jovens em multiplicadores de informações. Futuramente espera-se que estas crianças se tornem adultos mais conscientes quanto ao seu papel social diante da comunidade.

Vigilância em Saúde

DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL NO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA DO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES

Desiree Rosa Cavalcanti, Regina Tiemi Katsumata Oba
1 Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes - Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O câncer de cavidade oral representa 40% dos tumores da região de cabeça e pescoço. Segundo a estimativa do INCA (Instituto Nacional do Câncer) para o ano de 2018, devem ser observados cerca de 14700 novos casos de câncer de cavidade no Brasil, o que corresponde ao quinto mais comum entre os homens e o sexto entre as mulheres. A análise do perfil dos indivíduos afetados pela doença evidencia que a maioria é do sexo masculino, numa proporção de cerca de 3 homens para cada mulher, baixo estrato social e forte associação com hábitos de risco (tabagismo e etilismo). Além dos principais fatores etiológicos envolvidos no desenvolvimento do câncer de boca (tabagismo e o etilismo), o vírus HPV vem sendo cada vez mais reconhecido como um fator etiológico, especialmente em pacientes mais jovens. O diagnóstico tardio do câncer de boca é um grave problema observado no mundo todo, o que compromete a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes. O desconhecimento da doença por parte da população e dos próprios profissionais de saúde que encontram estes pacientes durante seu percurso nas redes de atenção e não detectam a doença oportunamente, são apontados como as principais justificativas para o atraso no diagnóstico. O município de Mogi das Cruzes, iniciou no ano de 2013 o serviço de estomatologia e desde então vem realizando o diagnóstico do câncer bucal, bem como das lesões potencialmente malignas. Os casos confirmados são encaminhados para a atenção terciária e as lesões potencialmente malignas são tratadas e acompanhadas permanentemente. A experiência do município revela que o diagnóstico de câncer oral é relativamente comum, correspondendo a terceira lesão mais comum do serviço, com 9% de todos os diagnósticos realizados. Além do diagnóstico de lesões malignas, o serviço também realiza a detecção, tratamento e proservação de lesões potencialmente malignas, ou seja, lesões que podem se transformar em câncer.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi relatar a experiência do município de Mogi das Cruzes, bem como apresentar a frequência do diagnóstico de câncer bucal no Serviço de Estomatologia do Municipio de Mogi das Cruzes em relação.

METODOLOGIA

Foram analisados os dados referentes aos atendimentos e biópsias realizadas, além dos resultados anatomo patológicos obtidos no período de 2013 a 2017. Em seguida estabeleceu-se a frequência do diagnóstico do câncer bucal em relação aos diagnósticos mais encontrados. Os atendimentos em estomatologia no Municipio de Mogi das Cruzes foram provenientes dos referenciamentos dos dentistas e médicos da Atenção Básica. As análises anátomo- patológicas

foram realizadas pelo Laboratório Albert Einstein, parceiro da empresa CEJAM (Centro de Estudos João Amorim), organização social parceira da Prefeitura de Mogi das Cruzes para este serviço.

RESULTADOS

No periodo de 2013 a 2017, o serviço de Estomatologia realizou 2423 atendimentos. Estes atendimentos foram em sua totalidade de indivíduos referenciados por dentistas e médicos da atenção básica do município de Mogi das Cruzes. Em 414 individuos foi necessária a realização de biópsias e em parte deles, foram colhidas duas ou mais amostras, totalizando então 479 biópsias. Os diagnósticos mais comuns foram respectivamente: 156 lesões reacionais (fibroma e hiperplasia fibrosa inflamatória - (32, 5%); 83 lesões potencialmente malignas (queilite actínica, leucoplasia e líquen plano – 17, 3%); 44 lesões malignas (9, 1%), 35 lesões de mucocele (7, 3%), 24 lesões de papiloma (5%) e 22 casos de processos proliferativos não neoplásicos (granuloma piogênico e fibroma ossificante periférico – 4, 6%). Analisando os casos de lesões malignas, observou-se 39 casos de carcinoma espinocelular, 2 casos de carcinoma mucoepidermóide, 1 caso de carcinoma adenoide cistico, 1 caso de adenocarcinoma e 1 caso de carcinoma basocelular). A distribuição por sítio anatômico foi a seguinte: 10 casos em borda de língua (22, 7%), 08 casos em lábio inferior (18%), 06 casos em palato duro (13, 6%), 06 casos em palato mole (13, 6%), 05 casos em assoalho oral (11, 3%), 03 casos em área retromolar (6, 8%), 02 casos em base de língua (4, 5%), 01 caso em gengiva (2, 2%), 01 caso em mucosa jugal (2, 2%), 01 caso em ventre de língua (2, 2%), 01 caso em lábio superior (2, 2%). Em relação ao estadiamento, 25 casos estavam em estagio III e IV (56, 8%) e 19 casos em estágios I e II (43, 2%). Todos os indivíduos diagnosticados com lesões malignas foram encaminhados para tratamento na atenção terciária e os demais diagnósticos foram tratados no próprio serviço. Os indivíduos diagnosticados com lesões potencialmente malignas tem proservação periódica permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de câncer bucal foi relativamente comum no nosso serviço, correspondendo ao terceiro diagnóstico mais frequente. A maior parte dos casos foi detectada tardiamente, o que revela a necessidade de informar a população sobre os sinais precoces da doença e sobre a importância do exame periódico da boca pelo cirurgião dentista. Além disso, observou-se a importância do serviço de estomatologia para o diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento dos casos de câncer bucal; além do tratamento das demais doenças da cavidade oral.

Vigilância em Saúde

DIÁLOGO ENTRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ATENÇÃO BÁSICA DESENVOLVENDO AÇÕES DE COTROLE DO RISCO EM SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Adaylton Alves da Silva, Angela Simonetti, Deise de Araújo, Marilda de Oliveira Pontes Leça, Mary Anne Perez, Valter Oda
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Vigilância Sanitária - VISA é uma área da saúde pública que trata do controle dos riscos à saúde consequentes do estilo de vida atual. Atua de forma múltipla e expande-se conforme surgem novas tecnologias, o que traz à tona novas necessidades, desafiando essa atuação sobre os riscos relacionados a produção, circulação e consumo de produtos, processos e serviços ligados à saúde. Suas atividades surgiram da necessidade de proteção da população em decorrência da propagação de doenças nos agrupamentos urbanos, com o objetivo de prevenir situações de risco à saúde. Dentre os maiores desafios da VISA, destaca-se o controle sanitário dos serviços de saúde próprios, ou seja, da administração direta, Apesar de ser um componente do Sistema Único de Saúde - SUS, a VISA adquiriu, ao longo de sua trajetória, práticas de caráter burocrático, que a aproximam mais dos serviços privados e distanciam dos Serviços Públicos, sendo assim, muitas vezes vista como alheia ao conceito de vigilância em saúde pública e marcadas pela baixa vinculação ao SUS. A definição de VISA é consentida pela Lei Federal nº 8. 080 de 19 de setembro de 1990, que expressa as diretrizes e trata da execução das ações desta entidade no âmbito e competência do SUS: "Entende-se, por Vigilância Sanitária, um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. " A missão da VISA é então: Promover e proteger a saúde da população por meio de ações integradas e articuladas de coordenação, normatização, capacitação, educação, informação, apoio técnico, fiscalização, supervisão e avaliação em Vigilância Sanitária, evitando danos à saúde e as iatrogenias relacionadas ao cuidado assistencial. Baseados nessas afirmativas, surgem alguns questionamentos: qual a forma mais efetiva de fiscalizar o setor público para que haja o cumprimento das normas alinhado às necessidades da população e delinearmos novos caminhos? O presente trabalho teve início devido à falta de licenciamento dos serviços de odontologia nas 20 Unidades Básicas de Saúde, serviço classificado como alto risco sanitário.

OBJETIVOS

O objeto do presente trabalho é adequar o funcionamento dos serviços de saúde próprios por meio de avaliação da situação, intervenções necessárias aos processos de trabalho e monitoramento das ações, compartilhando as responsabilidades entre VISA e Atenção Básica-AB.

METODOLOGIA

No processo de trabalho foram realizadas inspeções sanitárias nos serviços de odontologia das UBS, sob um olhar ampliado da VISA. Após esse procedimento, foram elaborados relatórios e levantamento dos riscos e não-conformidades observadas. Realizou-se reunião para entrega dos relatórios aos gestores das UBS e AB. Foram apresentados os problemas e discutidas as soluções demonstradas através da elaboração de cronogramas de ação.

RESULTADOS

Foram inspecionados 16 dos 20 serviços de odontologia. Cabe ressaltar que muitos problemas podem ser reduzidos ou sanados com procedimentos sem necessidade de intervenções estruturais. Também foi realizada reunião entre o apoio administrativo da VISA com a AB para serem fornecidas as orientações referentes às questões de documentação para abertura ou atualização de processo sanitário de licença, o que mobilizou as Unidades no sentido de se regularizarem do ponto de vista cartorial. Assim, desde o início deste trabalho, 10 (dez) UBS apresentaram os formulários e cópias de documentos dos responsáveis técnicos e legais e destas, 5 (cinco) elaboraram o cronograma de adequação, o que teve como resultado o deferimento de suas Licenças Sanitárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O quadro sanitário dos serviços de saúde pública no município de Diadema aponta questões de segurança da assistência, como estrutura física, processos e resultados. Cabe aos entes públicos elaborarem ações que não se restrinjam apenas a situações emergenciais ou de demandas externas, mas como um trabalho contínuo, utilizando como uma das ferramentas para o aprimoramento dos serviços, a expertise da equipe técnica de Vigilância Sanitária de serviços de saúde no que tange ao controle de risco sanitário. Esta não é uma experiência concluída e nem deveria ser. Demos apenas novos passos em um processo de ampliar olhares, repensar saberes e fortalecer relações cujo objetivo é comum: processos de auto avaliação, implementação de programas de segurança de usuários/pacientes, estimulando o aperfeiçoamento das boas práticas de cuidado assistencial e, consequente redução de riscos. A parte exitosa de tudo isso é a possibilidade de aproximação para somar e multiplicar, valorizando o conhecimento das partes e "empoderando" as instituições naquilo que lhes cabe: cuidar.

Vigilância em Saúde

ENFRENTAMENTO E MONITORAMENTO DA SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA COMO ESTRATÉGIA PARA A REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Thaís Marquês López Rivera
1 Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha - Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pela espiroqueta Treponema pallidum, de evolução crônica e muitas vezes assintomática, que tem como principais formas de transmissão as vias sexual e vertical. Apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo a congênita de notificação compulsória desde a divulgação da Portaria nº 542/1986, e a em gestante, desde 2005. A sífilis congênita é considerada, em termos epidemiológicos, indicador da qualidade do pré-natal de uma população. O agravo é causa de grande morbidade na vida intrauterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos, tais como, aborto, nati e neomortalidade e complicações precoces e tardias em nascidos vivos. Reemergente no mundo e declarada como epidemia no Brasil em 2016, devido o expressivo aumento do número de casos da doença, não foi diferente no município de Franco da Rocha. Foram identificados aumento de 133% no número de casos de Sífilis Congênita no ano de 2015 em relação ao ano de 2014, porém a notificação da doença em gestantes não acompanhou a proporção de aumento, registrando apenas 46% de notificação de Sífilis em Gestantes em relação à congênita. Diante dessa avaliação de cenário e contexto epidemiológico configurou-se a necessidade de desenvolvimento de um projeto de enfrentamento e monitoramento ao agravo, com foco na educação continuada para melhoria da detecção, vigilância epidemiológica, assistência e do monitoramento.

OBJETIVOS

Os objetivos da realização do trabalho de enfrentamento e monitoramento à Sífilis foram: promoção de encontros anuais para discussão e capacitação dos profissionais de saúde, Enfermeiros e Médicos, acerca do tema; instituir mês de combate a Sífilis para fomento de questões pertinentes a problemática e monitorar mensalmente notificações dos agravos Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita.

METODOLOGIA

Local: Rede pública e privada de saúde do município de Franco da Rocha - SP. Público-alvo: Equipes de saúde da rede pública e privada de saúde e população do município. Participantes: Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, gestores de saúde que atuam na atenção primária à saúde, vigilância epidemiológica e maternidades; e convidados especialistas em cada temática. Duração: Permanente. Ações: 1. Realizado em outubro de 2016 o primeiro encontro com os profissionais de saúde e gestores de saúde do município, foram abordados os temas: Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes, Sífilis Congênita, condutas de tratamento,

seguimento da doença, vigilância epidemiológica dos agravos e análise de série histórica da doença no município. 2. Divulgação do encontro, sua finalidade e importância do tema para a saúde pública nos meios de comunicação oficiais do município: matéria no site e posts em rede social da prefeitura. 3. Criação da planilha compartilhada, com variáveis epidemiológicas, em abril de 2017, entre a vigilância epidemiológica e gestores das unidades de saúde e gestores municipais para fins de busca ativa, monitoramento e análises periódicas da situação problema. 4. Foram realizadas discussões, nos meses de abril e agosto de 2017, com Enfermeiros das unidades básicas de saúde, das maternidades, gestores municipais e membros do Comitê de Mortalidade Materna Infantil municipal sobre a situação da sífilis, sua subnotificação, difícil controle, baixa adesão dos parceiros ao tratamento e seu impacto sobre o aumento na taxa de mortalidade infantil com a finalidade de aumentar a sensibilização dos profissionais, comunidade e elaboração de propostas para enfrentamento. Nas ocasiões foram utilizadas a metodologia do estudo de casos. 5. Segundo encontro anual para capacitação com dos profissionais de saúde ocorreu em outubro de 2017. Foi atualizado o cenário epidemiológico do agravo e discutido com o grupo sobre a Nota Técnica COFEN/CTLN Nº 03/2017 que reforça a importância do Enfermeiro na prescrição de tratamento e condutas em casos de sífilis. 6. Divulgação da problemática da sífilis e suas consequências com enfoque na transmissão vertical nos meios de comunicação oficiais do município: matéria no site e posts em rede social da prefeitura durante o mês de outubro. 7. Inclusão das condutas de tratamento, seguimento e fluxos de atendimento ao agravo durante o pré-natal da mulher e do homem, no Caderno Materno Infantil, obra elaborada durante o ano de 2017 pelos técnicos das áreas de saúde do município e com a colaboração de aprimorandos em saúde.

RESULTADOS

No período de 2014 a 2017, verificamos que foram notificados casos de Sífilis em Gestantes: 05 em 2014, 06 em 2015, 14 em 2016 e 60 em 2017. Observamos um aumento de 328% no número de gestantes notificadas na rede municipal em 2017, em relação a 2016. No mesmo período a Sífilis Congênita registrou 5 notificações em 2014, 13 em 2015, 22 em 2016 e 28 notificações no ano de 2017. Esses dados demonstraram aumento de 27% em 2017 em relação ao ano de 2016. Foram notificadas como Sífilis Adquirida 72 casos em 2014, 35 em 2015, 96 em 2016 e 220 em 2017, evidenciando aumento de 129%, em 2017, nas notificações em relação a 2016. Vale destacar que no ano de 2017 foram notificados 32 casos a mais de Sífilis em Gestantes do que as notificações de Sífilis Congênita, o que representa 114% dos casos de transmissão vertical, invertendo a situação anterior ao projeto. Fonte: SINAN municipal

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados avaliados demonstraram que as ações educativas realizadas promoveram a sensibilização dos profissionais de saúde e da população ao tema, aumento na taxa de detecção do agravo, aumento das notificações e a inversão de proporção das notificações em gestantes e congênitas. No entanto, a situação da sífilis materna e congênita no município está ainda distante do ideal visto o aumento no número de casos da infecção congênita. Concluímos que a manutenção das ações de vigilância associadas à qualificação do pré-natal e da assistência ao

parto, assim como estratégias que permitam o esclarecimento da população em relação à sífilis, podem fazer importante diferença na redução da sífilis congênita no município.

Vigilância em Saúde

ENFRENTANDO DESAFIOS FRENTE A CONSTATAÇÃO DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM ÁREA NÃO ENDÊMICA

Carmen Capella, Carlos Leda de Araujo, Ramiro Martins Dias
1 Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá - Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá
Guarujá

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente trabalho tem como finalidade a apresentação das ações de combate e controle da Leishmaniose Visceral no Município do Guarujá, após o registro, no segundo semestre de 2016, de dois óbitos de crianças de uma mesma família com suspeita de leptospirose e com diagnóstico de Leishmaniose Visceral, confirmado posteriormente por laboratório de referência Regional em dezembro de 2016. O fato da cidade não ser considerada área endêmica causou significativa surpresa às equipes de saúde municipal, que não tinham preparo adequado para o diagnóstico oportuno e para o enfrentamento do agravo. O crescente avanço da doença no território brasileiro é a justificativa para o compartilhamento desta experiência.

OBJETIVOS

Problemas orçamentários, insuficiência de recursos humanos qualificados; alta rotatividade dos profissionais (devido a política de terceirização das equipes de saúde) e a falta de campanhas de orientação e educação em saúde para a população são problemas enfrentados pelos municípios, que inviabilizam o enfrentamento eficiente quanto ao surgimento de uma nova doença em sua área de abrangência. O objetivo deste trabalho é alertar aos municípios que não se enquadram na classificação quanto a transmissibilidade do agravo, preparando-os para a possibilidade de transmissão da doença em seu território e facilitando a tomada de decisão acertiva e em tempo oportuno.

METODOLOGIA

Diretoria de Vigilância em Saúde através do Setor de Vigilância Epidemiológica realiza: • Revisão de literatura. Os técnicos municipais respeitam as orientações contidas no Manual de Vigilância e controle da Leishmaniose Visceral, 1ª Edição – Ministério da Saúde, porém com muita discussão, devido a contradições encontradas entre as instruções do Ministério da Saúde, as ações do Ministério da Agricultura e várias outras possibilidades apontadas em alguns trabalhos científicos. • Acionado imediatamente o Centro de Controle de Endemias e o Centro de Controle de Zoonoses para a realização de visita domiciliar com a finalidade de investigação, reconhecimento de área e exame clínico dos animais da família. • Acionamento imediato ao Grupo de Vigilância Epidemiológica da Região Metropolitana da Baixada Santista e a Superintendência de Controle de Endemias da Região, que atenderam prontamente a solicitação dos técnicos municipais para suporte técnico, e participação no planejamento das ações de campo, que solicita o apoio do Comitê Estadual de Prevenção e Combate a Leishmaniose (que deu total apoio as equipes regional e municipal, participando ativamente na

elaboração das estratégias de enfrentamento ao agravo); • Elaboração de cronograma de Treinamento das Equipes Assistenciais e Hospitalar com a participação dos técnicos do Comitê Estadual, do Hospital de Infectologia Emílio Ribas II e Instituto Adolfo Lutz; • Sensibilização dos profissionais da Rede de Saúde Pública e Privada; • Reconhecimento da área com cadastro das condições dos imóveis com a finalidade de levantamento de área de risco com deposição de material biológico (ACS e ACE); • Elaboração de cronograma de ação de campo para a realização de inquérito canino em um raio de 200 metros do caso índice, com coleta de amostras para a realização de exames diagnósticos. (V. E. , Zoonoses, ACS e ACE); • Investigação entomológica; • Avaliação das dificuldades do trabalho de campo com propostas de intervenção. • Criação do Comitê Municipal de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral municipal. • Trabalho integrado entre as Secretarias de Meio Ambiente, Secretaria de Serviços Urbanos, Secretaria de Educação, Secretaria de Governo, Comunicação e Secretaria de Saúde.

RESULTADOS

Cobertura de 4143 imóveis, dentre os quais 1374 possuiam animais de estimação, totalizando 1548 animais examinados. Foi realizado diagnóstico de leishmaniose em 32 cães, com a distribuição de 51 coleiras repelentes para os animais que aguardavam a confirmação diagnóstica após a positividade do teste rápido; Intensificação da coleta de lixo no bairro correspondente ao caso índice; multirões para orientação e retirada de material biológico; realização de orientações em sala de espera na unidade de saúde do bairro; 80 castrações realizadas com o empréstimo de um castra móvel do município vizinho; alertas rotineiros referentes ao agravo em Diário Oficial do município; realização de pesquisa entomológica e rociamento para controle do vetor pela Superintendência de Controle de Endemias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município foi surpreendido com o advento da circulação do agravo em nosso território. E, apesar das dificuldades técnicas e operacionais, foi convidado a expor sua experiência em reunião mensal do Comitê Estadual de Controle da Leishmaniose Visceral devido a rapidez e eficiência da resposta, através das estratégias de intervenção com cumprimento do estabelecido em protocolos ministeriais, mesmo em situação de crise. Concluímos que a crise não interfere quando o trabalho é integrado entre os diversos setores da administração pública municipal, sendo condição indispensável para a implementação das estratégias e medidas de controle em tempo oportuno.

Vigilância em Saúde

IDENTIFICAÇÃO DE PROFESSORES COM DISTÚRBIOS DE VOZ RELACIONADOS AO TRABALHO-EXPERIÊNCIA DO CEREST REGIONAL DE MAUÁ.

Angela Lucia Damo Chiquetto, Estela Douvletis
1 Prefeitura Municipal de Mauá - Prefeitura Municipal de Mauá

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em abril de 2017, os CERESTs do Estado de São Paulo foram convidados pelo DVST-CEREST Estadual para participar do Projeto Piloto "Linha de Cuidado em Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho- DVRT - Conhecer para Proteger", que foi organizado em cinco fases: identificação da população alvo, estruturação dos serviços, procedimentos de diagnósticos, propostas de intervenção e monitoramento da linha de cuidado. O CEREST Mauá, atendendo a primeira fase do projeto, organizou uma estratégia de busca ativa desse agravo junto à categoria de professores e profissionais afins, de sua região de abrangência. Prazo para finalizar a 1ª fase do projeto: Agosto/ 2017.

OBJETIVOS

Identificação do agravo DVRT na população alvo e notificação no sistema de informação-FORMSUS.

METODOLOGIA

1. Organização de Oficina junto aos sindicatos de professores da rede privada e pública, representantes do SESMT da Prefeitura de Mauá, representante da Diretoria de Ensino de Mauá, representante da Secretaria Municipal de Educação de Mauá, representante do Serviço de Regulação de Mauá e Vigilâncias de Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra, objetivando a apresentação do projeto, justificativa e discussão de estratégia para identificar população alvo (professores). 2. Criação e distribuição material informativo para a identificação da população alvo. 3. Apresentação do Projeto junto ao serviço Audiologia e Otorrinolaringologia do Centro de Especialidades (CEMMA); 4. Apresentação do Projeto à Diretoria de Ensino de Mauá. Foram encaminhados à todas as escolas estaduais de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra, material informativo sobre a proposta e impresso à ser preenchido pelos professores que apresentassem algum Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho. O material foi entregue através da Diretoria de Ensino de Mauá para 104 escolas da região, sendo 63 de Mauá, 30 de Ribeirão Pires e 11 de Rio Grande da Serra. 5. Apresentação da Proposta junto à Vigilância em Saúde e Secretaria Municipal de Educação de Ribeirão Pires e também aos diretores das escolas municipais de Mauá. 6. Contato telefônico junto aos trabalhadores que se auto identificaram com DVRT com o objetivo de coletar informações e se elegível à notificação, proceder a alimentação no sistema FORMSUS. 7. Identificação dos serviços da rede de saúde pública, na região de abrangência, que atendam essa demanda específica.

RESULTADOS

Alcançamos a adesão de 55 escolas (32 de Mauá, 16 de Ribeirão Pires e 07 de Rio Grande da Serra). Cidades Nº total de escolas estaduais Escolas participantes % MAUA 63 32 50% RIBEIRÃO PIRES 30 16 50% RIO GRDE SERRA 11 07 64% Das escolas que aderiram à primeira fase do projeto: 15 escolas não identificaram professores com DVRT e nas outras 40 escolas foram identificados 207 professores que referiram algum distúrbio de voz relacionado à sua prática ocupacional. Do total de 207 professores conseguimos notificar 30 professores até o prazo máximo da primeira fase do projeto (agosto/2017). Segundo o relatório encaminhado pelo DVST em 18 de agosto de 2017, Mauá foi o município que mais notificou esse agravo - 42% do total de todas as notificações de DVRT no Estado de São Paulo. Fonte: Relatório CVS- DVST-CEREST/SP–agosto 2017. Constatamos que não existe nenhum serviço público de saúde organizado para atendimento específico aos trabalhadores com DVRT, na área de abrangência do CEREST Mauá.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia adotada pelo CEREST permitiu ampliar vínculos dentro da Vigilância de Ribeirão Pires e Secretarias Municipais e Estaduais de Educação. Possibilitou também disseminar o olhar para a identificação de DVRT junto aos especialistas da área de voz- CEMMA (Centro de Especialidades) e Regulação. Os dados coletados junto à classe de professores e profissionais afins estão sendo organizados. Após esse processo os dados serão avaliados pela equipe técnica do CEREST e outros serviços afins, objetivando a construção de propostas de ações preventivas e de cuidado aos DVRT nos serviços públicos de saúde das cidades de abrangência do CEREST Mauá. Aguardamos orientação do DVST/CEREST Estadual de São Paulo quanto ao seguimento deste projeto.

Vigilância em Saúde

IMPLANTAÇÃO DA APLICAÇÃO DO PALIVIZUMABE EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS UMA EXPERIÊNCIA BEM-SUCEDIDA DO HOSPITAL AO PROJETO CASULO

Maria Cristina Martins Alvarenga
1 Prefeitura Municipal de São José dos Campos - Prefeitura Municipal de São José dos Campos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Palivizumabe (SYNAGYS) é um anticorpo monoclonal humanizado-IgG1, indicado para os casos graves de infecções das vias respiratórias em lactentes, como bronquiolite e pneumonia causadas pelo vírus sincicial respiratório (VSR). Critérios de indicação para o uso de palivizumabe: ser menor de um ano de idade e ter nascido prematuro com idade gestacional menor ou igual há 28 semanas, ser menor de dois anos portador de doença pulmonar crônica da prematuridade, ser menor de dois anos com cardiopatia congênita cianótica e ser menor de dois anos com cardiopatia e hipertensão pulmonar grave ou em tratamento para insuficiência cardíaca congestiva (ICC). O Palivizumabe está disponível no estado de São Paulo desde o ano de 2008, e para o Vale do Paraíba, desde 2014, o polo de referência para aplicação do produto era o município de Taubaté, e as aplicações eram restritas as crianças após alta hospitalar. Diante do cenário apresentado, existiam muitas dificuldades em relação ao deslocamento, custos, riscos no transporte, instabilidade hemodinâmica de crianças com doenças cardíacas e respiratórias, assiduidade, entre outras. Em 2016, teve início a aplicação do palivizumabe no Hospital Municipal para crianças internadas, e após alta davam continuidade no polo de Taubaté. Em 2017 criamos um polo de aplicação no Projeto Casulo em São José dos Campos para otimizar as aplicações em seus munícipes e de regiões vizinhas. A escolha pelo Projeto Casulo se deu sua localização central e atividades desenvolvidas, tais como assistência à gestante no pré-natal e ao recém-nascido de risco.

OBJETIVOS

Diminuir a morbi-mortalidade em crianças até 2 anos, pelo risco de contrair o Virus Sincicial Respiratório (VSR); facilitar o acesso dos prematuros ao palivizumabe dentro da unidade hospitalar no período da sazonalidade; garantir a continuidade do tratamento, evitando riscos de futuras internações; otimizar doses e reduzir custos, facilitando o acesso das mães evitando grandes deslocamentos.

METODOLOGIA

Em 2016 iniciou-se a aplicação do palivizumabe no Hospital Municipal, para os recém-nascidos com os critérios acima citados, que ficavam internados na UTI neonatal. Foram realizadas reuniões no hospital com participação dos responsáveis: da Vigilância Epidemiológica do GVE XXVII, da Vigilância Epidemiológica Central do município, do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Municipal, Responsáveis e Equipe da UTI Neonatal e da Diretoria do Hospital. Foi realizado um treinamento téorico e prático pela Responsável Técnica pela Imunização do município e do GVE com o laboratório Abbvie, no Hospital Municipal com as enfermeiras da UTI

Neonatal e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, para apresentação do produto, posologia, vias de aplicação, eventos adversos, armazenamento e conservação. Neste treinamento foi discutido o fluxo intra e extra-hospitalar de aplicação da palivizumabe. Após um ano, deu início as discussões para implantação do Polo no Município de São José dos Campos. Ficou definido que as aplicações seriam feitas no Projeto Casulo, por sua localização e infraestrutura para o atendimento do recém-nascido de risco. Foram realizadas reuniões no Projeto Casulo com participações: da Vigilância Epidemiológica do GVE XXVII, da Vigilância Epidemiológica Central do município, da Diretora do Departamento de Assistência Secundária da SMS e enfermeira gerente do Projeto Casulo. O mesmo treinamento realizado no Hospital Municipal foi novamente realizado pela responsável técnica pela imunização do município e do GVE, com o laboratório Abbvie, no Projeto Casulo com equipe de enfermagem responsáveis pela aplicação.

RESULTADOS

Nos anos de 2015 e 2016, 146 crianças precisaram se deslocar de São José dos Campos para Taubaté, percorrendo aproximadamente 100 km entre ida e volta, se expondo a riscos que vão desde probabilidade de acidente na rodovia, até graves danos a saúde, uma vez que crianças dependentes de assistência ventilatória e com algum tipo de instabilidade hemodinâmica também eram encaminhadas para recebimento do imunobiológico. Havia muitas solicitações por parte dos profissionais de saúde e dos pais para que o palivizumabe pudesse ser realizado em São José dos Campos. No Projeto Casulo observa-se uma maior adesão por parte da população, tal fato se dá pela localização estratégica do prédio, que situa-se na região central de São José dos Campos. A aplicação é feita com horário marcado após contato telefônico pela equipe do casulo, crianças que por ventura não puderem receber o palivizumabe na data agendada, são posteriormente convocadas. O Palivizumabe é aplicado no mesmo dia no Hospital Municipal e no Projeto Casulo, para que não ocorra o desperdício das doses, e as crianças tenham imunidade conferida com o intervalo entre as doses rigorosamente com 30 dias. Mesmo com baixo risco de eventos adversos, contamos com a presença de um pediatra nos dias de aplicação para segurança dos pacientes. Há integração Hospital Municipal e do Projeto Casulo, uma vez que as crianças imunizadas previamente no hospital são encaminhadas para as doses subsequentes no Projeto Casulo e vice-versa casa alguma criança domiciliada necessite de internação, as doses são recebidas no ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do polo de aplicação do palivizumabe em São José dos Campos facilitou o acesso para que as crianças fossem imunizadas com segurança, evitando grandes deslocamentos, riscos com a saúde e no transporte e diminuindo prejuízos financeiros e gastos públicos. O polo instalado na cidade, proporcionou que mais médicos conhecessem o imunobiológico e os prescrevessem para as crianças com indicação. Acredita-se que a utilização do Palivizumabe foi mais difundida em São José dos Campos e com melhor acesso para aplicação do mesmo, diminua o número de internações causadas por infecções respiratórias. A experiência nos proporcionou a possibilidade de ampliação do projeto para outros hospitais da região.

Vigilância em Saúde

IMPLANTAÇÃO DE UM PAINEL DAS AÇÕES DE CONTROLE VETORIAL (BINGO) REALIZADAS PELOS AGENTES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA

Elaine Batista Madrid
1 Prefeitura Municipal de Votuporanga - Prefeitura Municipal de Votuporanga

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê ações de Vigilância em Saúde sob a responsabilidade das equipes de Atenção Básica-AB ressaltando o importante e necessário papel dos profissionais para realização do cuidado integral aos cidadãos. Com isso, sabe-se que as equipes de AB já desenvolvem atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares, ações educativas individuais e coletivas, consultas, entre outras. Tendo em vista o aumento de casos das doenças dengue, chikungunya e zika, e em face das sérias complicações que essas epidemias causam à população, o Ministério da Saúde fortaleceu estratégias que contribuem com uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle na rede assistencial. Um importante foco da ação é o combate ao mosquito transmissor Aedes aegypti, e grande parte das ações encontram-se no âmbito da Atenção Básica. A Portaria 2. 121-18/12/2015 reforça a necessidade das equipes concentrarem esforços nas ações voltadas ao controle e redução dos riscos epidemiológicos e ambientais em saúde, tais como: planejar as ações de controle vetorial em conjunto com a equipe de vigilância; realizar atividades de educação e mobilização com a comunidade; realizar intervenções integradas à equipe de vigilância e notificar os casos identificados. Destaca se o registro das ações desenvolvidas, fundamental para o monitoramento e avaliação, possibilitando aos gestores condições de adotar de forma ágil medidas de controle das doenças. O município de Votuporanga conta com 20 equipes de Agentes Comunitários de Saúde-ACS e Agentes de Controle Endemias-ACE, integradas e distribuídas em onze Estratégias de Saúde da Família-ESF, 1 Programa de Agentes Comunitários-PACS e 1 Policlínica-Unidade mista. As informações do trabalho ambiental dos agentes de saúde são registradas em boletins de atividade de vigilância e controle da SUCEN que são encaminhados ao Setor de Controle de Endemias e Zoonoses– SECEZ para digitação e para conhecimento da equipe das quadras trabalhadas utilizavam uma planilha que ficava na mesa da sala dos agentes. Existia uma grande dificuldade para acessar essa planilha, já que ficava solta na mesa ou de posse do agente e até mesmo às vezes desaparecia, e quando alguém precisava das informações, tinha que entrar em contato com os agentes para localizar essa planilha ou com o digitador dos boletins encaminhados para a SECEZ. Nesse contexto e tentando facilitar o repasse e a transparência dessas informações, uma enfermeira da gestão de saúde do município, implantou em uma unidade de saúde como experiência piloto, um sistema de registro das ações de controle vetorial desenvolvidas pelos agentes de saúde através de um painel intitulado PAINEL DAS AÇÕES DE CONTROLE VETORIAL, afixado na parede na sala dos agentes, possibilitando que todos visualizem o trabalho realizado no dia a dia e agilizem a organização dos bloqueios dos casos suspeitos das arboviroses. Carinhosamente esse painel ganhou o codinome de "BINGO" pelos próprios agentes de saúde. As informações contidas no painel consistem em o número da quadra em destaque, número de edificações existentes, a data, o(s) nome(s) do(s) agente(s) e a porcentagem de pendências.

Após esgotar as tentativas de trabalhar as edificações pendentes, diariamente ao final do expediente, o agente preenche os dados a lápis das quadras fechadas de maneira que o painel fique atualizado. De forma rápida, os envolvidos podem conhecer a situação em que se encontra aquela área no que tange ao trabalho ambiental.

OBJETIVOS

• Expor fácil e rapidamente para os agentes de saúde, as informações referentes ao trabalho diário dos mesmos; • Propiciar de forma rápida que o enfermeiro e demais responsáveis possam conhecer a situação em que se encontra aquela área no que tange ao trabalho ambiental; • Facilitar e agilizar a organização dos bloqueios dos casos suspeitos das arboviroses; • Avaliar o devido processo de trabalho após trinta dias da implantação com o intuito de estender às demais unidades de saúde se aprovado pela gestora; • Implantar o Bingo em todas as unidades de saúde do município.

METODOLOGIA

Foi agendada uma oficina onde a enfermeira da gestão autora do projeto, capacitou enfermeiro, supervisor de área, gerente e agentes de saúde da unidade para discutirem a proposta e em conjunto confeccionarem o painel. De posse do mapa da área abrangente da unidade de saúde e utilizando uma folha de papel tipo cartolina medindo 1, 50 x 0, 80 cm, a quadricularam de acordo com o número de quadras existentes na área. Cada quadrado foi subdividido de forma que acomodassem as informações necessárias: o número da quadra escrito a tinta em destaque, número de edificações existentes, a data, o nome do agente e a porcentagem de pendências, estes dados escritos a lápis para serem atualizados. Ao término da confecção, o painel foi afixado em parede da sala dos agentes bem visível e numa altura acessível a todos para que, conforme mencionado, os dados sejam atualizados no dia a dia.

RESULTADOS

Com a supervisão do enfermeiro da unidade, após um mês utilizando o painel, a equipe se reuniu para avaliar os resultados que mostraram satisfatórios atingindo os objetivos propostos. O método inovador trouxe facilidade e transparência ao processo de trabalho ambiental dos agentes de saúde. Os resultados foram apresentados à gestora de saúde e a autora recebeu autorização da mesma para implantar o Painel em todas as unidades de saúde do município. Atualmente o "BINGO" atingiu 100% das unidades e os agentes de saúde aderiram ao novo processo de trabalho com sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa experiência vem se mostrando exitosa desde sua implantação, pois atinge os objetivos propostos, traz transparência ao processo de trabalho dos agentes de saúde do município e facilita aos envolvidos, condições de adotar de forma ágil medidas de controle das doenças.

Vigilância em Saúde

IMPLANTAÇÃO DO GRUPO TÉCNICO PARA SÍFILIS

Fabiana Marinho de Macedo Vieira, Kelli Cristina Del Ré, Claúdia Helena Walendy
1 Prefeitura Municipal de Mauá - Prefeitura Municipal de Mauá

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Comissão de Transmissão Vertical de Sífilis iniciou no segundo semestre de 2014, em concordância com o Plano de Erradicação da Sífilis Congênita no Brasil, visando nortear as ações necessárias na tentativa de melhorar a qualidade da assistência no pré-natal e diminuir os indicadores de sífilis e consequentemente a transmissão vertical, deparamos com indicadores muito maior que recomendado pelo Estado e taxas de incidência de sífilis congênita em crescimento ascendente, passando de 4, 17/ 1000 Nascidos Vivos (NV) 2015 para 6, 80 /1000 NV em 2016, crianças sem acompanhamento de seguimento, a comissão precisava estar mais próximas dos serviços e desenvolver estratégias concretas para mudar esse cenário. O Grupo técnico conta com representantes dos equipamentos de Saúde. Houveram reuniões para o início e para nomeação dos membros: da coordenação da atenção básica e representantes dos hospitais, aonde foram nomeado representantes das 23 unidades sendo um enfermeiro e um Auxiliar /técnico de enfermagem, representante do Centro de Referencia a Saúde, Consultório de Rua e dos hospitais do município sendo 4. Os membros tem um papel de interlocutor da sua unidade de serviço com a vigilância epidemiológica. O GT tem como missão promover uma educação permanente através das discussões de casos, definição fluxos na rede, esclarecer duvida e trabalhando próximo das equipes da ponta.

OBJETIVOS

Garantir o aprimoramento dos profissionais responsáveis pelo atendimento às gestantes, parceiros e recém-nascidos, na rede de saúde de forma integrada e padronizada.

METODOLOGIA

Foram realizados 1 encontro que aconteceu em fevereiro, onde a proposta do GT e os dados epidemiológicos foram apresentados, levantamento dos prontuários das crianças com diagnostico de sífilis congênita, e realizada a dinâmica: " O que estou fazendo na minha unidade", com as seguintes questões : Gestante e parceiro Quando o resultado do teste rápido é reagente como/quando acontece a 1ª coleta de VDRL ? O que faço com parceiro? Qual a conduta em relação ao parceiro da gestante? Dosagem da penicilina benzatina, como estão fazendo? Qual a dose prescrita? Testes rápidos de sífilis, quando é indicado? Quando está sendo realizado? Quando considero tratamento adequado na gestante e não gestantes? Congênita Como está o segmento das crianças com relação aos encaminhamentos de especialistas? Acompanhamento quando suspendo VDRL? Ficha de Acompanhamento "Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce" está sendo utilizada? Ficha de Seguimento de Sífilis Congênita está sendo utilizada? Como encerro o caso de sífilis congênita? Criança sem resumo de alta o que fazer na primeira consulta, sabendo que a mãe foi tratada para Sífilis. Uso

a sala de vacina como alternativa de buscar essa criança? A Comissão realizou a leitura da atividade feita do GT e identificamos que era necessário além dos indicadores clássicos, a criação para acompanharmos o seguimento das crianças e tratamentos, definirmos como meta complementares: 70% das crianças deveriam ter seguimento realizado, 90% dos casos de gestantes e recém- nascidos tratados com penicilina, 70% das crianças terem consultas com os especialistas oftalmologista, neurologista e avaliação audiológica, 70% dos casos de sífilis congênita encerrados com 18 meses. Neste mesmo encontro elaboramos um impresso Ficha de Seguimento de Sífilis Congênita para acompanhar o seguimento para sífilis congênita, essa ficha foi criada no intuito de aperfeiçoar a coleta de dados e facilitar para a equipe multiprofissional como está o seguimento da criança, No GT apresentamos a Ficha que foi aprovada com boa aceitação das equipes iniciamos a investigação das crianças, nesse encontro criamos um grupo no aplicativo para atualização dos dados e tirar possíveis duvida como referencia estão enfermeiras da vigilância epidemiológica e CRS. Houve a capacitação para médicos da atenção básica, consultórios de ginecologia/obstetrícia e maternidades "CAPACITAÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTE e SÍFILIS CONGÊNITA", com ênfase no diagnóstico, tratamento e seguimento na Atenção Básica do Município de Mauá, as aulas foram ministrada pelos médicos infectologista do CRS e Enfermeiras da vigilância epidemiológica, nos meses de Agosto e Setembro de 2017, totalizando 10 encontros com carga horário de 3 horas. O protocolo foi elaborado através de 5 oficinas com enfermeiros da atenção básica representando os 5 territórios e os 4 hospitais e CRS, terá como ponto importante o enfermeiro sendo prescritor do tratamento de sífilis está em fase de implantação.

RESULTADOS

No ano 2017 houve 5 encontros com representatividade de 91% unidades da atenção básica e 75% dos hospitais, nos 3 encontros com o Grupo técnico com discussão de caso e conhecendo a realidade de cada serviço de saúde, a comissão identificou a necessidade de uma capacitação para equipe medica e elaboração de protocolo municipal. A capacitação foi realizada em 10 encontros com adesão, presença de 75 médicos, sendo 75% dos inscritos. Resultados dos últimos anos: 2015 20% das crianças com sífilis congênita realizaram o seguimento, 2016 88% e 2017 71% dados parciais em fechamento tendo em vista que o encerramento acontece com 18 meses. 100% das gestantes e recém-nascidos foram tratados com penicilina, considerado padrão ouro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O GT foi uma estratégia positiva aonde os profissionais se apropriaram dos dados epidemiológicos a partir do primeiro encontro se sensibilização para fazer um diagnostico precoce e garantir que o protocolo estadual seja cumprido tendo assim uma assistência segura e de qualidade. Com essa estratégia e com maior sensibilidade dos profissionais houve um aumento ascendente dos casos notificados. E serão desenvolvidas ações futuras com o intuito de aprimorar as boas práticas e incentivo da qualidade de atendimento, identificações dos casos e tratamento adequado.

Vigilância em Saúde

IMPORTÂNCIA DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTROLE DA POPULAÇÃO DE ESCORPIÕES, DAS ESPÉCIES TITYUS SERRULATUS E TITYUS BAHIENSES NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA PAULISTA

Marcelo Pouso Coutinho, Rodrigo Bueno
1 Prefeitura Municipal de Bragança Paulista - Prefeitura Municipal de Bragança Paulista

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O município de Bragança apresenta 87. 1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 71. 2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 56. 5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Nesse contexto de crescente urbanização, o controle de escorpiões apresenta elevada importância epidemiológica, uma vez que esses artrópodes encontram ambientes favoráveis para abrigo e proliferação. Em relação a esse ambiente propício ao aparecimento de escorpiões em Bragança Paulista, verifica-se um crescimento das notificações relacionadas ao encontro desses artrópodes nos últimos três anos. No ano de 2016, a Divisão de Vigilância em Saúde (DIVISA) registrou 30 notificações, realizada por munícipes. Já em referência a 2017, observou-se a notificação do aparecimento de 98 escorpiões. Ademais, até o dia 14 de março de 2018 foram notificadas a presença de 40 ocorrências de escorpiões nas residências do município. No que tange ao registro de acidentes escorpiônicos, a DIVISA constatou o registro de 93, 93 e 15 acidentes com escorpiões em 2016, 2017 e até 14 de março de 2018 respectivamente. Nesse âmbito, cabe esclarecer que o êxodo rural e a consequente urbanização são considerados fatores fundamentais no aumento do número de acidentes relacionados com esses artrópodes. Cabe ainda salientar que desses acidentes registrados, nos anos de 2016, 2017 e nos três primeiros meses 2018, 76, 7% foram registrados na zona urbana e 23, 3% na zona rural do município.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivos centrais apresentar a implantação das ações do programa de controle de escorpiões realizado no município de Bragança Paulista, bem como demonstrar a importância que essas ações de vigilância em saúde possuem no enfrentamento ao crescente aparecimento das espécies Tityus serrulatus (escorpião amarelo) e Tityus bahienses (escorpião marrom) nos mais diversos ambientes na zona urbana e na zona rural.

METODOLOGIA

O programa de controle de escorpião de Bragança Paulista contempla o treinamento e a capacitação, por meio de palestras teóricas e execução de ações práticas do manejo de escorpiões, promovidas por técnicos especialistas e técnicos da DIVISA, da equipe de controle de endemias a fim de promover um maior acesso à população de informações relacionadas à execução de ações preventivas relacionadas ao aparecimento dos escorpiões na área urbana e rural. Esse programa prevê a inclusão das informações relativas aos escorpiões na rotina dos

agentes de controle de endemias, Essa inclusão garante uma maior cobertura geográfica e consequentemente um maior número de cidadãos informados sobre a prevenção do aparecimento e dos acidentes escorpiônicos. Não só nas residências, mas também as escolas de ensino básico, fundamental e médio do município são alvos das ações de educação sanitária para o enfrentamento do escorpionismo, por meio da realização de palestras, teatros e oficinas. Nessa perspectiva, verificou-se a importância de informar, por meio dos agentes de controle de endemias, folhetos educativos, redes sociais e imprensa, sobre ações de conscientização da população sobre a execução de ações preventivas, como evitar problemas básicos de infraestrutura, como paredes não rebocadas com rachaduras, que favorecem o abrigo desses artrópodes, colocação de telas milimétricas nas janelas e protetores sob as portas, manejo adequado do lixo doméstico, limpeza de terrenos baldios e destinação correta de resíduos da construção civil. No que se refere à retirada de materiais inservíveis, foi implementado, concomitantemente com a execução das atividades de educação sanitária, o subprograma denominado "Arrastão de Limpeza". Esse subprograma consiste na retirada de materiais inservíveis nos bairros do município, aos sábados, dos meses de março, abril, maio, junho e julho, bem como setembro, outubro e novembro, por meio de servidores municipais ligados a Secretaria Municipal de Serviços e visa à eliminação de possíveis abrigos desses artrópodes. A equipe da DIVISA, após o estudo das características dos locais dos acidentes e do mapeamento da ocorrência dos escorpiões, estabeleceu pontos de busca ativa e coleta desses artrópodes. Essa captura é realizada, pelos agentes de controle de endemias, previamente capacitados, em conjunto com técnicos da DIVISA, no período noturno. Em relação ao manejo dos escorpiões capturados, verifica-se que após a captura os animais são acondicionados em caixas de transporte e remetidos as dependências da DIVISA. Nessa instalação, os escorpiões são encaminhados ao viveiro, que é constituído de um aquário, com pedras, madeira e outros materiais para enriquecimento ambiental. Ademais, esses escorpiões são enviados ao Instituto Butantã para o incremento da produção de soro antiescorpiônico.

RESULTADOS

Evidenciou-se, com o incremento das visitas realizadas pelos agentes de endemias, e com a coleta de dados no momento da entrevista, que houve o aumento da identificação das espécies de escorpiões implicadas nos acidentes escorpiônicos em Bragança Paulista. Nesse âmbito, observou-se que, nos anos de 2016, 2017 e até 14 de março de 2018, das 168 ocorrências de escorpiões relatadas nas residências 9 escorpiões pertenciam a espécie Tityus bahiensis (5, 34%) e 159 (94, 6%) a espécie Tityus serrulatus. Essa identificação é de suma importância para as ações de combate aos escorpiões, pois propicia o conhecimento dos hábitos alimentares e reprodutivos atinentes a cada espécie orientando os estudos epidemiológicos e a execução das atividades de busca ativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, com a efetiva aplicação multidisciplinar do Programa de Controle de Escorpiões no Município de Bragança Paulista, espera-se que haja uma diminuição nas ocorrências de escorpiões nos domicílios e consequentemente uma redução significativa dos acidentes escorpiônicos com melhoria continua da proteção à saúde pública.

Vigilância em Saúde

INTENSIFICAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA: COMBINAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DA DOENÇA NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA - SP

Thaís Marquês López Rivera
1 Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha - Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Até o início do ano de 2017, a vacinação contra a Febre Amarela era realizada em extensa região do país, em mais de 20 estados brasileiros. No estado de São Paulo, predominantemente nas regiões noroeste e sudoeste. No primeiro semestre de 2017, verificou-se a circulação do vírus da febre amarela em uma região sem indicação da vacina contra a doença, no estado, a regional de Campinas, GVE XVII. No mês de julho de 2017, foi realizada para o município e os demais da regional de Franco da Rocha, pelo CVE e GVE IX, uma proposta inovadora de caráter preventivo, a realização de um projeto de intensificação da vacinação no município, visto a ausência de casos da doença nessa região, em primatas ou humanos, considerando estudos de deslocamento do vírus e características desse deslocamento associado a existência de corredores ecológicos e funcionais: rios e matas, essenciais para a circulação e propagação da doença. Essas análises previam a chegada do vírus no município de Franco da Rocha em meados do mês de outubro/17. Em decorrência da situação apresentada surgiu a necessidade da elaboração e execução de projeto para a intensificação de vacinação contra a febre amarela no município.

OBJETIVOS

Os objetivos da elaboração e execução de projeto foram: estudo, avaliação do território municipal e suas particularidades relacionadas ao agravo, identificação das áreas prioritárias, definição de cronograma das ações de vacinação e estratégias de acesso; capacitação dos profissionais de saúde; divulgação do projeto a população; monitoramento das ações, da cobertura vacinal, das epizootias e casos humanos da doença.

METODOLOGIA

Local: Município de Franco da Rocha - SP. Público-alvo: Residentes das áreas rurais e periurbanas do município. Duração: 06 meses Ações: 1. Reuniões nos dias 07, 14, 21 e 28 de julho, no GVE IX – Franco da Rocha, no município, com a presença do CVE, SUCEN, representantes da vigilância epidemiológica e do meio ambiente do município e demais representantes dos municípios da região. 2. Realização de estudo, com base nos mapas da divisão de Meio Ambiente municipal, Google Maps, Google Earth, SIPNI e dados censitários do IBGE, por especialistas do município, das áreas de Epidemiologia e Meio Ambiente, das áreas rurais, da hidrografia, das matas pertencentes ao território, dos corredores ecológicos estruturais e funcionais e da cobertura vacinal da febre amarela até julho/17. 3. Avaliação dos dados e análises, com identificação de duas áreas prioritárias para desenvolvimento de estratégias. As áreas prioritárias foram

denominadas: Oeste, compreendendo a área da Serra dos Cristais, Sete Voltas, Jardim Bandeirantes, Jardim Luciana, Colinas, Aldeia Ivoturucaia, Montreal e Portal das Alamedas; e área Leste, compreendendo os bairros Mato Dentro, Vargem Grande, Monte Verde, Lago Azul, Palmares, Green Valley e Parque São Luiz. 4. Definição de cronograma: início das ações de vacinação em 05/08/2017 pela área Oeste, durante 02 meses com projeção de aplicação de 40. 000 doses. Para a área Leste e área secundária estimou-se o início para a primeira semana do mês de outubro/17, com estimativa de aplicação de 60. 000 doses no período de 02 meses 5. Realização de treinamento e capacitação de 50 profissionais de saúde acerca da administração da vacina, suas especificidades e sobre utilização de instrumento de triagem para identificação dos riscos e contraindicações, em 03/08/2017. Treinamento ministrado pela equipe de enfermagem da Vigilância Epidemiológica municipal. 6. Em reuniões com o setor de comunicação e imprensa do município foi construído um plano de divulgação do projeto: criação de arte, divulgação de notícias, matérias e do cronograma das ações semanalmente no site, redes sociais da prefeitura e jornais da região; confecção de banners, outdoors, busdoor e áudio para veiculação das atividades. 7. Durante a intensificação de vacinação contra a Febre Amarela foram monitoradas: doses aplicadas, ocorrência de epizootias e notificações da doença em humanos diariamente, através de estabelecimento de rotina de plantões na Vigilância Epidemiológica, inclusive aos finais de semana.

RESULTADOS

Foram aplicadas na Área Oeste 44. 959 doses da vacina, de agosto/17 a outubro/17, nesta área houve predominância da estratégia "casa a casa" e vacinação em empresas do distrito industrial. A meta foi alcançada na primeira quinzena de outubro. Na Área Leste, de outubro/17 a dezembro/17, foram aplicadas 52. 149 doses da vacina. Nesta área utilizou-se as estratégias, "casa a casa" e alocação de equipes em pontos estratégicos, tais como escolas, UBS, terminais rodoviários e empresas. A meta foi alcançada na primeira quinzena de janeiro/18, totalizando 61. 149 doses nesta região. Compuseram as equipes executoras 92 pessoas, distribuídas nas funções de vacinadores, anotadores, apoio e motoristas. No mês de dezembro foi registrada a primeira epizootia, em primata não humano, positiva para febre amarela, no bairro Mato Dentro. No mês de janeiro/18 foram registrados os primeiros casos humanos positivos para a doença, no município. Até o mês de março/18 foram registrados 05 casos autóctones em residentes, evoluindo com 02 curas e 03 óbitos. Durante as investigações dos casos identificou-se que 100% dos casos positivos haviam recusado a aplicação da vacina e residiam nas áreas demarcadas do projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho preventivo de vacinação associado a priorização das áreas de risco e a utilização de estratégias diversificadas possibilitaram uma cobertura vacinal da febre amarela de aproximadamente 95% nas áreas de risco identificadas no projeto o que contribuiu fundamentalmente para o baixo número de casos em humanos no município. O município de Franco da Rocha – SP alcançou até a primeira quinzena do mês de março 94% de cobertura vacinal para a Febre Amarela, da sua população que é de 149. 502 habitantes.

Vigilância em Saúde

INTENSIFICAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA FEBRE AMARELA NO MUNICÍPIO DE SANTANA DE PARNAÍBA

Jose Carlos Misorelli, Claudia Vasco de Paula Misorelli, Suelene Machado Santana, Alexandre Graça Marques, Juliana Mascara Garcia, Tathiana Vieira Pojar
1 Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba - Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Introdução e Justificativa: Com o aumento crescente dos casos de epizootias em primatas não humanos (macacos doentes e/ou mortos) nas regiões que fazem divisa com o Município de Santana de Parnaíba, o CVE (Centro de Vigilância Epidemiológica) recomendou ações para antecipar a resposta e prevenir a ocorrência da doença em humanos. Diante do aumento e confirmação de novas epizootias em alguns municípios da Rota dos Bandeirantes, considerando ainda, a vulnerabilidade, localização do município e a probabilidade do mosquito atingir a região num prazo de até 40 dias, iniciamos a vacinação em massa da nossa população. Os trabalhos foram divididos em 3 etapas: 1ª Etapa - focada nos corredores ecológicos 2ª Etapa - ampliação para cobertura municipal 3ª Etapa - análise das etapas anteriores e definições de estratégias

OBJETIVOS

Objetivo: Alcançar a meta preconizada pelo Ministério da Saúde, imunizando 95% da população local.

METODOLOGIA

Metodologia A primeira Etapa, foi realizada nas Unidades com área de abrangência do corredor ecológico, conforme recomendação do CVE, para residentes e pessoas que frequentavam e ou trabalhavam nessas áreas. As unidades vacinaram no seu período de funcionamento, das 7 às 17 horas, além disso, organizamos dois dias "D", aos sábados, utilizando-se da dose plena da vacina contra febre amarela. Na segunda Etapa, houve a ampliação da cobertura vacinal para todo o município, seguindo as mesmas recomendações, sendo o público alvo moradores e pessoas que frequentavam ou trabalhavam no município. Com isso, todas as nossas UBS estavam vacinando contra a febre amarela no seu horário de funcionamento, das 7 às 17 horas. Também foi organizado mais um dia "D" (no sábado), utilizando-se da dose plena. Na terceira Etapa, mediante a análise dos dados, foi planejado estratégias para aumentar a cobertura vacinal do município, uma vez que percebemos que a grande maioria das pessoas, que procuravam as nossas unidades, eram moradores de outros municípios. Logo, com o intuito de imunizarmos nossa população, como recomendado pelo CVE, e considerando o horário laboral das pessoas, foi definido 70 postos volantes noturnos, das 18:30 às 21:30h, nos locais onde nossa estimativa de cobertura vacinal estavam baixas. Essas ações foram planejadas e definidas em quatro dias, com a duração de 14 dias, e para que isso acontecesse, contamos com o apoio do Sr. Prefeito, Sr. Secretário da Saúde e demais secretarias, além do GVE (Grupo Regional de

Vigilância Epidemiológica) e de toda a equipe multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde. Tivemos, durante esse período, cerca de 1. 000 profissionais envolvidos (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Administrativos, Motoristas, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Médicos, entre outros).

RESULTADOS

Resultado O município de Santana de Parnaíba realizou um total de 144. 562 doses da vacina contra a Febre Amarela, dados computados até dia 27/02/18. Sendo a meta preconizada pelo Ministério da Saúde, em 95%, e considerando as pessoas que não puderam ser vacinadas, devido as contra-indicações da vacina, o município conseguiu vacinar 114, 2% do quantitativo de sua população. Na primeira etapa vacinamos 82. 512 pessoas, atingindo, assim, a meta estimada para aquelas áreas. Já na segunda etapa vacinamos 25. 384 pessoas, totalizando 107. 896 doses aplicadas. Após análise dos dados por população pertencentes na área de abrangência das UBS, verificou-se, em algumas unidades, a baixa cobertura vacinal, com isso organizamos ações noturnas, focadas, para aumentar essas coberturas. Nesse período de vacinação noturna, vacinamos um total de 16. 496 pessoas. E em paralelo todas as nossas UBS continuavam vacinando as pessoas, mediante a senha. O gráfico abaixo nos mostra nossa cobertura vacinal, atualizada no dia 27/02/18, por UBS: Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal, dados atualizados dia 27/02/18.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais A análise das ações realizadas mostrou que a estratégia estabelecida foi eficaz, conseguindo com isso focar as ações e consequentemente aumentar a cobertura vacinal nas áreas que estavam baixas. Vale a pena ressaltar que o apoio e o envolvimento dos administradores municipais (Prefeito e Secretário da Saúde), além do trabalho em equipe de toda a secretaria da saúde, fez muita diferença, pois a vigilância epidemiológica, sozinha, não conseguiria atingir esses resultados.

Vigilância em Saúde

INVESTIGAÇÃO DE FOCO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA NOS MUNICÍPIOS DE BARUERI, ITAPEVI E JANDIRA – REGIÃO DA ROTA DOS BANDEIRANTES

Ana Claudia de Oliveira
1 Prefeitura Municipal de Jandira - Prefeitura Municipal de Jandira

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença parasitaria causada por protozoários do gênero Leishmania e no Brasil pela espécie Leishmania (Leishmania) infantum (Syn = Leishmania chagasi), sendo transmitida pela picada de flebotomineos, cuja espécie de maior importância epidemiológica é a Lutzomyia longipalpis (Correa et all, 2010). Esta parasitose pode afetar os seres humanos, animais domésticos e silvestres. A doença em seres humanos tem caráter crônico e sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia e anemia, entre outras manifestações. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. No cão, principal reservatório e fonte de infecção no meio urbano, a doença caracteriza-se por febre irregular, apatia, emagrecimento, descamação furfurácea e úlceras na pela em geral, no focinho, nas orelhas e extremidades-, conjuntivite, paresia do trem posterior, fezes sanguinolentas e crescimento exagerado das unhas. A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente que no homem (BRASIL, 2016). No Brasil, a Leishmaniose visceral constitui-se em um grave problema de saúde pública devido a sua ampla distribuição geográfica, ocorrendo em todas as regiões do país, com elevado número de casos e a gravidade de suas formas clínicas (BRASIL, 2006). No estado de São Paulo até o ano de 2014 eram 132 municípios com transmissão de LV, destes 85 apresentavam transmissão humana e 47 somente transmissão canina (Rangel et al, 2015). Na grande São Paulo a transmissão canina foi detectada nos municípios de Embu das Artes e Cotia no ano 2003, mas sem o encontro do vetor L. longipalpis (Camago-Neves, 2007). No final do ano de 2015 o vetor L. longipalpis e casos caninos de LV foram confirmados no município de Caieiras (Pimont et al, 2015). Conforme diretrizes do Ministério da Saúde e Estado de São Paulo, os municípios são classificados em diferentes categorias epidemiológicas, que têm como base três critérios básicos: vulnerabilidade (proximidade ou não com municípios onde haja transmissão da doença), receptividade (presença ou não do vetor) e transmissibilidade (áreas onde há ou não transmissão da doença). Provisoriamente, municípios podem ser classificados ainda como "área em investigação". Esta categorização modifica a forma de controle e prevenção da doença, alterando as medidas a serem adotadas. Os municípios de Barueri, Itapevi e Jandira até o primeiro semestre de 2017 eram Classificados como Silenciosos, Não Receptivos e Vulneráveis para LV, mas no segundo semestre ocorrem casos suspeitos de cães autóctones com LV, o que gerou uma série de ações pelos municípios e pelo Estado de São Paulo. Município de Barueri No mês de junho de 2017, o Departamento Técnico de Controle de Zoonoses de Barueri (DTCZB) foi notificado por estabelecimento veterinário particular sobre ocorrência de caso canino suspeito no município. Após confirmação da suspeita clínica, foram coletados materiais para diagnóstico laboratorial. Foram coletadas amostras de sangue, soro e raspado de lesão de orelha. As amostras foram enviadas ao Núcleo de Parasitoses Sistêmicas do Instituto Adolfo Lutz. Os resultados mostraram-se positivos para os testes sorológicos (Teste rápido e ELISA), pesquisa

direta e reação em cadeia da polimerase (PCR). Uma vez que, segundo os proprietários, o animal nunca havia saído do município, o caso foi considerado autóctone, o que levou ao desencadeamento das ações de investigação de foco, através do inquérito sorológico canino e da pesquisa entomológica realizada pela SUCEN. O primeiro cão positivo do município vive em um condomínio residencial de casas, cercado por área de mata exuberante, com potencial para abrigar o vetor da doença. Município de Itapevi No mês de agosto ocorreu confirmação de exames sorológicos enviados ao Instituto Adolfo Lutz de dois cães de notificação espontânea denominados casos índices, por clínica veterinária particular, recebida pela Divisão de Controle de Zoonoses do Município. O relato inicial era de três animais, porém, um deles foi eutanasiado em clínica veterinária após a identificação através do teste rápido. A área investigada apresenta um alto índice de vegetação, com três ambientes favoráveis ao vetor da LVC: intraflorestal, dentro do raio de ação do flebótomo, extraflorestal, em função das densas matas no entorno dos domicílios e no próprio domicílio, que envolve o complexo processo de domesticação do flebotomíneo. Município de Jandira Em julho de 2017 foi notificado e confirmado pelo município de Ilha Bela o primeiro caso de LVC de cão residente de Jandira. Esse cão foi levado pelos seus tutores para o município de Ilha Bela e nos exames pré-operatórios para cirurgia de castração promovida pelo município a médica veterinária do serviço municipal suspeitou da doença, a qual foi confirmada pelos exames Teste Rápido, Elisa para LVC e pesquisa direta todos positivos para Leishmania spp. A região de residência (foco) deste animal situa-se na área de condomínios do município de Jandira, local que se destaca por ser uma área urbanizada fechada e de mata, com solo rico em matéria orgânica e com residências com muita área verde no entorno. A população deste condomínio é de classe média, observando-se muitas residências com mais de dois animais.

OBJETIVOS

O presente trabalho teve como objetivo realizar investigação de focos canino nos municípios de Jandira, Itapevi e Barueri, por meio da busca ativa de cães em área delimitada, por técnicas sorológicas, para identificação de animais positivos.

METODOLOGIA

Após o recebimento da notificação destes casos pelos 3 municípios foi feito contato com o Instituto Adolfo Lutz e em agosto de 2017, foi agendada reunião preparatória para início da investigação com a participação de técnicos municipais e do IAL, CVE, SUCEN e GVE-Osasco. Nesta reunião foi definido que a partir do mês de setembro de 2017 a investigação começaria pelo município de Jandira, seguido por Barueri e finalizando em Itapevi. Nesta reunião também foi definido que o IAL estaria disponibilizando para os municípios uma centrifuga para facilitar o transporte e armazenamento das amostras de sangue e a SUCEN estaria instalando armadilhas luminosas do tipo CDC, em residências previamente selecionadas, para investigar a presença de L. longipalpis na área de risco. Todo o trabalho de campo seguiu as orientações do Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana do Estado de São Paulo, 2006. Foi utilizado o Teste Imunocromatográfico (TR DPP) registro no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento No 9561/2011 (Bio-Manguinhos), como teste de triagem e o Ensaio Imunoenzimático (EIE/ELISA) registro no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

No 8968/2004 (Bio-Manguinhos), como teste confirmatório, seguindo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (Guia Vigilância em Saúde, 2016). O aspirado de linfonodo foi coletado dos animais reagentes pela sorologia e o material colocado sobre lâmina de borda fosca, distendendo-o em 2 lâminas de borda fosca, previamente identificadas. As lâminas foram coradas pelo método Panótico e a leitura realizada em microscópio óptico. A ação foi precedida por divulgação de informativo sobre a doença junto aos moradores, a fim de sensibiliza-los sobre a gravidade da doença, o papel do cão como reservatório e a importância de se realizar a pesquisa sorológica nos animais. Também através de informativo, os moradores foram avisados com antecedência sobre a data da coleta. As coletas foram realizadas em visitas domiciliares, mediante assinatura de termo de autorização por maior de idade responsável pelo animal e/ou imóvel. Na ocasião, os proprietários foram questionados sobre a origem do animal e eventuais deslocamentos para outros municípios, principalmente aqueles onde há transmissão reconhecida da doença. Município de Barueri As coletas foram realizadas durante três dias consecutivos, sempre no período da manhã. Cinco equipes compostas, cada uma, de um médico veterinário e dois auxiliares, realizaram neste período, coletas em 103 (cento e três) cães, todos domiciliados, de ambos os sexos e de diferentes idades. Município de Itapevi As coletas foram realizadas durante a semana, no período da manhã, por duas médicas veterinárias e auxiliares. O inquérito sorológico contemplou 30 residências e 101 cães. Os cães soropositivos identificados nesta etapa foram submetidos ao exame parasitológico direto realizado com material coletado através da punção de linfonodo e os animais que apresentaram teste sorológico inconclusivo foi realizada nova coleta de sangue. Município de Jandira As coletas foram realizadas durante a semana, período da manhã e tarde, por dois médicos veterinários e auxiliares. Foram coletadas 80 amostras de soro de cães de ambos os sexos, idades e raças variadas, domiciliados e semi-domiciliados neste condomínio totalizando a amostra em torno do endereço do caso índice.

RESULTADOS

Os resultados sorológicos são apresentados na Tabela 1. Quanto a pesquisa entomológica os resultados parciais são apresentados na Tabela 2. Município de Barueri Nenhuma das amostras coletadas mostrou-se positiva no teste rápido (triagem). Durante a pesquisa entomológica realizada pela SUCEN foram capturados flebotomíneos das espécies Pintomyia fischeri e Migonemyia migonei. Município de Itapevi Foram coletadas e testadas 104 amostras, 15, 3% (16/104) sendo reagentes em ambos os testes e 2 somente no teste de triagem. Município de Jandira Das 80 amostras coletadas e testadas, 5% (4/80) apresentaram resultados positivos na sorologia (DPP e EIE/ELISA). Tabela 1 – Total de amostras coletadas, resultados do inquérito sorológico e eutanásias realizadas durante a investigação para leishmaniose visceral canina nos municípios de Barueri, Itapevi e Jandira. Município Amostra Resultado Reagente Eutanásia Barueri 103 0 0 Itapevi 104 16 9 Jandira 80 4 1 Total 287 20 10 Tabela 2 – Espécies de flebotomineos encontrados até o momento na investigação entomológica nos municípios de Barueri, Itapevi e Jandira. Município Espécies de flebotomíneos Barueri Pintomyia fischeri e Migonemyia migonei Itapevi Psycodopygus lloydi, Nyssomyia neivai, Pintomyia fischeri, Migonemyia migonei, Nyssomyia intermedia, Psycodopygus lloydi, Nyssomyia neivai, Brumptomyia nitzulescui, Nyssomyia whitmani, Psycodopygus arthuri Jandira Migonemyia migonei, Pintomyia fischeri, Brumptomyia nitzulescui, Nyssomyia neivai, Psycodopygus lloydi, O percentual de 7% de animais reagentes deve ser considerado significativo para uma região que

era considerada sem casos e indica transmissão da doença entre os cães do entorno, uma vez que a distância entre os casos é em média de 100mts. Destes animais reagentes em 10 foi autorizada eutanásia pelo proprietário. Em trabalho de Zuben, 2016, foi realizada entrevista semi-estruturada com 6 coordenadores do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV) e foi apontado como um dos principais problemas encontrados a resistência dos proprietários de cães com indicação de eutanásia e que em classes sociais mais abastadas essa recusa costuma ser superior a 50%. Nos municípios de Barueri e Jandira houve a resistência por parte dos proprietários quanto a eutanásia justificando-se a existência de tratamento com a única droga autorizada para uso em animais pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). Ressalta-se que, ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde não reconhece nenhum tratamento capaz de garantir cura parasitológica completa dos cães e, por isso, recomenda a eutanásia dos animais positivos. É importante destacar que nenhum dos municípios tem lei que ampare a realização de eutanásia sem consentimento do proprietário, e segundo as entrevistas do artigo de Zuben, 2016, isso poderia contribuir para aumentar ainda mais a hostilidade da comunidade ao programa de PVCLV. Até o momento não foram detectadas espécies de flebotomíneos comumente incriminadas como transmissoras de LVC no Brasil, diferentemente da investigação entomológica do município de Caieiras (BEPA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos permitiram concluir que o cão pode ser apontado como reservatório na região, existindo a necessidade de se manter vigilância sorológica canina, estudos entomológicos para determinar o vetor transmissor na epidemiologia local e sensibilização dos profissionais da assistência para a detecção de possíveis casos humanos. Os municípios ainda permanecem na estratificação de "área em investigação", uma vez que ainda não foi identificado o vetor da doença. A realização de trabalho conjunto entre os municípios e os órgãos estaduais foi fundamental para o desenvolvimento das ações. As reuniões permitiram orientar os técnicos municipais quanto às condutas e procedimentos, desde a abordagem dos proprietários até o emprego de técnicas de coleta e formas de acondicionamento de material. Destaca-se ainda o empréstimo da centrífuga pelo Instituto Adolfo Lutz que permitiu estabelecer rotina de coleta eficaz e sincronizada entre os três municípios. Apesar do resultado negativo no inquérito realizado no município de Barueri, tendo em vista a proximidade com os outros municípios e o caráter expansivo que se tem observado na doença, a situação é preocupante e exige manutenção de vigilância sobre eventuais casos caninos e humanos. Além disso, já se discute a realização de novos inquéritos que podem ser desencadeados na região, conforme orientações do Instituto Adolfo Lutz e do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado. É fundamental que Ministério da Saúde e MAPA trabalhem em parceria e estabeleçam diretriz única de enfretamento à doença.

Vigilância em Saúde

LEISHMANIOSE VISCERAL, UM DESAFIO EMERGENTE

Lupercio Lopes Garrido Neto
1 Secretaria Municipal da Saúde - Secretaria Municipal da Saúde
Marília

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Neste trabalho, iniciado em face da concentração de casos humanos de leishmaniose visceral em área específica do município de Marília - SP, apresentamos a importância da execução de ações de intervenção ambiental como meio de se buscar a interrupção da transmissão da doença.

OBJETIVOS

- Avaliar os fatores ambientais de risco da área alvo, visando quantificar os recursos necessários para a intervenção. - Levar ao conhecimento da população local os fatores determinantes do problema a ser enfrentado, buscando o envolvimento coletivo nas ações de controle. - Intervir sobre as condições de risco locais de forma a promover maior segurança ambiental.

METODOLOGIA

- Criação de um Grupo Técnico para discussão do problema e elaboração de estratégias de enfrentamento. -Execução de inquéritos caninos, dentro da área de transmissão, para avaliação da epizootia e identificação dos reservatórios. - Eliminação dos reservatórios, identificados pelo método sorológico. - Ação interativa para a remoção da matéria orgânica de quintais, vias públicas e terrenos baldios, buscando reduzir o nível de infestação de L. longipalpis.

RESULTADOS

- Foram trabalhadas 76 quadras dentro da área de transmissão durante o ano de 2017, com 1044 amostras de sangue canino coletadas, tendo 437 delas reagido em TR-DPP, entre as quais 175 reagiram à prova comprobatória ELISA. Noventa e nove animais foram submetidos à eutanásia. Foi promovida a poda da vegetação urbana, e um mutirão de limpeza removeu a matéria orgânica acumulada em quintais, vias e terrenos baldios da região compreendida pelos bairros JK, Jânio Quadros e Alcides Matiuzzi, na zona norte do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A área trabalhada, que acumulou oito casos de leishmaniose visceral entre janeiro de 2016 e janeiro de 2017, vem sendo mantida sob a vigilância da rede de atenção básica local, que busca identificar pacientes com sintomatologia sugestiva da doença e condições ambientais que determinem qualquer nível de risco. Não foram registrados novos casos de leishmaniose visceral no local até o presente momento.

Vigilância em Saúde

MATRICIAMENTO PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE DIADEMA

Nancy Yasuda, Katia Cheli Kanasawa, Andreia De Conto Garbin, Claudia Leone
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os acidentes envolvendo crianças e adolescentes em situação de trabalho são considerados graves e são de notificação compulsória, independentemente da lesão. A notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas, retirando os casos da invisibilidade, prevenindo a repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule. Observa-se a dificuldade dos serviços de saúde para identificar o acidente de trabalho envolvendo crianças e adolescentes, uma vez que essa realidade não aparece espontaneamente no relato dos pacientes ou acompanhantes. Em 2016, foram notificados 10 acidentes com adolescentes em situação de trabalho residentes em Diadema e em 2017 foram 13 notificações. Chama a atenção a gravidade das lesões relatadas, como esmagamento, amputações e outros ferimentos corto-contusos pela manipulação de máquinas e equipamentos.

OBJETIVOS

Identificação e notificação das situações envolvendo trabalho de crianças e adolescentes para desencadear ações de vigilância em saúde do trabalhador, de prevenção de acidentes e de proteção dos menores de 18 anos.

METODOLOGIA

Matriciamento nos serviços de saúde para abordagem adequada para identificação e notificação dos casos de AT em menores de 18 anos; - Desenvolvimento de estratégias para obtenção de informações que viabilizem a vigilância da situação de trabalho envolvendo menores, como visita domiciliar, articulação intersetorial, entre outras.

RESULTADOS

- Definição e pactuação de protocolo de Vigilância ao Acidentes de Trabalho com crianças e adolescentes em Diadema; - Articulação com a Comissão Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil-COMPETI, para levantamento de informações e fortalecimento das providências necessárias para a proteção das crianças e adolescentes em situação de trabalho

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos 14 anos os adolescentes podem trabalhar na condição de aprendizes, porém devem ser protegidos de qualquer tipo de risco à saúde. O que tem sido observado é o desrespeito à legislação, com a ocorrência de lesões graves em adolescentes e a falta de informação sobre o

local de ou situação de trabalho. Sem uma abordagem adequada dos profissionais de saúde, dificilmente a situação de trabalho será relatada e por esse motivo o trabalho de matriciamento nos serviços de saúde é fundamental para a identificação e notificação dos acidentes de trabalho (AT) em menores de 18 anos no município. A informação qualificada juntamente com uma articulação intersetorial entre saúde, educação, assistência social, ministério público, conselho tutelar, entre outros, sindicatos e ONGs envolvidas com a proteção e defesa dos direitos da infância e adolescência possibilitaria, dentre outras ações, o desenvolvimento de um programa eficaz de vigilância à saúde desses trabalhadores, visando à erradicação do trabalho infantil e à fiscalização da exploração do trabalho com menores.

Vigilância em Saúde

MOBILIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO FÓRUM DE EPIZOOTIAS.

Teresa Ribeiro Monteiro Cardozo
1 Prefeitura Municipal de São José dos Campos - Prefeitura Municipal de São José dos Campos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em 2016, um surto de Febre Amarela Silvestre ocorrido no interior de Minas Gerais avançou, principalmente para os estados de São Paulo, Espirito Santo e Rio de Janeiro, culminando com a maior epidemia da doença no país nas últimas décadas. O ciclo silvestre da Febre Amarela então registrado é o único existente no país desde 1942, e conta como hospedeiro primatas não humanos (PNH). A ocorrência de epizootias precede e acompanha os casos em humanos da doença, quando o homem, ao entrar na mata, é picado pelo mosquito transmissor, e torna-se um hospedeiro acidental

OBJETIVOS

Pela rápida progressão da doença para áreas onde não havia até então a circulação do vírus, surgiu a preocupação sobre a possível ocorrência de epizootias e como conduzi-las adequadamente.

METODOLOGIA

Em maio de 2017 se iniciou uma mobilização da secretaria da saúde municipal e de representantes de 16 setores da sociedade envolvidos com o encontro, tratamento, cuidado e vigilância de PNH. Foram realizadas reuniões, em espaço próprio que recebeu o nome de "Fórum de Epizootias", onde se discute a situação epidemiológica atualizada da Febre Amarela e a ocorrência de epizootias. Foram apresentadas informações sobre a doença, o manejo adequado dos animais mortos e doentes, o fluxo de notificação do encontro dos casos e o fluxo da coleta e envio de exames laboratoriais dos PNH. Foi solicitado que cada representante transmitisse as informações recebidas para seus pares, funcionando cada qual como multiplicador de informações e ações. Também houve divulgação na mídia sobre os encontros do Fórum e seus objetivos principais.

RESULTADOS

Foram realizados oito encontros do Fórum de Epizootias. Em decorrência das reuniões foi construído um fluxograma que direciona desde o encontro até o encerramento do caso pela Vigilância Epidemiológica, após o resultado do exame do PNH, e distribuído aos participantes. Observou-se que quando um PNH era encontrado morto ou doente, as ações eram desenvolvidas de acordo com o fluxograma estabelecido, não havendo sobreposição de ações, sendo possível realizar a coleta e o envio de amostras de todos os animais encontrados. A população foi esclarecida de seu papel e da importância de se encaminhar o animal para análise

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais do que a simples construção de um fluxograma, o fórum teve a possibilidade de informar, sensibilizar, sanar dúvidas, fazer com que cada pessoa se apropriasse do problema, e principalmente, aproximar trabalhadores de outros setores com a Secretaria de Saúde.

Vigilância em Saúde

MORTALIDADE INFANTIL EM MAUÁ ANÁLISE DO PERÍODO DE 2013 A 2017

Rafael Glock Borrajo Manna
1 Prefeitura Municipal de Mauá - Prefeitura Municipal de Mauá

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A taxa de mortalidade infantil é usada internacionalmente como indicador de saúde o qual melhor retrata o estágio de desenvolvimento econômico e social de um país ou região. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil permite analisar a disponibilidade, a utilização e a eficácia dos cuidados de saúde, em especial da atenção ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e a criança no primeiro ano de vida, sendo frequentemente utilizada para definir políticas públicas direcionadas a saúde materno-infantil. Apesar dos avanços verificados ainda há grande disparidade na taxa de mortalidade infantil entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Atualmente, as menores taxas de mortalidade infantil são de países com elevados Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). No Brasil, houve uma importante redução na mortalidade infantil ao longo das últimas décadas sendo de 29, 02 em 2000 e de 15, 02 em 2013 e no Estado de São Paulo de 17, 0 e 11, 5 respectivamente. Isso ocorreu entre outros fatores devido a queda da fecundidade, a expansão do saneamento básico, a reorganização do modelo de atenção a saúde (Estratégia Saúde da Família - ESF), a melhorias na atenção a saúde da criança, aumento na cobertura das campanhas de vacinação e na prevalência do aleitamento materno, que influenciaram na redução de doenças infecciosas nos primeiros anos de vida. Além disso, observou-se uma combinação de crescimento econômico e melhora da escolaridade e distribuição de renda. O índice nacional, que era de 53, 7 mortes por mil nascidos vivos em 1990, passou para 13, 82 em 2015. Entretanto, mesmo nas regiões onde a mortalidade infantil alcançou taxas abaixo dos dois dígitos, foram observadas elevadas proporções de óbitos considerados evitáveis. Historicamente o cenário epidemiológico da mortalidade infantil no município de Mauá apresentou índices elevados acima da média estadual, em 2013 foi prioritário planejar, implementar e monitorar diversas estratégias para fortalecer o enfrentamento e diminuir os índices de mortalidade infantil. Dentre estas ações o Comitê de Mortalidade Infantil composto por representantes técnicos dos diversos equipamentos de saúde, promoveu a qualificação do processo pautado em quatro pilares: - Reuniões do Comitê de Mortalidade - Coleta de informações e discussão em cada setor percorrido; - Classificação dos óbitos infantis para os profissionais dos setores de saúde. - Devolutivas dos óbitos infantis para os profissionais dos setores de saúde. Ainda assim, as desigualdades regionais e as iniquidades relacionadas a grupos sociais considerados vulneráveis constituem grandes desafios em nosso país. As medidas desenvolvidas em Mauá conseguiram impactar efetivamente para a redução da mortalidade infantil no município?

OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo mensurar o impacto do plano de ações, fundamentado nos quatro pilares acima, na redução da mortalidade infantil, no município de Mauá.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado na cidade de Mauá, município da região metropolitana de São Paulo, no Estado de São Paulo, no Brasil. Pertence a região do ABC Paulista, na zona Sudeste da grande São Paulo. Em população conta com 462. 005 habitantes. O. material deste estudo foi constituído através de consultas as portarias, dados do Comitê de Mortalidade Infantil, indicadores do Município de Mauá e relato de experiências dos envolvidos. As informações foram documentadas de forma descritiva e analítica de dados e obtidas pelo sistema de informações sobre mortalidade e Sistema de Informações sobre nascidos vivos SIM/SINASC. Foram realizadas reuniões gerais do Comitê de Mortalidade análise, discussão e monitoramento de dados coletados. Foram gerados relatórios a partir das informações coletadas do prontuário. Tabela 1 – Classificação de Óbitos Infantil – Critérios Evitabilidade Após avaliação dos dados é proporcionado um encontro com os gestores dos setores, sendo então expostos os dados e análises realizadas e ofertado a multiplicação das informações coletadas para discussão e reflexão com os profissionais in loco podendo desse modo garantir a criação de medidas específicas que possam contribuir para a redução da mortalidade infantil . das informações coletadas para discussão e reflexão com os profissionais in loco podendo desse modo garantir a criação de medidas específicas que possam contribuir para a redução da mortalidade infantil .

RESULTADOS

Gráfico 1- Classificação de Óbitos - Critérios de Evitabilidade preconizado pelo Ministério da Saúde. Mauá, 2000 a 2017. Fonte – Vigilância Epidemiológica - Mauá Como podemos observar no Gráfico 01, a taxa de mortalidade infantil vem diminuindo desde o ano 2000 onde seu valor era de 19, 02 chegando em 15, 71 em 2013 e 7, 90 em 2017. É importante citar que entre o ano 2000 até o ano de 2013 a queda da taxa de mortalidade infantil foi de 17, 4% e no período de 2013 até o ano de 2017 onde todas as estratégias e medidas foram tomadas a queda de mortalidade infantil foi de 49, 7% o que expressa um declínio acentuado nesse período. O declínio da mortalidade infantil em Mauá ocorreu de forma expressiva no período 2000-2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade infantil apesar de apresentar uma tendência de queda nas últimas duas décadas ainda desperta atenção e cuidados no que se refere aos óbitos ocorridos no período neonatal. O perfil da mortalidade infantil se alterou, proferindo maior importância a aspectos ligados à gestação e ao parto. No âmbito da saúde todas as medidas importantes de intervenção precisam ser fortalecidas. As Estratégias impactaram na redução dos indicadores de mortalidade infantil, transformando e inovando as práticas do cuidado. Mesmo assim há necessidade de fortalecimento das políticas públicas Inter setoriais e ações com programas de saúde, novas estratégias vendo sendo propostas na busca incessante da melhoria da qualidade de atendimento nos serviços de saúde, com isto, favorecendo a diminuição da mortalidade infantil.

Vigilância em Saúde

MOVIMENTO BAIRRO SAUDÁVEL

Edson Manoel dos Santos, Eugênia Zilioli Iost, Luciana Aparecida Vidal da Silva
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O território das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é marcado por diversos determinantes e condicionantes socioeconômicos, epidemiológicos e ambientais que de uma forma ou outra interferem nas condições de saúde da população. O diagnóstico de um território é necessário para o planejamento das ações e programas de saúde a serem realizadas, é comum as UBS conhecerem e se concentrarem em questões como censo populacional e faixa etária, presença de hipertensos, diabéticos, portadores de outras doenças crônicas, pacientes restritos ao lar, deficientes físicos e mentais, gestantes, idosos, entre outros, mas um olhar sobre a estrutura organizacional e as fragilidades do bairro e como estes podem interferir ou não nas condições de saúde de uma comunidade, não é realizado. Pensando nisto o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis e a UBS Alpes do Jaraguá, elaboraram o projeto Movimento Bairro Saudável, com a intenção de mapear os diversos fatores de risco a saúde existentes no território da UBS e empoderar a comunidade no cuidado do bairro e no diálogo com a Prefeitura Regional para a solução dos mesmo e assim, proporcionar outras formas de cuidado e atenção a saúde.

OBJETIVOS

Identificar os problemas de infraestrutura do bairro e aproximar a comunidade dos serviços públicos existentes no território para a resolução de problemas interferem na saúde das pessoas.

METODOLOGIA

O projeto foi iniciado com a realização de um diagnóstico socioambiental do território da área de abrangência da unidade de saúde, nos seguintes eixos temáticos: resíduos e entulhos, córregos e esgotos, vias e calçadas, praças e terrenos, rede elétrica e mobilidade urbana. O diagnóstico foi realizado por profissionais da unidade de saúde com a colaboração dos membros do Conselho Gestor e de alunos de uma escola do território parceira do projeto. Todos os itens mapeados e identificados a partir do logradouro onde se encontram e foram fotografados com o olhar do risco à saúde que o mesmo possa oferecer, seja pela possibilidade de provocar um acidente ou pela possibilidade de se tornar foco de doenças, como a reprodução do mosquito Aedes aegypti, transmissor da dengue, febre amarela, chikungunya e zika vírus. O mapeamento realizado serviu de base para a realização dos Fóruns do Movimento Bairro Saudável, que são momentos em que a UBS organiza encontros de discussões entre a comunidade e a Prefeitura Regional para a melhora dos agravos identificados.

RESULTADOS

Ao todo, o diagnóstico identificou mais de 80 pontos de agravos que podem afetar de uma ou outra forma a saúde da comunidade. Foram realizados 05 Fóruns do Movimento Bairro Saudável, quando membros da comunidade e representantes da Prefeitura Regional se reuniram para a discussão sobre os agravos identificados. Entre as dificuldades e limitações, consta a dificuldade de participação nas ações de zeladoria elencadas no diagnóstico, pois a Prefeitura Regional realiza as ações sem consultar a comunidade para o seu envolvimento, por um lado, a demanda é atendida, mas por outro a falta de participação da comunidade faz com que a mesma não se aproprie tanto e cuide do local revitalizado. Na tabela a seguir, apresentamos o consolidado do que foi mapeado e do que foi atendido pela Prefeitura Regional a partir das demandas identificadas pelo projeto, 32 vias e calçadas, 16 areas com resíduos, 11 córregos, 13 praças e terrenos, 11 problemas em rede elétrica, um de mobilidade urbana, Ao todo foram solucionados, até o momento 16% de todos os problemas identificados pela unidade de saúde, sendo a maior parte referente a Vias e Calçadas, o que contempla o corte periódico do mato, a pavimentação de ruas do bairro e a manutenção de calçadas. Três pontos viciados de resíduos foram eliminados e uma praça foi revitalizada com a implantação de equipamentos para a prática de atividade física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Movimento Bairro Saudável, tem fomentado a participação e o empoderamento da comunidade quanto às necessidades do bairro e ampliado o olhar de saúde para além das ações curativas. Hoje, a comunidade envolvida no projeto identifica uma calçada danificada não apenas como problemas de acessibilidade, mas como um risco de acidente, gerando danos a saúde, um terreno baldio e pontos viciados de entulhos como potenciais focos transmissores de doenças. A participação nos Fóruns do Movimento Bairro Saudável também foi importante para esclarecer o papel da Prefeitura Regional nas ações de zeladoria e a responsabilidade compartilhada entre serviços públicos e comunidade na manutenção do bairro, e as iniciativas da UBS frente ao projeto, deixam claro também que pensar em saúde não é apenas curar doenças, mas sim prevenir e promover saúde em um sentido mais amplo, melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Vigilância em Saúde

MULTIPLICADORES MIRINS. "SEMEADORES DO AMANHÃ"

Celia Fátima Silva Exposto, Robert da Costa Ribeiro, Cassia Cristina Borges Palhas
1 Prefeitura Municipal de Ourinhos - Prefeitura Municipal de Ourinhos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento de ações com a participação popular em políticas públicas de saúde tem representado papel fundamental, principalmente na formulação de uma gestão participativa com maior eficiência e eficácia por meio de estratégias que incluem o apoio da educação popular e mobilização social (FALAVIGNA, 2000, ALVES, 2000, BRASIL, 2016). Diante do panorama das doenças emergentes, dos agravos ocasionados pela destruição do meio ambiente, pelas noções de higiene e limpeza e zoonoses, entende-se a necessidade de ações que proporcione mudanças de hábitos e atitudes. Os projetos multidisciplinares contribuem para a integração entre as áreas do conhecimento, a interdisciplinaridade é fundamental nas ações de aprendizado. A formação de Multiplicadores Mirins de Saúde é importante atividade de promoção de saúde, auxilia no controle dos determinantes de Saúde. Atividades educativas quando trabalhadas no contexto de comunidade estimula a autoestima de todos a sua volta (MATHUR, 95).

OBJETIVOS

Objetivo Geral O objetivo do projeto é capacitar crianças de 4 a 12 anos para atuarem como multiplicadores em saúde, e que o planejamento, atividades e ações possam contribuir de modo efetivo para melhorar a qualidade de vida dos escolares, educadores, familiares e comunidade. Objetivos Específicos 1. Capacitar os Multiplicadores Mirins, para identificar possíveis criadouros do mosquito Aedes aegypti, cuidados com os animais e prevenção de zoonoses, higiene pessoal, meio ambiente e noções de cidadania. 2. Promover a união entre os Serviços de Saúde, Educação e Comunidade no trabalho de sensibilização e orientações 3. Diminuir o índice de infestação do Aedes aegypti nos bairros onde estão situados as escolas que trabalharão com o projeto.

METODOLOGIA

O projeto é da Secretaria da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Educação e comunidades dos Bairros representados pelas Associações de Bairros da Vila Brasil, CDHU e Jardim Josefina. A referência será a Unidade de Saúde da Família do Jardim Josefina e UBS Vila Brasil A escolha dos alunos foi através de concurso, participaram alunos das escolas: EMEI Abelardo Pinto, EMEF Professora Nilse de Freitas e EMEF Professora Amélia Abujamra Maron. O critério que norteou a escolha dessas escolas e o primeiro assunto trabalhado, foi o resultado do índice de densidade larvária (ADL), que apontou índices elevados de infestação de larvas mosquito Aedes aegypti, portanto o assunto foi Dengue e Febre Amarela. A seleção dos alunos de 4 a 7 anos a seleção foi realizada com a aplicação de um desenho, e os alunos de 8 a 12 anos por meio de uma redação, ambos utilizaram o tema Meio Ambiente. Os professores de cada sala trabalharam o tema durante algumas aulas com o objetivo de levá-lo ao entendimento e

reflexão e após esse período foi realizado as atividades. A distribuição seguiu o critério de um aluno por sala, com o objetivo de ampliar o alcance. A seleção dos trabalhos foi realizada por uma equipe de representantes da Secretaria da Saúde, Secretaria da Educação e Comunidade. Os escolhidos foram apresentados as autoridades Municipais em reunião solene com a participação do Prefeito na Secretaria Municipal de Saúde.

RESULTADOS

O projeto teve início em abril de 2017, mas já apresenta resultados significativos. Os alunos participaram de várias atividades e os conteúdos foram trabalhados didaticamente de acordo com a faixa etária e série escolar. A decisão de iniciar com as primeiras séries escolares foi acertada, os resultados extrapolaram os muros escolares, depoimentos de pais, amigos e dos educadores, apontam algumas mudanças de atitudes, como o simples gestos de recolher objetos na sala de aula e colocá-los nos devidos lugares, observar e reconhecer recipientes que possam servir de criadouros para o mosquito, algumas mudanças vem sendo observadas pelos professores, agentes comunitários e agentes de endemias durante as visitas. Os adolescentes mostraram-se participativos, demonstram orgulho de ser um Multiplicador Mirim e mantém as notas boas, já que esse seria o requisito principal para continuar no projeto. A ideia de trabalhar com a faixa etária de 11 e 12 anos no projeto Multiplicadores Mirins. "Semeadores do Amanhã", é divulgar o conhecimento de saúde entre os adolescentes, auxiliá-los nas suas necessidades, e estes levarem esse aprendizado para vida, promover mudanças de atitudes e torná-los mais participativos nas questões de prevenção e promoção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a criança é um veículo de informação muito eficiente, mas o mais importante é a possibilidade de formar cidadãos conscientes e participativos, promover qualidade de vida para todos a sua volta. As parcerias impactam positivamente o projeto, os participantes são estimulados a despertar uma consciência crítica a respeito da saúde, partindo de pequenos gestos e atitudes.

Vigilância em Saúde

NOTIFICAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS: UMA AÇÃO DO CUIDADO

Candida Rosa Alves, Andreia De Conto Garbin, Janaína Leslão Garcia, Elaine Tomáz da Silva
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema
Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Núcleo de Promoção à Saúde e Prevenção das Violências (CONVIVA), vinculado à Coordenadoria de Vigilância à Saúde, da Secretaria de Saúde do Diadema atua na articulação em rede para a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência. A violência constitui-se como um fenômeno complexo, multifatorial, que pode deixar marcas profundas, de acordo com o Ministério da Saúde, por isso as pessoas em situação de violência necessitam de acolhimento e proteção. A estratégia da notificação das situações de violência permite o reconhecimento dos casos e a promoção de um atendimento qualificado à pessoa em situação de violência e a seus familiares. Desse modo, a notificação das situações se insere na linha de cuidado, pois retira o caso de violência da invisibilidade, prevenindo a violência de repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule. O CONVIVA realiza ações de capacitação da rede de saúde para a implantação e qualificação do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência. Visa, também, qualificar a escuta e postura ética dos profissionais de saúde frente à pessoa que vivencia situação de violência e adoção de um compromisso com a pessoa que está em sofrimento e que necessita de proteção e cuidado.

OBJETIVOS

• Qualificar as informações da Ficha de Notificação/Investigação de Violência • Sensibilizar os profissionais de saúde quanto á importância da notificação e qualidade das informações; • Promover discussões técnicas intersetoriais; • Avaliar compleitude das fichas de notificação quanto ao campo raça/cor; • Estabelecer fluxo com os serviços de saúde para complementação das informações necessárias; • Realizar matriciamento sobre a notificação nos serviços de saúde públicos e privados com foco na qualificação das informações e do cuidado.

METODOLOGIA

• Discussão do instrutivo do SINAN para padronizar e qualificar o preenchimento das fichas de notificação • Revisão dos procedimentos de classificação dos casos de violência para lançamento do Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN). • Oficinas de sensibilização sobre as situações de violência nas UBSs. • Elaboração e atualização do fluxo das notificações de violências autoprovocadas (tentativas de suicídio) com a Atenção Psicossocial. • Fórum mensal de discussão sobre as violências com ampliação da participação dos diversos serviços da rede de saúde pública

RESULTADOS

• Aumento do número de notificações, em 2017, de 113 registro de janeiro a abril para 585 de maio a dezembro. Seguindo a tendência do número de notificações, sem as ações realizadas, teríamos em torno de 226 de maio a dezembro • Realização de reuniões mensais com ampliação da participação institucional das áreas da secretaria de Saúde, e mais especificamente da Atenção Básica e área de urgência e emergência além de outros setores. • Revisão do fluxo das notificações das situações de violência revisado. • Matriciamento referente ao registro das informações na ficha de notificação do SINAN. • Em 2016 apenas 78% das notificações tinham o preenchimento do campo raça/cor; já em 2017 este percentual foi para 92%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualificação da informação das violências propiciando o conhecimento da situação de violência e fornecendo elementos que nos indicam formas de cuidar e intervir. A ampliação dos atores envolvidos nas discussões sobre as situações de violência notificadas no município leva ao reconhecimento de que todos os envolvidos merecem cuidado e proteção: pessoas em situação de violência, familiares e profissionais da saúde. A disseminação dos fluxos de notificação e o matriciamento dos casos implicou as equipes e o serviço de saúde na atenção aos usuários.

Vigilância em Saúde

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS E AUTOPROVOCADAS RELACIONADAS AO TRABALHO

Nancy Yasuda, Andreia De Conto Garbin, Adriana Lima Cruz da Silva, Solange De Souza Silva
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema
Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A questão das violências relacionadas ao trabalho (que ocorrem no ambiente de trabalho, em função dele, ou no trajeto de ida e volta) ainda é pouco identificado e notificado como tal. Como um dos passos da linha de cuidado, a falta da notificação impede ações mais efetivas de atenção integral à saúde e enfrentamento do problema. Em 2016, foram notificadas pelos serviços de saúde 18 violências relacionadas ao trabalho, num universo de 400 notificações (4, 5%) e em 2017 foram 20 notificações, num total de 791 (2, 5%)

OBJETIVOS

• Aumentar a identificação e notificação das violências interpessoais e autoprovocadas relacionadas ao trabalho • Planejamento de ações preventivas, de identificação e controle dos riscos da organização de trabalho e proteção da saúde nos ambientes de trabalho.

METODOLOGIA

• Matriciamento nos serviços de saúde para identificação, notificação e encaminhamento adequado dos casos de violências interpessoais e autoprovocadas relacionadas ao trabalho • Articulação com a Vigilância epidemiológica municipal para análise das fichas de investigação epidemiológica das violências interpessoais e autoprovocadas e das intoxicações exógenas, para identificação de possíveis tentativas de suicídio relacionadas ao trabalho

RESULTADOS

• Matriciamento realizado nas Unidades de urgência/emergência públicas e privadas da cidade • Introdução de questão específica sobre suspeita de violência/acidente de trabalho na ficha de atendimento do SAMU • Definição de fluxo da notificação das violências relacionadas ao trabalho • Articulação com o Núcleo de Promoção à Saúde e Prevenção de Violências- CONVIVA, para desenvolvimento de ações intersetoriais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que os serviços de saúde estão atentos às notificações das violências, porém ainda pouco consideram a relação com o trabalho na notificação. O matriciamento, na lógica da educação permanente, auxilia as equipes para uma abordagem que propicie a obtenção de informações que possibilitem a análise mais abrangente do caso, a realização de ações

intersetoriais preventivas e de enfrentamento efetivo do problema, incluindo a vigilância dos processos e organização de trabalho.

Vigilância em Saúde

O OLHAR SOBRE AS DENÚNCIAS SANITÁRIAS PELO ÂNGULO DA RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

Adaylton Alves da Silva, Angela Simonetti, Deise de Araújo, Mary Anne Perez
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Vigilância Sanitária do Município de Diadema recebe denúncias da população registradas na Ouvidoria da Saúde, por e-mail ou telefone. Esse é um importante canal de comunicação para detecção de situações que representem risco sanitário. No município, o licenciamento sanitário para atividades de baixo risco se dá mediante declarações do responsável legal no sistema da Junta Comercial, o Via Rápida Empresa, conforme Decreto estadual nº 55. 660, de 30 de março de 2010, que instituiu o Sistema Integrado de Licenciamento, bem como pela Portaria CVS nº 01, de 5 de agosto de 2017. Porém, estes estabelecimentos devem cumprir a legislação sanitária integralmente e estão sujeitos a inspeção Sanitária. Verifica-se que a diversidade de atividades sujeitas ao sistema de vigilância sanitária torna necessária a priorização das ações de fiscalização para aquelas de maior risco sanitário. Dessa forma, foi pensada uma nova abordagem de atendimento para as denúncias de baixo risco, pois havia uma grande quantidade delas não atendidas. Dessa forma, buscou-se a eficiência no processo de atendimento integral das denúncias recebidas pela VISA.

OBJETIVOS

O atendimento das denúncias recebidas na Vigilância Sanitária se dava pela inspeção no local sendo que a maioria das denúncias recebidas são de baixo risco e, portanto, outras ocorrências de maior risco exigem recursos de tempo e dedicação dos técnicos da área. Assim sendo, houve progressivamente um aumento no número de denúncias não atendidas. Buscando solucionar este problema, foi criado um procedimento de atendimento de denúncias de menor risco, cujo objetivo é atender a demanda da população, tendo o critério de risco sanitário como norteador de procedimentos e ações, procurando investir os recursos escassos da VISA de modo racional, além de compartilhar com o denunciado a responsabilidade sanitária no regular funcionamento de seu estabelecimento.

METODOLOGIA

No nosso processo de educação continuada, com realização de reuniões periódicas da equipe com a chefia do serviço, o problema foi identificado, a proposta de abordagem foi elaborada assim como as ações a serem realizadas. Fez-se um levantamento das denúncias recebidas no setor que se encontravam sem andamento, após foi desenvolvido um procedimento padronizado de atendimento de denúncia de baixo risco: A denúncia chega ao apoio administrativo da VISA pelos canais disponíveis, é encaminhada para área técnica onde os técnicos discutem o risco da denúncia. Para o alto risco ou, estabelecimento recorrente de várias denúncias, será realizada inspeção. Caso ela seja considerada de baixo risco, é enviada

notificação. Foi criado modelo de notificação padrão, constando os dados do notificado e os motivos da denúncia. A princípio foram enviadas por e-mail, visando redução de custos, mas a correspondência se mostrou mais efetiva. Na notificação constam os problemas denunciados e o prazo de quinze dias para o responsável apresentar evidências da adequação ou, da não procedência da denúncia a serem apresentadas em reunião agendada com a equipe, na VISA. Nessa reunião o responsável apresenta as evidências (imagens, nota fiscal, outros documentos), as quais são analisadas. Pode se dar prosseguimento para apresentação de esclarecimentos pendentes ou; a denúncia é esclarecida, respondida ao denunciante, encerrada e arquivada. Os estabelecimentos que recebem a notificação por carta e não responderam, foram notificadas por carta registrada com aviso de recebimento – AR. Neste caso, quando não entraram em contato para agendar reunião, haverá inspeção. Na experiência, foi constatado que as notificações enviadas por carta foram mais eficientes do que as enviadas por e-mail: Dados da primeira tentativa: Envio de Notificação por E-mail (resultados apresentados como Estabelecimento / Quantidade de Denúncias / E-mail / Resposta) Academia 9 / 6 / 2; Creche/Escolas 6 / 0 / 0; Estética 13 / 3 / 0; Outros 23 / 10 / 3; Total 51 / 19 / 10. Dados da segunda tentativa: Envio de Notificação por carta simples (resultados apresentados como Estabelecimento / Quantidade de Denúncias / E-mail / Resposta) Academia 7 / 7 / 4; Creche/Escolas 6 / 6 / 2; Estética 13 / 13 / 7; Outros 15 / 15 / 11; Total 41 / 41 / 24

RESULTADOS

Com essa metodologia, a VISA atendeu no período de março a dezembro de 2017, 100% das denúncias de baixo risco que se encontravam acumuladas e também, as que entraram no período. A mudança de processos de trabalho possibilitou o desenvolvimento de atividades educativas com os empresários locais, pois nas reuniões são abordadas as irregularidades com orientações técnicas. Importante ressaltar o compartilhamento de responsabilidades, uma vez que, o interessado deve apresentar comprovações da regularidade de seu estabelecimento, estando sujeito à inspeção oportuna. Também houve uma maior otimização das ações da equipe para atividades de maior risco e, além disso, foi atendida a expectativa do denunciante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa metodologia, a VISA atendeu no período de março a dezembro de 2017, 100% das denúncias de baixo risco que se encontravam acumuladas e também, as que entraram no período. A mudança de processos de trabalho possibilitou o desenvolvimento de atividades educativas com os empresários locais, pois nas reuniões são abordadas as irregularidades com orientações técnicas. Importante ressaltar o compartilhamento de responsabilidades, uma vez que, o interessado deve apresentar comprovações da regularidade de seu estabelecimento, estando sujeito à inspeção oportuna. Também houve uma maior otimização das ações da equipe para atividades de maior risco e, além disso, foi atendida a expectativa do denunciante.

Vigilância em Saúde

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE E NATALIDADE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO E DE CUIDADO

Andreia De Conto Garbin, Adriana Gonçalves de Oliveira, Candida Rosa Alves, Gabriela Ferreira Souza da Costa
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde de Diadema estabeleceu durante seu processo de planejamento, em 2017, a diretriz de qualificar as informações epidemiológicas com foco prioritário nas informações referentes à mortalidade materno infantil. Trata-se de uma iniciativa voltada para o aperfeiçoamento da produção dos dados, monitoramento e avaliação visando a garantia do acesso integral da gestante e criança aos serviços de saúde, de forma oportuna, contribuindo para redução da morbi-mortabilidade e para a promoção da qualidade de vida. Busca-se intervenções oportunas nas ações de prevenção e evitabilidade dos óbitos maternos e infantis visando o alcance dos resultados esperados. O Departamento de Vigilância à Saúde municipal, por meio do Serviço de Epidemiologia e Controle de Doenças, priorizou o monitoramento dos indicadores do Programa de Qualificação das ações de vigilância em saúde (PQA-VS), em específico, referentes aos indicadores relacionados à proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em até 60 dias do final do mês de ocorrência e a Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias do final do mês de ocorrência. Os indicadores priorizados referem-se às informações de mortalidade do SIM que são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (mortalidade infantil, fetal, materna e mulheres em idade fértil). As informações dos nascimentos do Sinasc são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (como número de consultas de pré-natal, percentual de cesáreas desnecessárias). O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC) é um sistema informatizado com a premissa de descentralização do processo de coleta, processamento e consolidação de dados quantitativos e qualitativos, referentes aos óbitos e nascimentos informados em todo território nacional.

OBJETIVOS

- Qualificar as ações de vigilância em saúde e o aprimoramento das informações epidemiológicas municipais; - Disseminar na rede de saúde a relevância dos indicadores produzidos a partir das informações epidemiológicas

METODOLOGIA

Os sistemas SIM/SINASC foram considerados importantes ferramentas de gestão por possuir variáveis que permitem formulação de indicadores epidemiológicos estratégicos para o planejamento das ações e tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde. Foram adotadas as seguintes estratégias: • A alimentação no SIM dos registros de óbito realizada de

forma regular e constante durante todo o ano. • Dentre todos os óbitos, a alimentação no SIM dos óbitos fetais, infantis e maternos foi priorizada. • Revisão das causas básicas de mortalidade no SIM; • Alteração das informações equivocadas após término das investigações dos óbitos; • Orientações sobre o preenchimento do documento que alimenta o - SINASC é a Declaração de Nascido Vivo (DN) e o documento básico que alimenta o SIM é a Declaração de Óbito (DO). • Avaliação das dimensões da qualidade investigadas, analisando-se aspectos combinados tais como: acessibilidade, clareza metodológica, coerência e não duplicidade.

RESULTADOS

- Alteração dos endereços em 67 declarações de óbitos e de 90 declarações de nascidos vivos; - Revisão das causas básicas - Reorganização dos fluxos de entrega das declarações para os serviços e profissionais públicos e privados por meio de decreto municipal. - Novas articulações com o Serviço Municipal Investigação de Óbitos (SVO) e do Instituto Médico Legal (IML) para definição das causas dos óbitos. - Finalização das investigações dos óbitos pelo Comitê de Mortalidade Infantil com prazos mais céleres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de informação de mortalidade e natalidade devem apresentar informações consistentes e que retratem a realidade epidemiológica local. Devem ser monitorados em tempo real a fim de identificarmos inconsistências que precisam ser corrigidas.

Vigilância em Saúde

PROJETO MOEDA VERDE - CIDADE LIMPA: UMA ARTICULAÇÃO DE PRÁTICAS DE SUSTENTABILIDADE E INCLUSÃO SOCIAL NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE RECICLAGEM E REDUÇÃO DE CRIADOUROS DE *AEDES AEGYPTI*

Geovana Voltolini Biaggi Moraes, Dimar de Brito
1 Secretaria Municipal de Saude de Santa Cruz da ESP - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz da Esperança SP

Vigilância em Saúde

PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO PARA ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/ SP: EXPERIÊNCIA DE 2015 A 2018

Ana Carla Figueiredo Pinto
1 Prefeitura Municipal de São José dos Campos - Prefeitura Municipal de São José dos Campos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em 6/10/2014, o Programa Municipal da Saúde do Adolescente de São José dos Campos foi ao Encontro de Atualização em Legislação de Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes no Instituto de Saúde/Secretaria de Estado de Saúde . Foi discutido com os Programas de Saúde do Adolescente e da Mulher dos municípios presentes: • O panorama da atenção aos adolescentes menores de 18 anos; • As questões de ética e privacidade de informações dos adolescentes desacompanhados; • O papel do profissional de saúde e as legislações e normativas pós-Estatuto da Criança e do Adolescente • As orientações gerais para confecção de protocolos municipais de atenção ao adolescente quanto à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Os problemas mais frequentes nas pesquisas no Estado de São Paulo eram: • dificuldades no acesso as informações sobre SSR de toda população; • discriminação no agendamento e nas orientações das unidades de saúde (realização de teste HCG, preventivo ginecológico, testagem de HIV); • aquisição de materiais educativos e preservativos (exigência de autorização de pais ou da participação em grupos educativos ou da circunscrição geográfica ou de cartão SUS); • acesso aos profissionais de saúde; • acesso das adolescentes aos métodos contraceptivos e anticoncepção de emergência; • dificuldades na medicação para SSR de adolescentes desacompanhados; • encaminhamentos errôneos de adolescentes sexualmente ativos em casos de violência sexual; • falta de padronização na atenção em SSR de adolescentes entre os profissionais e na rede de saúde; • diversidade de atenção em SSR de adolescentes entre parceiras/prestadores; • desrespeito a normas e orientações técnicas em SSR; • influência de fatores de ordem moral/pessoal na atenção em SSR. Estes problemas eram identificados na rede de saúde de São José dos Campos. O Programa de Saúde do Adolescente sensibiliza os outros programas na garantia dos DSR dos adolescentes.

OBJETIVOS

Informar os profissionais de saúde sobre os DSR dos adolescentes; elaborarprotocolo de atenção e uniformizar a atenção à SSR; garantir serviços acolhedores e auxiliares na construção de vivências saudáveis na sexualidade, prevenção de agravos e redução das vulnerabilidades (gestação não planejada, DST/ Aids, violência)

METODOLOGIA

O embasamento ético e legal de forma resumida pela Secretaria Municipal de Saúde para que a rede de atenção primária fosse mais eficiente na garantia de tais direitos partiu do modelo ofertado no referido encontro. A articulação do Programa Municipal da Saúde do Adolescente

com as Coordenações locais da Atenção Básica, Programa da Saúde da Mulher e de DST/ Aids foi fundamental para a construção do documento que contemplasse perfis variados de adolescentes como a população soropositiva e LGBT. No início de março de 2015, o documento foi assinado pelo Secretário Municipal de Saúde. Em 12/3/ 2015, reunimos profissionais de saúde da rede básica e das estratégias de saúde da família para apresentação do Protocolo de Orientação para Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Serviços de Atenção Básica no município de São José dos Campos/ SP. A avaliação do encontro foi positiva. Como nem todos servidores participaram deste encontro, visitas seriadas (apoio matricial) ocorreram em todas unidades básicas de saúde (UBS) durante 2015, etapa essencial para esclarecimentos e fortalecimento da assistência aos adolescentes. Neste processo, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou um portal da saúde on line para os servidores municipais de saúde, onde cada programa de política de saúde poderia colocar documentos norteadores e de apoio para as unidades básicas. O Protocolo de Orientação para Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Serviços de Atenção Básica no município de São José dos Campos/ SP foi inserido neste portal, auxiliando as condutas das equipes. A Secretaria Municipal de Saúde também descentralizou a distribuição de preservativos em dispensadores fixos em lugares de grande trânsito nas unidades básicas e na comunidade (parceiros comerciais).

RESULTADOS

Após implantação do protocolo, houve significativo aumento dos procedimentos na faixa etária de 10 a 20 anos e maior acesso dos adolescentes as UBS. Há maior diálogo com as escolas que encaminham os adolescentes para orientação em saúde, e frequentemente são realizadas ações conjuntas de prevenção em parceria com os profissionais de saúde. Percebe-se maior acesso dos adolescentes aos preservativos (ver Tabela 1), aos testes de gravidez e exames cito-patológicos cervico-vaginais (ver Tabela 2), à testagem sorológica, assim como menor recusa de atendimento quando desacompanhados. O acesso a diversos documentos legais (como Marco Legal: Saúde, direito do adolescente) e do Protocolo de Orientação para Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Serviços de Atenção Básica no município de São José dos Campos/ SP no portal da saúde resultou na redução de telefonemas das equipes com dúvidas sobre o atendimento e o direito à saúde do adolescente. Tabela 1: Relatório de saída dos preservativos masculinos de 49 mm e 52 mm nas unidades básicas de saúde de São José dos Campos entre 2014 e 2016 TAMANHO 1º SEMSTRE 2014 1º SEMESTRE 2016 49 mm 3. 600 16. 416 52 mm 563. 742 673. 684 Tabela 2: Número de procedimentos realizados na faixa etária de 10 a 20 anos de idade, do sexo feminino, nas unidades básicas de saúde de São José dos Campos, entre 2014 e 2016. PROCEDIMENTO 2014 2015 2016 PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA (TESTE DE GRAVIDEZ) 234 221 414 TESTE RAPIDO DE GRAVIDEZ 780 1243 1850 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO -VAGINAL/MICROFLORA 882 1376 2089 TOTAL 1. 896 2. 840 4. 353

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Informação, educação permanente, apoio matricial e o protocolo on line colaboram na garantia dos DSDR dos adolescentes na atenção básica. Almejamos que os índices de gravidez não

planejada, DST/HIV e abortos na adolescência caiam em nosso município, assim como nossas unidades realmente sejam amigáveis a ela.

Vigilância em Saúde

QUALIFICAÇÃO DE EQUIPES PARA A CAMPANHA CONTRA FEBRE AMARELA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ

Andreia Aparecida Tavares Bastos
1 Secretaria Municipal de Saúde de Santo André - Secretaria Municipal de Saúde de Santo André

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Introdução: Segundo a OMS o Brasil possui um dos mais completos programas de vacinação do mundo e há mais de 40 anos vem controlando e erradicando doenças1. 2. A imunização protege os indivíduos de algumas doenças potencialmente graves e deve ser realizada em quaisquer oportunidades3. 5. A Campanha contra Febre Amarela do Ministério da Saúde em conjunto com os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia visa vacinar 19, 7 milhões de pessoas de 76 municípios com o objetivo de evitar a circulação e expansão do vírus. A estratégia de fracionamento da vacina é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quando há aumentos de epizootia e casos de febre amarela silvestre de forma intensa, com risco de expansão da doença em cidades com elevado índice populacional e que não tinham recomendação para vacinação anteriormente4. Justificativa: O Departamento de Vigilância à Saúde verificou a necessidade de qualificar as equipes do município diante da estratégia de vacinação da febre amarela em dose fracionada envolvendo os profissionais da Atenção Primária, Urgência e Emergência, Hospitais Públicos e Privados, Escolas Técnicas e de Graduação em Enfermagem, haja vista a dimensão de pessoas a serem imunizadas. Dentre os profissionais, deveriam participar os médicos para receber atualização sobre sintomatologia, tratamento e reconhecimento de eventos adversos além de orientar a população e incentivar a vacinação fracionada. Os Agentes de Saúde para orientação casa a casa e incentivo a vacinação e profissionais de Enfermagem para orientações e aplicação das doses padrão e fracionada. Sendo assim, houve uma reunião com as coordenações dos serviços para discussão de estratégias onde se decidiu reservar um espaço com grande capacidade, com a participação de um palestrante médico infectologista para abordar a fisiopatologia da doença, tratamento e demais procedimentos e de uma pessoa responsável pela central de Imunização do Município que abordaria a especificidade técnica de administração das doses e operacionalização da campanha.

OBJETIVOS

Através da qualificação dos grupos, possibilitar a expansão do conhecimento sobre a aplicação da dose fracionada, desmistificando as crenças de que a dose não protege ou que a vacina mata e promovendo a divulgação da campanha aos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Em local reservado com grande capacidade para os profissionais de saúde, foi abordado por médico infectologista da rede sobre as arboviroses, sintomas, tratamento e prevenção, especialmente sobre a febre amarela. Após a abordagem médica, a enfermeira da imunização

detalhou as especificidades da campanha, orientou sobre aplicação da dose fracionada, tempo de validade do frasco após abertura, população a ser vacinada e eventos adversos. Durante e após a explicação de ambos, houve o esclarecimento de dúvidas diversas o que elucidou a todos.

RESULTADOS

Participaram 369 profissionais dentre eles Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Alunos e Docentes das Escolas Técnicas e de Graduação em Enfermagem que dentro de suas funções, se empenharam para a sensibilização e esclarecimento da população no decorrer da campanha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualificação de equipes é um método eficaz para o envolvimento dos profissionais de saúde diante de ações como a Campanha de Vacinação contra Febre Amarela. Através do conhecimento e sensibilização dos profissionais, torna-se mais efetiva a abordagem à população. A estratégia de qualificação em massa promove uma fala única entre as equipes. O empenho das coordenações dos serviços de Urgência e Emergência, Atenção Primária e Escola da Saúde e Escolas de Enfermagem foram importantíssimas para o sucesso da qualificação

Vigilância em Saúde

REAVALIAÇÃO DA INTERFERÊNCIA DA VACINA ENGERIX B NOS RESULTADOS DO HBSAG REALIZADOS NA PRIMEIRA CONSULTA PRE NATAL

Elaine Cristina Manini Minto, Claudia Siqueira Vassimon, Eduardo Bras Perim, Renata Cristina Boscariol Manetta, Carmen Silvia Cafe Soares
1 Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No protocolo de atendimento à gestante em Ribeirão o teste HBsAg qualitativo é realizado para todas as gestantes atendidas na atenção básica no SUS na primeira consulta Pré Natal. Em 2015 realizamos um estudo para avaliarmos o número de gestantes com resultados Reagentes próximos ao cut off que se apresentavam muito acima do esperado. As gestantes testadas nos anos de 2013 e 2014 foram avaliadas neste estudo. Neste período, as gestantes eram encaminhadas para vacinação logo no primeiro atendimento com a enfermeira que já solicitava e agendava as coletas da sorologia imediatamente. O estudo nos mostrou que o teste HbsAg sofre interferência da vacina Engerix B que contém 20 µg do Antigénio de superfície da hepatite B, no caso de ser aplicada até uma semana antes da coleta do exame. Observamos que 94% das gestantes com resultados REAGENTES próximos ao CUT OFF e 67% das gestantes com resultados indeterminados neste estudo receberam uma dose da vacina até cinco dias antes da coleta. Após a repetição da sorologia todas as gestantes vacinadas negativaram o HbsAg após 30 dias. Este estudo resultou na mudança do protocolo de encaminhamento da gestante para vacinação da Hepatite B. Para eliminação desta interferência as gestantes são encaminhadas primeiro para a coleta das sorologias do Pré Natal e após a coleta, para a sala de vacina.

OBJETIVOS

O objetivo deste novo estudo foi avaliar o impacto da mudança do protocolo nos resultados obtidos na sorologia pre natal para Hepatite B em relação ao número de resultados falso positivos e a taxa de positividade encontrada nas gestantes testadas.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo que utilizou os bancos de dados do Laboratório Municipal e do módulo de vacinas do sistema Hygia da Secretaria da Saúde. Todas as gestantes testadas de maio de 2015 a março de 2017 atendidas no SUS foram selecionadas para este estudo. O teste utilizado foi o Architect HbsAg Qualitative II, ABBOTT.

RESULTADOS

No primeiro estudo (24 meses) foram testadas 10570 gestantes com 26 (0, 24%) Reagentes (cut off >=5. 00) e 95 (0. 9%) Reagentes próximas ao cut off (1. 00-4-99). Destas, 83 receberam vacina para Hep B até 5 dias antes da coleta e as 75 que repetiram o HbsAg em 30 dias negativaram o exame. No presente estudo (22 meses) 10359 gestantes foram testadas com 12 (0, 12%)

Reagentes (cut off >=5. 00) e 36 (0, 3%) Reagentes próximas ao cut off (1. 00-4-99). Destas, 24 receberam vacina para Hep B até 5 dias antes da coleta e as 19 que repetiram o HbsAg em 30 dias negativaram o exame.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança no protocolo de encaminhamento da gestante para vacinação diminuiu em 60% o número de HbsAg falso positivo devido aos vestígios do antígeno S presente na vacina. Entretanto, é preciso reforço nas orientações nas unidades onde foram identificadas as 24 gestantes com exames reagentes que foram vacinadas antes da coleta do HbsAg. A taxa de positividade teve redução de 50%. Precisamos monitorar essa taxa para verificarmos se a prevalência está realmente diminuindo entre as gestantes.

Vigilância em Saúde

REFLEXÕES TEÓRICO PRÁTICAS SOBRE PERDAS VACINAIS

Viviane Azevedo COLETO, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryschek
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A vacinação constitui uma ação da Atenção Primária à Saúde (APS), impactando favoravelmente nas condições gerais de saúde da população. Além disso, representa um dos avanços da tecnologia na área de saúde nas últimas décadas, constituindo-se no procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor da saúde. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973 com a finalidade de coordenar as ações para imunizar a população, controlar e, até mesmo, erradicar as doenças imunopreveníveis. O PNI é referência mundial nas estratégias de vacinação tais como: vacinação de rotina, campanhas anuais de vacinação, estabelecimento de metas de cobertura vacinal, ampliação da população-alvo, política de incentivo e ampliação da produção de vacinas. O Brasil tem um Programa de Imunizações que é referência mundial e em contrapartida convive com problemas básicos do dia a dia como as perdas vacinais, as perdas técnicas e físicas. A perda técnica é considerada uma perda justificável, pois deve-se a inutilização da vacina por vencimento após a abertura de frascos multidoses, por não haver demanda de pessoas a serem vacinadas. As perdas físicas são consideradas evitáveis, os motivos das perdas físicas podem ser classificados em: quebra de frasco, falta de energia, imunobiológico desprezado por exposição à temperatura inadequada, por interrupção no fornecimento de energia elétrica, por falha no equipamento, por ocorrência de falha mecânica no equipamento de refrigeração, validade vencida, expiração do prazo de validade informado no rótulo do produto, procedimento inadequado, falha no transporte e outros motivos. O acompanhamento e o diagnóstico dessas perdas são imprescindíveis para gerenciar adequadamente o PNI, pois essas podem onerar o orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e desperdiçar recursos importantes, para a prevenção de diversas doenças que afetam a Saúde Pública no Brasil.

OBJETIVOS

Diagnosticar e caracterizar as perdas vacinais das UBSs da Região Oeste do Município de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, relativo às perdas físicas e perdas técnicas de imunobiológicos das UBSs da Região Oeste do município de São Paulo. Para a realização do estudo foram consultados termos de notificação de alteração de temperatura, termos de inutilização de imunobiológicos, memorandos de alteração de temperatura, registros de movimentação de imunobiológicos, que mensalmente as UBSs enviam para SUVIS (Supervisão de Vigilância em Saúde), relativos ao ano de 2015 das UBSs da Região Oeste do município de São Paulo. A partir desses registros, foi calculada a taxa total das perdas,

prevalência das perdas técnicas, prevalência de perdas físicas e os motivos das perdas físicas, prevalência das perdas não categorizadas e a razão das doses aplicadas por doses utilizadas.

RESULTADOS

Na análise dos relatórios de movimentação mensal de imunobiológicos e de doses aplicadas, foi constatado que as perdas vacinais das UBSs da Região Oeste do Município de São Paulo, no ano de 2015, totalizaram 71, 3 % de perdas vacinais em relação aos imunobiológicos estudados, a prevalência de perdas para a vacina BCG foi estimada em 85, 5%, a maior taxa, seguida da vacina Febre Amarela 61, 9% e a terceira maior taxa de perda foi atribuída à vacina Tríplice Viral 56, 9%. A menor taxa de perda foi encontrada na vacina Pneumocócica 10 valente ; 5, 6%. A prevalência de perda técnica foi de 18, 6% e a prevalência de perda física 28, 4%. Dentre os motivos das perdas físicas, obteve-se destaque para a falta de energia elétrica, representando 18, 4 % das mesmas; as perdas não categorizadas totalizaram 24, 2%. Quanto à razão de doses aplicadas, por doses utilizadas, a vacina que apresentou o maior percentual de perdas foi a vacina BCG, visto que para cada dose aplicada foram perdidas 4, 86 doses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de perdas vacinais é de extrema relevância para o conhecimento dos diferentes tipos de perdas de imunobiológicos e sua identificação poderá auxiliar os profissionais de saúde e gestores a tomarem medidas necessárias para minimizá-las, reduzindo desperdícios em gastos públicos na saúde e melhorando o desempenho das políticas públicas nessa área. Os resultados demonstraram que a maior causa de perda vacinal nas Unidades Básicas de Saúde da Região Oeste do município de São Paulo são as perdas físicas, em decorrência da falta de energia elétrica, sem comunicação prévia. No entanto, obteve-se uma elevada taxa de perdas não categorizadas. Na opinião da pesquisadora, essas perdas poderiam estar correlacionadas às perdas técnicas, visto que as perdas físicas ocorridas por alteração de temperatura foram comprovadas com as notificações de alteração de temperatura enviadas para o PADI-CO no ano de 2015. O presente trabalho propiciou a realização de uma cartilha informativa que poderá subsidiar alternativas que visem minimizar as perdas vacinais nas UBSs da Região Oeste do Município de São Paulo. Essa cartilha será apresentada aos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a saber: Coordenadoria de Saúde da Região Oeste (SUVIS Oeste) e Gerência de Imunização (COVISA).

Vigilância em Saúde

RELATO DAS AÇÕES DE COMBATE A ARBOVIROSES NO MUNICÍPIO DE MAIRIPORÃ DURANTE A EPIDEMIA DE FEBRE AMARELA

Mario Sergio Romaro, André Leite Romero, Leticia Schemidt Brilha Vicente, Patricia Maia Cipollari
1 Prefeitura Municipal de Mairiporã - Prefeitura Municipal de Mairiporã

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A partir de outubro de 2017 resolveu-se incrementar as ações de controle de vetores urbanos, tendo em vista a prevenção da urbanização da febre amarela.

OBJETIVOS

Relatar as ações de combate a Arboviroses no Município de Mairiporã durante a epidemia de Febre Amarela.

METODOLOGIA

As ações foram baseadas em alguns parâmetros acordados com a Secretaria de Saúde em conjunto com a SUCEN. Foi levado em conta o local onde ocorreram as Epizootias e os casos Suspeitos em Humanos, sendo definido o seguinte critério para direcionar as ações aplicadas: • Bairros populares a médio padrão, com lotes entre 250 a 500 m2, com grande quantidade de residências, com concentração populacional, próximos dos centros urbanos, com casos positivos de PNH morto ou com suspeita de Humanos infectados, com histórico do vetor Aedes aegypti, com condições adequadas aos trabalhos. As ações aplicadas foram as seguintes: • As ações de Bloqueio de Controle de Criadouros (BCC), para a eliminação de larvas de culicídeos vetores de arboviroses. • Analise de larvas coletadas. • As ações de nebulização costal foram empregadas em quase a sua totalidade dos casos, salvos por algum motivo explicado no tópico. • As ações de nebulização veicular da SUCEN foram empregadas em locais com topografia suave, pelo fato de ser aplicado por maquina montada no veiculo que pulveriza o inseticida "MALATHION" em solução aquosa, não atingindo grandes distâncias, no máximo segundo os técnicos por volta de 30 m. • As ações de "FUMACÊ" foram aplicadas em todos os bairros centrais da cidade, bem como os bairros periféricos e populares, com positividade de suspeitos e como prevenção contra as arboviroses, sendo assim estendidos nas suas adjacências, mas não aplicado a locais com mata em seu entorno. Este tipo de aplicação se enquadra em locais com topografia mais íngreme, pelo fato do inseticida "ICON" ser usado em solução oleosa com grande dispersão atingindo grandes distancias através de deriva pelo vento. • Ações de "Cata treco", em bairros populares e periféricos.

RESULTADOS

Segue o diário das ações que achamos mais relevantes. 1. 30/10/2017 – PNH positivo para vírus amarílico em uma região central do Município de Mairiporã, na região da E. E. Profª Nide Zaim

Cardoso. Ações: Bloqueio de Controle de Criadouros (BCC), seguido de Bloqueio de Nebulização costal (BNc). 2. 21/11/17 – 4 PNH mortos, no Loteamento Campos de Mairiporã – Gleba II. Visita de técnicos da SUCEN. Definimos que pelas características do bairro seria ineficaz ações de BN (loteamento com chácaras acima 1. 000 m² com muita vegetação na frente dos lotes). Feito BCC com a equipe municipal e ações de orientação e investigação. 3. 02/12/17 – 8 PNH mortos, na região da Serra da Cantareira, em um Bairro informal formado por parcelamento ilegal solo, denominado com Bairro do Caraguatá, onde há grande concentração de casas populares e próximas umas das outras. As ações de BCC nos dias 07, 08 e 09/12, em um sábado com as ACS, na semana subsequente a SUCEN fez o rescaldo e o BN. Nesta região foi iniciado a "Operação Cata treco", realizada pela equipe da Secretária de Obras. 4. 06/12/17 – 1 PNH morto no Bairro Lagoa do Barreiro, este bairro está localizado próximo a cidade e a outros bairros com grande concentração de casas, fizemos as ações de BCC com a equipe municipal nos dias 06 e 09/12 e no dia 11/12 fizemos uma ação com as ACS, na semana seguinte a SUCEN fez o rescaldo e o BN. 5. 12/12/17 – Muitos PNH na região da Serra da Cantareira e que como o que aconteceu no Gleba II não teria efetividade, mas apareceu um PNH próximo de uma região onde se concentra a população mais humilde, com a presença de comercio e casas muito próximas uma das outras, foi decidido junto aos técnicos da SUCEN uma ação de BCC e BN em locais mais concentrados. Até o dia 14/12/17, feitas ações de BCC, seguido do rescaldo da SUCEN e com a finalização do BN. 6. 02/01/18 – Recebemos a noticia de alguns casos com suspeita de FA e com alguns óbitos de humanos. Investigamos os casos na sua ocorrência e os locais onde moravam, trabalhavam e descobrimos que a maioria passou por atendimento no Hospital Maternidade de Mairiporã ficando alguns dias sem o fechamento do diagnostico, isto veio a acontecer entre os dias 26/12 a 31/12/17. Juntando com alguns moradores da cidade que moravam no centro que contraíram e vieram a óbito, decidimos fazer uma ação mais intensificada na região central do município, levando se em conta as proximidades do Hospital e os casos de moradores vitimas da FA. Na semana subsequente as ações que estávamos fazendo recebemos a visita da equipe técnica de captura de mosquitos através da Tec. Juliana foi pedido para que aspirassem as dependências do Hospital e tivemos a confirmação da presença de Aedes aegypti e a SUCEN recebeu a noticias da gravidade que estávamos passando. Realizamos reunião na SMS Mairiporã com o Diretor da SUCEN e equipe, onde ficou acertado a ajuda desta instituição no combate mais efetivo e com técnicas mais agressivas. Estudou-se a área em questão aumentando mais áreas adjacentes, onde foi feito rescaldo das áreas que já havíamos feito mais BCC de outras áreas com a aplicação de inseticida com nebulizadores costais e com a aplicação de nebulização veicular, sendo este feito em 3 ciclos. As ações se estenderam até o dia 31/01/18, completando a nebulização costal e os 3 ciclos de nebulização veicular. 7. 13/01/18 – Recebemos a confirmação de mais um óbito, agora no Distrito de Terra Preta. Constatado um óbito no distrito de Terra Preta do Sr. Josué, trata-se de um Sr. acamado morador do Bairro Colinas, bairro este com grande concentração de população e de muitas casas. Fizemos BCC com a equipe municipal em conjunto com as ACS, seguido da ajuda da SUCEN com o rescaldo e aplicação de inseticida por nebulização costal e nebulização veicular em 3 ciclos. Ações seguiram até o final do mês de fevereiro do mesmo porte das citadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações elencadas são de fundamental importância quando feitas dentro dos ciclos específicos.

Vigilância em Saúde

Relatório de Atendimento de Acidentes de Trabalho: estratégia de gestão do cuidado em Diadema

Arlindo Antonio Silveira, Nancy Yasuda, Adriana Lima Cruz da Silva, Solange De Souza Silva, Claudia Leone, Katia Cheli Kanasawa, Artur Modena, Wilson Barbosa, Maria da Penha dos Santos, Andreia De Conto Garbin
1 Prefeitura do Município de Diadema - Prefeitura do Município de Diadema

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As ações de saúde do trabalhador no Município de Diadema são desenvolvidas junto à rede de saúde desde 1995, ano de implantação da ficha específica de notificação de eventos relacionados ao trabalho, o Relatório de Atendimento de Acidentes de Trabalho – RAAT. A emissão do RAAT independe de vínculo empregatício do trabalhador, bem como independe de sua relação com a previdência social. Cumpre papel dentro do sistema de saúde em diversos campos: como ficha de notificação de eventos relacionados ao trabalho; como relatório de atendimento médico e como instrumento de notificação de acidentes/ doenças relacionadas ao trabalho dos servidores públicos municipais de Diadema. Em 2008, foi estruturado um banco de dados informatizado para o RAAT, que daquele ano até 2016 apresentou um total de 36. 009 registros. Constata-se que o número de registros vem caindo significativamente ao longo dos anos, sendo que no ano de 2008 ocorreram 5569 registros, e em 2016 somente 2648.

OBJETIVOS

• Apresentar um painel da situação envolvendo os eventos relacionados ao trabalho, na rede municipal de saúde de Diadema no período 2008 a 2016. • Avaliar a capacidade e limitações da RAAT, como documento de notificação, que retrate de maneira fidedigna a situação de atenção aos eventos relacionados ao trabalho na rede municipal de saúde de Diadema; • Estudar e avaliar os motivos da queda do número de registros de eventos relacionados ao trabalho; • Realizar devolutiva das notificações junto as equipes de saúde envolvidas; • Divulgar a informação e estimular aumento das notificações dos eventos relacionados ao trabalho através do instrumento (RAAT); • Estabelecer uma rotina de discussão da informação, em especial das questões envolvidas com a saúde do trabalhador, na rede municipal de saúde; • Buscar a construção de indicadores relativos a saúde do trabalhador no município de Diadema.

METODOLOGIA

• Constituir um grupo, dentro da equipe do Cerest Diadema, a partir de agosto de 2017, com a finalidade de separar e tabular os dados cadastrados no sistema; • Discutir os dados e apresentar a equipe do Cerest os dados tabulados; • Elaborar um boletim informativo • Divulgação do boletim à rede de saúde e outros parceiros • Analisar o processo de formulação do boletim, e propor uma continuidade do trabalho

RESULTADOS

• Dados tabulados a partir das categorias: gênero, unidade notificadora; tipo de acidente; tempo de afastamento; faixa etária; diagnóstico principal; agente causador. • Discussão e avaliação em equipe dos resultados encontrados, e forma de apresentação da informação; • Elaboração de Boletim Informativo • Divulgação do "Boletim Informativo Cerest Diadema", nº 01, em dezembro de 2017

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do período analisado, observou-se queda acentuada das notificações e crescimento dos RAAT para o gênero feminino, que passou de 18, 7% em 2008 para 28, 9% em 2016. Na totalização do período, a rede de urgência/emergência foi responsável por 76, 5% das notificações, sendo que o Acidente de Trabalho Típico apareceu como o mais frequente (67, 5%), seguido dos registros em branco(14, 3%). O acidente de trajeto representou 11, 3% e as doenças do trabalho, 6, 9% dos RAATs. O tempo de afastamento foi inferior a 15 dias em 69, 8% das ocorrências, e em 8% apresentou afastamentos superiores a 15 dias. Em 22, 2% das RAAT's não foi informado o tempo de afastamento. A maior frequência de acidentes ocorreu na faixa compreendida entre os 19 e os 39 anos, com 65, 2% dos registros. Estes valores decresceram gradativamente até a população com 59 anos. Cerca de 8 % dos acidentes ocorreram em trabalhadores com mais de 60 anos ou menores de 18 anos. Referente ao diagnóstico, 42, 6% foram Ferimentos Corto Contusos/FCC e Contusões, diagnósticos considerados leves. 4, 2% referiram-se às Ler/DORT—Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho e 1, 6% às Lombalgias. 3, 1% das RAAT's apresentaram-se com o campo diagnóstico ilegível e 13, 6% sem preenchimento. Dos dados relativos ao agente causador, 12, 2% informaram acidentes com Máquinas/Equipamentos, 11, 5% ao impacto de objetos, 6, 9% à veículo de transporte e 6% aos Esforços físicos/Peso. Em 40, 1% dos RAAT este campo apresentou problemas, falta de preenchimento (29, 6%), ilegível (5, 6%) ou com preenchimento errado (4, 9%). Disponibilizar essas informações para a rede de saúde foi uma das estratégias para o restabelecimento de um canal de comunicação e troca, de esclarecimento sobre a importância da notificação e de responsabilidade com a qualidade da informação. Esse trabalho deve continuar e a regularidade no retorno das informações é fundamental.

Vigilância em Saúde

REORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE SERVIÇOS PARA O CONTROLE DA TRANSMISSÃO DA DENGUE EM MAUÁ – SP

Robervânio Romeiro Damasceno
1 Prefeitura Municipal de Mauá - Prefeitura Municipal de Mauá

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Historicamente até 2014, o município de Mauá jamais havia sofrido epidemia ou sequer um grande número de notificações que pudesse superlotar os serviços de assistência. O registro de casos suspeitos de dengue no município de Mauá de 2005 a 2014 foi de 1. 655 notificações no período, quando somente em 2015 registramos 2112 notificações de suspeitos, superando em quase 13 vezes a média anual dos 10 anos anteriores que foi de 165 suspeitos. Paralelo a isso, já havíamos registrado 98 casos autóctones até aquele momento, número muito alto para um município que registrou transmissão pela primeira vez no ano anterior, 2014, com cinco casos em todo ano. Essa percepção da explosão de notificações possibilitou desencadear estratégias e ações para realizar o máximo de bloqueio de criadouros e reduzir aquela transmissão jamais vivida no município e preparando para o enfrentamento de epidemias posteriores, manutenção de estratégias permanentes até hoje refletindo na queda dos casos.

OBJETIVOS

Manter qualificação, organização e integração da rede de saúde e outros departamentos para priorizar ações estratégicas e assim evitar e/ou reduzir a transmissão da dengue e outras arboviroses em Mauá.

METODOLOGIA

Foi realizada em 2015, após observar um aumento expressivo de notificações, uma transferência da equipe de supervisores do Controle de Zoonoses e Agentes de Controle de Endemias (ACE) para o mesmo prédio da Vigilância Epidemiológica (VE) que possibilitou análise conjunta dos casos a partir das Fichas de Investigação Epidemiológica (FIE), contato telefônico para boa parte dos pacientes investigando sinais e sintomas, início dos sintomas, local de residência, deslocamentos, ocupação, visto que recebíamos a maioria das FIE sem alguma dessas informações, objetivando priorizar os bloqueios de criadouros, pois tínhamos uma equipe de ACE pequena em relação ao volume de notificações que estávamos recebendo. Também sensibilizamos novamente toda rede de saúde para a importância da notificação oportuna e rápida e criamos um grupo em um aplicativo de mensagens online para melhorar a comunicação com a VE enviando a foto após o preenchimento da FIE. Além disso, a secretaria de saúde criou um programa de notificação online municipal para as UPA's, possibilitando a consulta instantânea pelas Unidades Básicas de Saúde dos pacientes de sua área de abrangência para o monitoramento e permitiu a VE captar diariamente esses registros para a rápida tomada de decisão. Também foi deslocada uma equipe da Atenção Básica para dar apoio às UPA's melhorando a assistência e encurtando o tempo de chegada da FIE à VE.

RESULTADOS

Após a reorganização do processo de trabalho entre a VE, Zoonoses e assistência com apoio da secretaria de saúde foram realizados a maioria dos bloqueios de criadouros necessários em tempo oportuno a partir da criterização e priorização dos casos reduzindo, significativamente e gradativamente, a transmissão dessa arbovirose no município nos anos posteriores, principalmente em 2017 com a continuidade do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho conjunto no mesmo local entre a Vigilância Epidemiológica e equipe de Controle de Zoonoses de Mauá, possibilitou uma qualidade na investigação dos casos e efetividade na realização dos bloqueios de criadouros, após priorização dos casos pela equipe. Essa reorganização no processo de trabalho está sendo importante para controlar um aumento no número de casos e evitar uma possível epidemia através de ações qualificadas e objetivas. Essa integração das equipes está essencial, não só para a redução contínua dos casos de dengue, mas também evitar a transmissão efetiva de qualquer outra arbovirose transmitida pelo Aedes aegypti.

Vigilância em Saúde

RETENÇÃO, ADESÃO E SUPRESSÃO VIRAL EM 84 % DOS PACIENTE RECÉM DIAGNOSTICADOS ADMITIDOS COM INFECÇÃO PELO HIV NO AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM MOLÉSTIAS INFECCIOSAS DO PROGRAMA DE IST/AIDS DE SANTO ANDRÉ/SP.

Elaine Monteiro Matsuda, Paula Araújo Opromolla, Luana Portes Ozório Coelho, Giselle de Farias Romero, Cintia Mayumi Ahagon, Marcia Furquim de Campos, Luís Fernando de Macedo Brígido
1 Secretaria Municipal de Saúde de Santo André - Secretaria Municipal de Saúde de Santo André

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Diagnosticar 90% das pessoas vivendo com HIV/AIDS, incorporar e manter 90% destas em tratamento regular, e entre os tratados manter 90% com controle virológico (critério da Organização Mundial de Saúde – OMS de supressão: viremia menor que 1000 cópias/mL) é a principal estratégia para pôr fim à epidemia de AIDS (OMS/UNAIDS). Pacientes com diagnóstico tardio tem custos mais elevados para o SUS, além de manter a cadeia de transmissão. Avaliar a factibilidade desta meta em serviços do SUS e entender a situação local são importantes para ajustar as políticas públicas de saúde.

OBJETIVOS

Avaliar a meta 90-90-90 em serviço do SUS e entender as características da população recém diagnosticada com infecção pelo HIV.

METODOLOGIA

Avaliação prospectiva de 239 pacientes recém-diagnosticados com HIV, recrutados consecutivamente de jan/2011-fev/2015, quanto a características sócio-demográficas, retenção no SUS, resposta à terapia antirretroviral (TARV), CD4 (BD, EUA) e biologia molecular: carga viral (CV, Abbott, EUA), subtipo viral (REGA/NCBI) e resistência primária (Stanford HIVdb). Variáveis contínuas estão descritas como mediana e percentis (IQR 25-75).

RESULTADOS

: Na admissão a idade mediana foi de 32 anos (25-41), maioria do sexo masculino (81%) 194/239, 69% desses homens, eram homens que fazem sexo com homens (HSH). Informação de raça/cor estava disponível em 204/239, entre estes 53% se auto referiram como brancos, 34% pardos e 12% pretos. A escolaridade foi relatada em 178/239, 23% tinham menos de 9 anos de estudo, 33% entre 10 a 12 e 18% com mais de 13 anos. A mediana de CD4 na admissão foi de 388 células/mm³ (205-616), sendo caracterizado diagnostico tardio em 24% com CD4 menor que 200 céls/mm³. A carga viral foi elevada com Log10 4, 55 (3, 99-5, 12). Resultado de genotipagem foi avaliada em 90/239, o subtipo predominante foi B (74%), C 8%, BF 7%, BC 6%, F 3%. Alguma resistência primaria de impacto clínico foi observada em 17%. O tratamento foi prescrito para 212/239 (87%), ajustado após genotipagem a critério médico. Foram considerados retidos 200/239 (84%), com 39 perdas de seguimento devido a: 10 (4%) transferências, 20 (8%)

abandonos/ignorados e 9 (4%) óbitos, sendo que 6/9 ocorreram antes do início da TARV. Na semana 24, entre todos 212 tratados, 171(81%) apresentaram CV suprimida <1000 cópias/mL (critério de supressão pela OMS) e 79% <200 cópias/mL. Entre os 190 casos com CV na semana 24, 90% (OMS) e 89% <200 cópias/mL. Na última observação, após uma mediana de seguimento de 127 semanas (91-178), considerando-se os 239 admitidos, a supressão viral (OMS) foi de 83, 7% e 92, 5% entre os 212 tratados. Quanto ao CD4 nesta última avaliação, a maioria 72% tinha mais de 500 células/mm³ entre os tratados, 69% para todos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A supressão viral entre os pacientes recém-diagnosticados num serviço público assistencial, sem características de instituição de ensino ou pesquisa, atingiram a meta da OMS, sugerindo a factibilidade da estratégia. A supressão menor que 200 cópias, que mantem o indivíduo como não transmissor também foi elevada. O tratamento universal adotado no final de 2013 e o novo esquema adotado em 2017, de menor toxicidade, podem melhorar ainda mais estas taxas, contudo, a elevada mortalidade após o diagnóstico, especialmente antes do tratamento, justifica a necessidade de dedicar esforços para melhorar a identificação pela rede de saúde e incorporação deste subgrupo com doença avançada. Estratégias de busca ativa dos faltosos são importantes para melhorar estes indicadores.

Vigilância em Saúde

SAÚDE E EDUCAÇÃO NO PARQUE

Celia Fátima Silva Exposto, Robert da Costa Ribeiro, Cassia Cristina Borges Palhas
1 Prefeitura Municipal de Ourinhos - Prefeitura Municipal de Ourinhos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A análise histórico-crítica da educação em saúde no Brasil, demonstra que, desde o século XIX, vem sendo no sentido de manter e ampliar as noções de higiene. Tal orientação foi reforçada pelas descobertas bacteriológicas, reduzindo a doença a uma relação de causa e efeito de ordem estritamente biológica. Não era considerada, a questão social nem o processo histórico de sua origem, (Loureiro, 1989). Também na mesma década, como aponta Lima (1985), houve o deslocamento da ação da polícia médica para a educação sanitária, através do modelo norte-americano. Segundo Melo (1987), entre as décadas de 1950 e 1960, houve um período áureo da educação sanitária no Brasil que articulava a saúde e a educação. O desenvolvimento adequado das atividades de educação ambiental e de educação em saúde, tanto no espaço escolar como fora dele, com crianças e adultos. A metodologia empregada e os conteúdos desenvolvidos nas atividades de educação em saúde na escola concorrem grandemente para esta situação. Vários estudos têm demonstrado que, geralmente, as atividades de educação em saúde na escola ou em ambientes extramuros são desenvolvidas com conteúdos ultrapassados; às vezes deturpados (Schall et al, 1987 b; Santos et al. , 1990); apresentados de maneira estritamente teórica (Santos et al. , 1990); desvinculados da realidade e necessidades dos alunos (Bastos, 1979; Candeias et al. , 1980; Candeias, 1984; Ferraroti, 1984; Schall et al. , 1987c) e inapropriados do ponto de vista a idade às quais se destinam (Schall et al. , 1987c). A metodologia das aulas, baseia-se na exposição teórica e prescrição de regras que os alunos seriam compelidos a seguir (Schall et al. , 1987c). Diante deste contexto que de longe não atende aos requisitos mínimos da moderna pedagogia ambiental, o projeto foi baseado e instrumentalizado na prática sempre aliado a teoria já vivenciada em sala de aula, sempre com foco principal na saúde pública, e caminhando no sentido de enfatizar o controle das arboviroses.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL Contribuir com a formação dos alunos, fornecendo um ambiente propício para a aprendizagem, e fixação do conhecimento de temas relacionados a saúde pública. OBJETIVO ESPECÍFICO Promover o encontro entre a teoria e a prática do ensino contextualizado em sala de aula, e trazer para o ambiente natural, com ênfase na prevenção das arboviroses como Dengue Chikungunya, Zika, e Febre Amarela, e aprofundando conhecimentos,

METODOLOGIA

Os alunos agendados chegam ao parque recebem as instruções iniciais através dos funcionários (monitores). Onde logo após realizam uma caminhada pelas trilhas do parque e ecológico que conta com um remanescente de mata atlântica quase intacta, no município, logo após este

tema, os alunos entram no quiosque, onde assistem a exibição de palestras, rodas de conversa, e demonstrações com fases imaturas do inseto vetor, no caso o Aedes aegypti, (Diptera, Culicidae), trabalham com material próprio para o tema, e é fornecido material extra, para o fechamento do tema em sala de aula.

RESULTADOS

No período de execução do projeto, que começou no mês de Março e foi executado até o mês de Dezembro, de 2017, encerrando assim o ano 01 do projeto, neste período foram atendidos mais de 5. 914 alunos na sua grande maioria da rede municipal de ensino, tanto do ensino infantil, como do fundamental ciclo 1 e 2, além de turmas do ensino médio das unidades estaduais e particulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos para qual objetivo o projeto foi iniciado ele atendeu todas as expectativas, vindo a colaborar com a maximização e potencialização de temas relacionados a saúde com prioridade para o controle das arboviroses, ficando para a sua sequência (se houver), uma gama de conhecimentos adquiridos, os quais não poderiam serem previstos antes da sua execução propriamente dita.

Vigilância em Saúde

SAÚDE E EDUCAÇÃO: AÇÕES COLABORATIVAS PARA A PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS DE CIDADE TIRADENTES, NA CAMPANHA CONTRA A INFLUENZA 2017

Iris Vivianne Resende Mendes, Andréia dos Santos Paixão, Ana Lucia Souza
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório com transmissão por meio de secreções das vias respiratórias da pessoa contaminada ao falar, tossir, espirrar ou pelas mãos, que após contato com superfícies recém-contaminadas por secreções respiratórias podem levar o agente infeccioso direto à boca, aos olhos e ao nariz. É muito elevada em ambiente domiciliar, creches, escolas e em ambientes fechados ou semifechados. As crianças com idade entre um e cinco anos são as principais fontes de transmissão dos vírus na família e na comunidade, sendo que podem eliminar os vírus por até três semanas. A principal intervenção preventiva em saúde pública para este agravo é a vacinação. Pensando nesta problemática, a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de Cidade Tiradentes em parceria com a Diretoria regional de Educação (DRE) Cidade Tiradentes /Guaianases, pactuaram ações de prevenção e promoção à saúde das crianças da região, com ações colaborativas entre as unidades básicas de saúde e unidades educacionais (CEIs e EMEIs).

OBJETIVOS

O objetivo desta ação é articular ações com as unidades escolares, a fim de alcançar a cobertura vacinal adequada na região de Cidade Tiradentes, bem como sensibilizar os responsáveis pelas crianças, quanto a importância da vacinação o mais precocemente possível, além de estimular a participação destes responsáveis ativamente no neste processo.

METODOLOGIA

A primeira ação foi participar de uma reunião do Programa de Saúde do Escolar para conhecer os representantes da DRE. O segundo passo foi realizar a reunião (12/04/17) de sensibilização com os representantes da divisão dos centros educacionais unificados e da educação integral (DICEU) da DRE, para propor a ação na região, onde expusemos a problemática e pactuamos as ações. Foi como responsabilidade da DRE convocar os diretores / coordenadores para uma reunião no CEU Inácio Monteiro, assim como a UVIS com o apoio da Supervisão Técnica de Saúde (STS), convocar os gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A terceira ação foi realizar a reunião de sensibilização (19/04/2017) e exposição das ações pactuadas para a campanha contra a Influenza, com os representantes dos Centros de Educação Infantil (CEIS), Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI) e Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF). Embora a campanha fosse para crianças de 6 meses a < 5 anos, aproveitamos o momento para sensibilizar as demais unidades de educação quanto aos surtos de varicela, caxumba, casos de meningite e sobre a mudança no calendário de vacinação ocorridos em 2017 (introdução da Meningo C para adolescentes e HPV para meninos). Nesta reunião estiveram presentes

representantes das unidades educacionais, os gerentes das UBSs e representantes da DRE, UVIS e STS. Além das questões técnicas abordadas, aproveitamos a oportunidade para apresentar os gerentes das UBSs de referência às escolas da área de abrangência de sua pertinência. Posterior a reunião enviamos para a DRE e estes repassaram à todas as escolas: 1- Comunicado - Este documento explica passo a passo da ação a ser realizada, tanto pela unidade de saúde como pela unidade educacional. 2- Apresentação realizada na reunião de 19/04/17 (PowerPoint). 3- Filipeta a ser entregue aos pais. 4- Planilha para registro dos alunos que não atenderam a convocação (susceptíveis). ativa destes remanescentes.

RESULTADOS

Após o período estipulado para devolução das filipetas avaliamos a situação e verificamos que a cobertura vacinal para a faixa etária era de 76% no território. A partir disto, escolhemos 5 unidades escolares que haviam tido baixa adesão à estratégia e ainda realizamos a vacinação in loco nas creches, aliado a estratégia de convocação pelas UBSs de ESF. Terminamos a campanha em 07/07/2017 como o único DA do município que atingiu a meta de cobertura vacinal para crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados, acreditamos que a estratégia de utilização da filipeta é de grande valia visto que conseguimos direcionar a atividade de sensibilização para escolas e ao mesmo tempo mantivemos os profissionais alocados nas unidades de saúde, em atividade de vacinação, evitando fila de espera e demora no atendimento. Salientamos que só obtivemos sucesso nesta ação devido ao empenho das unidades escolares na entrega e recolha das filipetas. Para qualquer atividade a ser realizada dentro da unidade educacional, é necessário comprometimento e emprenho dos profissionais que lá estão, em realizar a convocação, solicitação de carteiras de vacinação e na organização geral no dia da vacinação, para que o sucesso das ações seja alcançado. Percebemos que esta parceria onde cada equipamento tem suas responsabilidades bem definidas e a cumprem com maestria, é a chave do sucesso de ações nas escolas. Como ponto negativo, observamos que a entrega das filipetas na unidade escolar após a vacinação ainda é um desafio a ser superado. Esta é uma importante etapa de avaliação dos resultados que precisamos aprimorar.

Vigilância em Saúde

SIFILIS: UMA REALIDADE PRESENTE NA TRIAGEM AUDITIVA

Ana Lucia Del Nero, Gislaine dos Santos Silva
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este trabalho tem como objetivo apresentar um levantamento epidemiológico de casos de crianças encaminhadas para o Ambulatório de Especialidades de Pirituba para triagem auditiva com fator de risco infecção congênita/ sífilis, de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. A triagem auditiva tem por finalidade a identificação, o mais precoce possível, da deficiência auditiva nos neonatos e latentes. Consiste em medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição com o objetivo de encaminhá-las para diagnostico e intervenção adequadas. A TAN é uma das etapas de uma rede de serviços e ações que visa a atenção integral à saúde auditiva infantil. A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica de evolução crônica. Sua transmissão ocorre pelo contato sexual sem prevenção e pela forma vertical durante a gestação. O diagnóstico pode ser feito por meios de testes laboratoriais e o tratamento farmacológico é realizado principalmente com penicilina. Nos últimos anos, os casos de sífilis tiveram um aumento em todo o Brasil, segundo o Ministério da Saúde em 2016 o número de adultos com sífilis subiu 27, 9% em comparação ao ano de 2015. Em gestante, o crescimento foi de R$14, 7% e os casos congênitos foram de 4, 7%. Em relação aos casos da doença na gestação também houve um aumento constante em relação a 2010, em 2016 foram 37. 436 mil gestantes infectadas, sendo que 20. 474 casos a doença ocorreu de forma vertical. As conseqüências da doença no bebê podem variar de acordo com a gravidade da doença da mãe. Existem riscos de abortamento espontâneo, parto prematuro, e ao nascer, o bebê pode apresentar os sintomas da doença, tais como cegueira, dificuldade no raciocínio, surdez, dentre outros. Dessa forma, este levantamento teve inicio após a observação do numero elevado de mães que confirmaram adquirir sífilis antes ou durante a gravidez, cujos bebes foram encaminhados para o serviço do NISA – TRIAGEM AUDITIVA, por risco para deficiência auditiva.

OBJETIVOS

Apresentar levantamento epidemiológico de crianças encaminhadas para o Ambulatório de Especialidades de Pirituba para triagem auditiva com fator de risco infecção congênita/sífilis.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativa através de levantamento de pacientes encaminhados de Unidades de Saúde pertencentes ao território da Coordenadoria Regional de Saúde Norte para realização de triagem auditiva de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, considerando o objeto de estudo para amostragem o fator de risco infecção congênita/sífilis.

RESULTADOS

Em 2014 foram atendidas 98 crianças para realização de triagem auditiva, sendo 27 casos com risco para deficiência auditiva, dentre estes casos 4 foram detectados o fator de risco infecção congênita/sífilis e 23 outros determinantes. Em 2015 foram atendidas 81 crianças, sendo 30 casos com risco para deficiência auditiva, sendo 7 crianças detectadas como fator de risco infecção congênita/sífilis e 23 outros determinantes. Em 2016 foram 67 crianças atendidas, sendo 27 com risco para deficiência auditiva, sendo 15 casos com fator de risco infecção congênita/sífilis e 12 outros determinantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que apesar da diminuição do número de crianças atendidas para triagem auditiva, houve um aumento no número de casos, de 2014 para 2016, em relação ao fator de risco infecção congênita/sífilis. Dessa forma, percebe-se que a saúde pública tem um papel fundamental nesse contexto, no sentido de priorizar a descoberta precoce da doença, como o seu tratamento, além de promover ações de promoção e prevenção à saúde. Além disso, percebe-se a necessidade de realizar monitoramento ou acompanhamento desses casos.

Vigilância em Saúde

SOROLOGIAS PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS REALIZADAS DE 2007 A 2015 EM RIBEIRÃO PRETO: TAXA DE POSITIVIDADE ENCONTRADA FRENTE ÀS GESTANTES E POPULAÇÃO GERAL ATENDIDOS PELO SUS

Elaine Cristina Manini Minto, Gislaine Carla Bovo Gonçalves, Luiz Benjamin Trivellato Filho, Maria Lidia Marin, Andrea Paula Santos Aveiro
1 Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Embora o tratamento seja simples e efetivo a sífilis não foi erradicada e continua sendo um grande desafio à saúde pública, principalmente em relação à sífilis congênita. O diagnóstico sorológico deve ser feito de acordo com a Portaria 3. 242/2011 onde várias metodologias são previstas e a triagem pode ser realizada através de testes treponêmicos (Fluxograma B) ou não treponêmicos (Fluxograma A) sendo definido de acordo com a demanda laboratorial e ou definição do gestor local. A sífilis vem sendo amplamente discutida e vários planos de ação para ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e o tratamento adequado vem sendo implantados.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi organizar os dados das testagens sorológicas para sífilis realizadas no Laboratório Municipal nos anos de 2007 a 2015 nos diferentes segmentos populacionais de gestantes e população geral; determinar o número de pacientes testados nestas populações, a taxa de positividade encontrada e observar a tendência das curvas obtidas na distribuição gráfica dos dados.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo utilizando os bancos de dados do Laboratório Municipal e do Sistema Hygia. Todos os pacientes que realizaram sorologias para sífilis foram selecionados neste estudo e divididos da seguinte maneira: Gestantes que realizaram sorologia na primeira consulta Pré Natal e população geral que realizou sorologia para sífilis em qualquer situação. O Laboratório Municipal utilizou o Fluxograma A de 2007 a 2015 quando passou a utilizar o fluxograma B.

RESULTADOS

Nos últimos 9 anos foram realizadas para população geral 164. 435 sorologias para sífilis com 6673 (4, 03%) casos positivos e 43. 856 sorologias para sífilis em gestantes na primeira consulta Pré natal com 672 (1, 53%) gestantes positivas. Para as gestantes o número de sorologias realizadas ano a ano se manteve praticamente constante, e a partir de 2012 podemos observar um aumento de gestantes com sorologia reagente. Já para a população geral a partir de 2010 observamos um grande aumento no número de sorologias realizadas ano a ano. No ano de 2015 quando passamos a utilizar o fluxograma B, houve um aumento de positividade, o que já era

esperado, pois este fluxograma aumenta a sensibilidade do diagnóstico. A partir de 2012 podemos observar uma curva em ascensão. Já para as gestantes onde não houve grande variação no numero de testes realizados a curva se manteve ascendente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando estes dados podemos considerar um grande avanço em relação à ampliação do acesso à testagem sorológica de sífilis ano a ano. Podemos concluir que mesmo com a ampliação do acesso à testagem, o grande número de pessoas diagnosticadas e consequentemente tratadas, a sífilis não está controlada, pelo contrário apresenta-se com um aumento do percentual de positividade nos testes nos últimos anos e precisamos pensar em novas estratégias com políticas permanentes para conter este avanço.

Vigilância em Saúde

TAXA DE DETECÇÃO DO ANTI HCV REALIZADO NAS GESTANTES ATENDIDAS NO SUS E AVALIAÇÃO DA LEITURA (S/CO) OBTIDA COM A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HEPATITE C

Elaine Cristina Manini Minto, Eduardo Bras Perim, Renata Cristina Boscariol Manetta, Claudia Siqueira Vassimon
1 Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Desde 1998 o município de Ribeirão Preto conta com um protocolo para mulheres que procuram as unidades de saúde com suspeita de gravidez. Essas mulheres passam por consulta de enfermagem, é realizado o teste rápido de gravidez e sendo o teste positivo, são solicitadas as sorologias do pré-natal: anti-HIV, HBsAg, anti-Toxo G e M, Sífilis. Em maio de 2015 o teste ANTI-HCV foi incluído neste protocolo para todas as gestantes.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi identificar a taxa de detecção do ANTI-HCV nas gestantes atendidas na atenção básica e verificar se a confirmação diagnóstica apresentou relação com os valores do índice S/CO obtidos das pacientes, já que muitas apresentaram valores reagentes próximas ao CUT OFF.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo que utilizou os bancos de dados do Laboratório Municipal e o sistema Hygia da Secretaria da Saúde. Todas as gestantes testadas de maio de 2015 a março de 2017 atendidas no SUS foram selecionadas para este estudo. O teste utilizado foi o Architect anti-HCV (CMIA), ABBOTT. O teste de detecção do rna viral (PCR) é realizado na rede SUS para confirmação da infecção pelo vírus HCV.

RESULTADOS

Nos 22 meses de estudo foram testadas 10359 gestantes com 60 (0, 6%) REAGENTES no anti-HCV. Destas 19 apresentaram os valores de S/CO >=5. 0 com 5 resultados de PCR DETECTADO disponível no sistema, 6 gestantes encaminhadas para a referência de pré Natal de alto risco para seguimento, 4 gestantes com PCR NÃO DETECTADO e 4 que não colheram o PCR. As demais 41 gestantes REAGENTES apresentaram valores considerados próximos ao CUT OFF (1. 00-4. 99), segundo orientações do "GUIDELINES FOR LABORATORY TESTING AND RESULT REPORT" elaborado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em 2013 para orientação da interpretação do anti-HCV para investigação de prováveis resultados falso positivos. Destas 41, 35 apresentaram PCR NÃO DETECTADO, e 6 não coletaram o PCR até o presente momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos coincidem com as orientações do CDC em relação aos valores do índice S/CO obtidos para o teste utilizado da empresa Abbott. Os testes Reagentes com valores de 1. 00 a 4. 99 apresentaram todos os 35 resultados em que o PCR foi coletado como NÃO DETECTADOS, e nenhum PCR DETECTADO nesta faixa de valores. A prevalência estimada do HCV em gestantes de 0, 6% deve ser considerada com cuidado, pois somente 19 (0, 18%) das gestantes apresentaram o índice S/CO >= 5. 0, e considerando as orientações do CDC seriam as que foram realmente infectadas pelo vírus, as demais 41 podem ser casos de resultados falso positivo para anti-HCV.

Vigilância em Saúde

"VIGILÂNCIA EM SAÚDE: FORMAÇÃO DE NOVOS ARTICULADORES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA REDE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA SP, 2017

Fabiana Helena Beneduzzi, Lea Cristina Bagnola
1 Prefeitura Municipal de Votuporanga - Prefeitura Municipal de Votuporanga

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador. (Fiocruz, 2017) A vigilância epidemiológica reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos. Além disso, age no controle dessas doenças específicas, assim como no Processo de Trabalho e na construção participativa entre a Vigilância Epidemiológica e a Atenção Básica, foi observada a necessidade de instrumentalizarmos os profissionais atuantes nas Unidades de Saúde, para serem os Interlocutores de Vigilância em Saúde, levando a informação após as capacitações e treinamentos e de termos um profissional para que direcionarmos as necessidades quando necessárias (respostas rápidas).

OBJETIVOS

- Capacitar colaboradores da atenção básica em ações de vigilância em saúde com ênfase no conhecimento, na detecção ou prevenção enfatizando os fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva. - Instrumentalizar os colaboradores da Atenção Básica, para execução de ações de Vigilância Epidemiológica que possibilitem respostas rápidas, baseadas em orientação técnica permanente que fundamente a decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos.

METODOLOGIA

Após reunião realizada com a gestão do nível local no dia 31 de Março de 2017, explicamos o objeto daproposta - encontros quinzenais de 3 horas cada, presenciais, necessidade de indicação de profissionais com perfil. Foram abordados temas de Vigilância Epidemiológica, comodefinição, portarias, sistemas de informações, a importânciada notificação rápida e coleta de dados epidemiológicos, indicadores e todas as discussões de fluxo e rotinas dos agravos da Vigilância Epidemiológica.

RESULTADOS

• Instrumentalização dos profissionais da Atenção Básica com o conhecimento e a visão de Vigilância em Saúde/Epidemiológica; • Estabelecimento de vínculo entre Unidades de Saúde e

a Vigilância Epidemiológica, determinando respostas rápidas diante os agravos • Socialização do conhecimento entre os profissionais fazendo com que osmesmos sejam corresponsáveis na vigilância dos agravos • Capacitação22 profissionais da Atenção Básica entre nível técnico e graduação de enfermagem; • Avaliação do preenchimento da ficha de avaliação pelos treinandos, referente a capacitação • 95 % Avaliaram como bom o treinamento • Conseguiram compreender, pois foram apresentados de forma clara e objetiva os assuntos abordados, assuntos de interesse e relevância, participação de todos os colaboradores da Vigilância Epidemiológica; • Envolvimento com os profissionais de nível técnico; • Atualizações dos agravos; • Trocas de experiências; • Melhoria da qualidade no preenchimentos das fichas de notificações dos agravos compulsórios • Aumento do número de notificações pela Atenção Básica • Colaboradores gostaram da experiência dos encontros e solicitam que permaneça em 2018

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho na Vigilância em Saúde/Vigilância Epidemiológica ele faz pelo dinamismo diário, envolvimento e comprometimento dos profissionais inseridos nos serviços de saúde, buscando formas de otimização e melhorar as informações nas notificações/investigações epidemiológicas, norteando dados para diagnóstico e traçarmos perfis epidemiológicos do município e mesmo por território das Unidades de Saúde, monitorando os agravos e desencadeando ações de prevenção, promoção à saúde.

Vigilância em Saúde

GRUPO DE AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE COM ÊNFASE EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Dieine Morise Mendes Garcia, Maria Aparecida Moreira Martins
1 Prefeitura Municipal de Jales - Prefeitura Municipal de Jales

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As ações educativas obedecem às diretrizes pertinentes a cada época, enquanto subsídio para as ações de Saúde Coletiva/Hanseníase. Sob a coordenação do GVE XXX e estimulados pelo Instituto Lauro de Souza Lima o serviço de interlocução da Hanseníase da cidade de Jales tomou conhecimento de grupos de autocuidados e como realiza-los. Em levantamento realizado em 2015, num período de 10 anos, foi constatado que havia cerca de 30 % de pacientes cadastrados no serviço, sem diagnóstico concluído e em abandono do tratamento de hanseníase. Havia uma necessidade de que todos os pacientes, tanto os suspeitos, os confirmados, bem como os respectivos familiares tomassem conhecimento sobre todos os aspectos da Hanseníase. O trabalho foi baseado, nos manuais do Ministério da Saúde, que preconizam a avaliação dos comunicantes intradomiciliares e indicação de administração de segundas doses de BCG.

OBJETIVOS

Incentivar o autocuidado com o corpo, prevenindo possíveis incapacidades causadas pela Hanseníase. Definir e conhecer os sinais e sintomas da doença e suas formas, como se dá a transmissão, diagnóstico, tratamento, avaliação e prevenção de incapacidades, quem são os comunicantes, os direitos e deveres do paciente. Estimular a população alvo a participar de encontros de Educação em Saúde.

METODOLOGIA

Foram trabalhados seis eixos temáticos no campo da educação em saúde: determinantes do processo saúde/doença; ação principal que é a adesão ao tratamento; enfoque metodológico construtivista; ator principal englobando paciente e seus familiares; cenário epidemiológico atual e papel do indivíduo na erradicação da Hanseníase. O tema foi explorado através de educação em saúde, utilizando um método participativo e lúdico. Foram utilizados materiais informativos, indicados pelo Ministério da Saúde como a coletânea de manuais da Hanseníase, o Álbum Seriado da Fundação Paulista de Hanseníase (facilitando e uniformizando informações), panfletos, manual Cuidados para evitar Complicações, Guia de Prevenção de Alterações Oculares em Hanseníase, Cartilha Eu me cuido e Vivo Melhor, apostila do Curso de Fisioterapia no PSF e NASF, Ficha técnica Hanseníase- atividades de controle e manual de procedimentos, e Livro de Educação em Saúde, autores Zenaide Lazara Lessa e Ana Cláudia Fedato Nascimento. Após apropriação de conhecimentos, houve troca de experiências, relatos e discussão de casos. Para integração e descontração foram aplicadas algumas dinâmicas criando um ambiente acolhedor; destacado a importância e o incentivo ao sigilo; exibição de vídeos e imagens em slides, distribuição de apostilas com linguagem acessível, elaboradas pela própria equipe, instruindo autocuidados. Houve um encontro com cada uma das quatorze famílias e uma

reunião com todas juntas, envolvendo seus membros na reflexão sobre a importância de quebrar a cadeia de transmissão da hanseníase, prevenindo futuros casos da doença; o estigma da doença e seus estereótipos; o cuidado com a saúde do indivíduo e com a saúde coletiva no contexto da saúde pública.

RESULTADOS

Quatorze famílias foram avaliadas em 2017. Dez delas eram de pacientes que estavam em tratamento com poliquimioterapia, as outras quatro, de pacientes que continuaram em acompanhamento no serviço, mesmo após a alta, fazendo uso de outras medicações e tratando reações e/ou incapacidades. Durante os encontros com as famílias, constatamos o quão leigo são os nossos usuários, junto a uma completa desinformação relacionada à hanseníase. Dentre os pontos positivos, ressaltamos uma aceitação do tratamento e o aumento da adesão, além da inclusão da avaliação de comunicantes, envolvendo estes na prevenção da doença e participação no tratamento do paciente. Houve avanço no trabalho integrado entre o SAE/CTA de Jales e a Atenção Básica, o que contribuiu para a proximidade com o paciente e incentivo para um tratamento efetivo, reduzindo as distâncias. Em 2017 um paciente abandonou o tratamento. Portanto, a taxa de abandono foi reduzida de 30 % para 7 %. A segunda dose da vacina BCG que antes do projeto não acontecia, com as ações do projeto atingiu 100 % de administração da vacina nos comunicantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito foi explorado com os encontros em 2017, e muito há que se explorar. Para tanto, o Grupo de Autocuidados será prioridade nas ações do SAE/CTA, pois ficou evidente a importância de trabalhar com os pacientes e seus familiares, buscando a qualidade de vida, a autoestima e a convivência com a doença da melhor forma possível. Em 2018 o trabalho será na perspectiva de aquisição de práticas de cuidados das áreas do corpo afetadas para evitar incapacidades e avanços das deformidades.

Vigilância em Saúde

TRABALHO INTERINSTITUCIONAL ENTRE CEREST REGIONAL DE BAURU E MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO DE BAURU

Márcia A R Oliveira, Ana Laura S C Oliveira, Cesar A Mansão, Cristiane P Masiero, Elizabel C R Nunes, José H de Gobbi, Natasha C Oliveira, Roseli C L Pocay, Shalimar M A Breda
1 Prefeitura Municipal de Bauru - Prefeitura Municipal de Bauru

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, foi criada em 2002, por meio da Portaria no 1. 679 (BRASIL 2002) com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde, SUS. Aliado a essa estratégia foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regionais e estaduais: Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento A Portaria 2. 728 de 2009 (BRASIL 2009) estabelece que a RENAST seja implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Saúde dos estados, o Distrito Federal, os municípios, com o envolvimento de outros setores também participantes da execução dessas ações. Bauru comporta um desses centros. O CEREST Bauru é referência em saúde do trabalhador para 38 municípios da região e tem como uma de suas prioridades as ações de vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, articulando intervenções nas relações entre o processo de trabalho e saúde de forma integral. Para isso, o CEREST busca atuar de forma interinstitucional, em parceria do Ministério da Saúde com os Ministérios do Trabalho e Emprego (MTE), da Previdência Social e Ministério Público do Trabalho (MPT). A parceria com o MTE surgiu de aproximação e negociação gradual da equipe do CEREST de Bauru com a coordenação do MTE durante reuniões do Conselho Intersindical Municipal de Saúde do Trabalhador (CIMST). Essa parceria veio de encontro à necessidade de um trabalho conjunto ao invés de ações isoladas dos dois órgãos na mesma empresa. Através dela foram viabilizadas ações de VISAT com posteriores mesas de negociações, das quais são partes: as Empresas, CEREST, Sindicatos e MTE.

OBJETIVOS

Objetivo geral Evidenciar a efetividade das ações conjuntas entre CEREST e MTE de Bauru.

METODOLOGIA

Realização de VISAT's e mesas de negociações em parceria do CEREST e MTE de Bauru no ano de 2016.

RESULTADOS

Foram realizadas 31 ações de VISAT's pelas equipes do CEREST e MTE ou somente pelo CEREST em empresas de Bauru e região após episódios de acidente de trabalho ou apuração de denúncias, que resultaram em 37 mesas de negociação. As mesas visam um momento de negociação de adequações necessárias às irregularidades encontradas durante a fiscalização, as quais podem ser de cumprimento imediato dada a gravidade da situação ou através de um cronograma pactuado, com acompanhamento através de novas fiscalizações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de VISAT realizadas em conjunto do CEREST com o MTE regionais de Bauru demonstraram resultados positivos para o cumprimento de exigências legais que visam melhorar as condições de trabalho. As limitações dessa parceria estão na ausência de um convênio formal entre os órgãos, ficando a mesma sujeita a se enfraquecer em virtude de mudanças de chefias e fiscais do trabalho. Tal fato vem sendo sentido recentemente pelos técnicos do CEREST, com mudanças ocorridas no Ministério do Trabalho e Emprego de Bauru.

Vigilância em Saúde

VACINA CONTRA ROTAVÍRUS – VILÃ OU HEROÍNA?

Larissa Gerin
1 Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As doenças diarreicas sempre tiveram um impacto importante na morbimortalidade de crianças, sendo o Rotavírus o principal agente causador da gastroenterite aguda (GEA) grave em todo o mundo. No Brasil, antes da introdução da vacina contra o Rotavírus no Calendário Básico de Vacinação do Programa Nacional de Vacinações (PNI), a GEA causada pelo Rotavírus era responsável por cerca de 850 mortes de crianças menores de 5 anos por ano. A primeira vacina contra rotavírus foi licenciada em 1998 (vacina tetravalente de vírus vivo atenuado produzida pelo laboratório Wyeth) e após a sua comercialização em larga escala nos Estados Unidos foi identificado um aumento no risco de intussuscepção intestinal (risco estimado de 1 caso a cada 10 mil vacinados), por tal motivo a vacina foi retirada do mercado pelo fabricante. Em 2006 os estudos realizados com as novas vacinas disponíveis no mercado demostraram segurança e ausência de risco de intussuscepção. Considerando-se a incidência e a letalidade da GEA provocada pelo Rotavírus e a segurança da vacina, em 2006 o PNI introduziu no Calendário de Vacinação a vacina contra Rotavírus monovalente (laboratório GSK), causando um impacto importante na redução de internações e óbitos por diarreia no país. O desconhecimento de alguns profissionais de saúde que associam a vacina Rotavírus utilizada pela rede pública no país com a vacina que foi utilizada nos Estados Unidos em 1998 contribui para a não imunização de algumas crianças, através de falsas contraindicações. Além disso, alguns profissionais também fazem a associação errônea de patologias como a alergia à proteína do leite de vaca – APLV com a administração da vacina. Outro fator que impactava negativamente nas coberturas vacinais era a idade limite baixa para vacinação, o que melhorou com a ampliação da data limite da segunda dose de 5 meses e 15 dias para 7 meses e 29 dias em 2014.

OBJETIVOS

Avaliar o impacto da vacina contra Rotavírus no município de Ribeirão Preto/SP na redução de internações por diarreia e gastroenterite aguda desde a sua implantação na rede pública e também avaliar o número de internações por obstrução intestinal para verificar se houve aumento no número de casos desde 2006. Com estes dados é possível analisar se a introdução da vacina contra o Rotavírus apresentou algum impacto nestes indicadores.

METODOLOGIA

Foi realizado o cálculo do coeficiente de incidência de internações por diarreia e gastroenterite e por íleo paralítico e obstrução intestinal em crianças menores de 5 anos residentes em Ribeirão Preto/SP por ano de 2000 a 2016. Os dados de internação hospitalar foram obtidos através do site do DATASUS e os dados de população pela Divisão de Planejamento da Secretaria Municipal

da Saúde, com estimativas populacionais baseadas nos dados do IBGE. Os dados de Cobertura Vacinal foram obtidos através do Programa Municipal de Imunização.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados pode-se observar uma queda importante do coeficiente de incidência de internação por diarreia e gastroenterite em crianças menores de 5 anos de idade no município a partir da introdução da vacina contra Rotavírus no calendário nacional de vacinação no primeiro trimestre de 2006 (6, 5 para 1, 8). Estes números tem impacto direto na redução do número de óbitos por esta doença, melhorando a morbimortalidade em crianças, e por imunização cruzada, em toda a população, reduzindo a circulação do vírus silvestre no ambiente. Por outro lado, não foi observado aumento no número de internações por íleo paralítico e obstrução intestinal em crianças menores de 5 anos, o que já ocorria antes da introdução da vacina no calendário básico de vacinação, mantendo um coeficiente de incidência médio de 0, 3 por 100. 000 crianças de 0 a 5 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A introdução da vacina contra o Rotavírus Humano foi um importante avanço para a Saúde Pública, melhorando a morbimortalidade de crianças, tendo um impacto positivo na redução de internações e óbitos por diarreia. Não existem estudos que comprovem a associação da vacina com o aumento ou desencadeamento de APLV, sendo que a ocorrência desta patologia foi considerada como coincidência temporal. Trata-se de uma vacina segura que propicia eficácia de 84, 7% em prevenir formas graves de infecção pelo Rotavírus no primeiro ano de vida, sendo por isso recomendada pelas Sociedades Brasileiras de Alergia e Imunologia (ASBAI), Imunizações (SBIm) e de Pediatria (SBP).

Vigilância em Saúde

VACINAÇÂO DO ESCOLAR: EDUCAÇÃO E SAÚDE COMPARTILHANDO RESPONSABILIDADES NA REGIÃO LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Maria De Fátima Soares, Ricardo Dias Erguelles
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A falta de adesão à vacinação, alimentada por crenças filosóficas, religiosas, desconhecimento ou medo, tanto de famílias como de profissionais é um desafio constante a ser superado no mundo atual. O alto fluxo populacional entre fronteiras aumentam o risco de reaparecimento de doenças e potencialmente letais, como a febre amarela e o sarampo. A ameaça à saúde da coletividade gera a necessidade de criar estratégias que possibilitem aumento das coberturas vacinais, ao mesmo tempo em que desperte nos indivíduos e famílias a busca pelo autocuidado. O envolvimento de outros segmentos sociais e da rede de apoio às famílias são caminhos promissores a seguir, sendo a saúde-educação o foco maior de atenção para este processo, como por exemplo, a vacinação nas escolas. Diversas possibilidades de atuação das equipes do Sistema Único de Saúde (SUS) podem ser consideradas dependendo do cenário epidemiológico e recursos disponíveis. A UBS é o local ideal para a imunização do escolar, uma vez que este poderá necessitar receber as demais vacinas do calendário. A vacinação dentro das escolas exige planejamento compatível com as atividades do ano letivo, envio das carteirinhas e termo de autorização preenchido pelos responsáveis, além da disponibilidade de deslocamento das equipes de vacinação. Como alternativa para realização de ação de vacinação em curto espaço de tempo devido proximidade de vencimento das vacinas HPV em estoque e visando o aumento da CV tanto da vacina HPV como a vacina Meningocócica C, recentemente introduzida no calendário de vacinação do adolescente, foi utilizada na Coordenadoria Regional de Saúde Leste (CRSL) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, a estratégia da Filipeta de vacinação em dia ou Certificado de Vacinação. A estratégia consiste no encaminhamento de pais, responsáveis e alunos às salas de vacinas das UBSs para a atualização da caderneta de vacinação, com retorno da informação para os professores por meio da Filipeta de Vacinação, preenchida pelo profissional da sala de vacinas, certificando que a situação vacinal está atualizada. A alternativa foi escolhida após experimentação da estratégia em campanhas de multivacinação nos últimos dois anos por duas Supervisões de Saúde da CRSL: Cidade Tiradentes e Itaquera, que evidenciaram aumento importante na procura de atualização vacinal pelos escolares e seus responsáveis. A estratégia da filipeta reforça a importância da vacinação, o comprometimento dos responsáveis e alunos, estimulando-os a participarem efetivamente do processo, além de assegurar que o aluno estará imunizado e não será fonte de infecção para a transmissão de doenças.

OBJETIVOS

Aumentar a adesão à vacinação contra o HPV e Meningite C Minimizar perda de vacina HPV por vencimento da validade do produto Fortalecer as ações conjuntas entre saúde e educação no território da CRSL

METODOLOGIA

A organização e operacionalização das ações ficaram a cargo dos responsáveis pela Imunização e Programa Saúde na Escola (PSE) da CRS Leste, Supervisões de Saúde Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim, Itaquera, São Mateus e São Miguel, e Diretorias Regionais de Ensino da Penha, Guaianases, Itaquera, São Mateus e São Miguel. A escola entregou a filipeta para os alunos de 9 a 14 anos de idade e ficou responsável pela devolução das filipetas. Os professores entregaram no período de 23 à 27/10/17 a filipeta aos responsáveis pelas crianças de 9 à 14 anos Os responsáveis/alunos se dirigiram às UBSs para vacinação a partir de 23/10/17. O vacinador foi incumbido de assinar e carimbar a filipeta em nome da criança, confirmando que esta foi vacinada. O responsável pela criança ou o aluno foi orientado a devolver a filipeta para o professor entre os dias 13 e 17/11/2017. Coube à escola o recebimento, contagem e envio do número de filipetas devolvidas e não devolvidas para a DRE até o dia 21/11/17, através da planilha LISTA NOMINAL DE ENTREGA DE FILIPETAS. A filipeta entregue deveria ser anexada ao prontuário do aluno na escola. De posse da informação de retorno das filipetas, a DRE enviaria a informação para a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de sua região a planilha CONTROLE DE DEVOLUÇÃO DE FILIPETAS com o condensado de escolas até o dia 24/11 juntamente com a lista nominal dos alunos. Após a análise dos dados, as UBSs de posse da lista nominal dos alunos procederiam com a busca ativa e convocação dos que não devolveram à filipeta, podendo ser realizada a vacinação na escola que não tivesse adesão à estratégia da filipeta.

RESULTADOS

No mês de setembro foram aplicadas 20527 doses de vacina HPV, período da Campanha de Multivacinação 2017. Após, verificamos queda em outubro no número de vacinações, seguido de aumento em novembro, acima da média dos meses antecedentes à campanha, período concomitante à estratégia da filipeta. Em relação à imunização contra o Meningococo C, tendência semelhante se observa no período de janeiro a novembro, com exceção da diferença maior de doses aplicadas comparando-se meninos (24741) e meninas (16. 859). Após discussões em reunião no final de novembro entre os responsáveis das DREs, PSE e Imunização da CRSL, foi pactuado para ano de 2018 a utilização do Certificado de vacina

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado à saúde não se constitui propriedade dos profissionais de saúde. No atual cenário diverso, conectado e em constante transformação a busca por soluções pode ser facilitada através de construções coletivas.

Vigilância em Saúde

VACINAÇÃO CAUTELAR CONTRA FEBRE AMARELA DOS MORADORES DE BAIRROS PERTENCENTES À ÁREA DA COORDENADORIA SUDESTE, UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PENHA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Miyuki Roberta dos Santos, Arlete Solera, Ana Paula Cavacante, Neusa Perrela Madeira Lopes, Maria Celia Lamy de Freitas, Eliana Carvalho Serra Lopes, Ivete Favaron Lopes Zanata, Telma Patricia de Araujo Reis, Joel Almeida dos Santos, Aline Andrade de Lima
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa aguda, febril e hemorrágica não contagiosa causada por arbovírus do gênero Flavivirus, família Flaviviridae 1. São descritos dois padrões epidemiológicos de transmissão: ciclo urbano pelo Aedes aegypti e o ciclo silvestre, em áreas florestais, pelos mosquitos dos gêneros Haemagogus e Sabethes com a participação de primatas não humanos (PNH) na amplificação viral, particularmente macacos dos gêneros Allouata, Cebus, Atelles e Callithrix 1. Os PNHs são importantes sentinelas da circulação do vírus da FA em uma região. O aparecimento de casos em humanos é geralmente precedido de epizootias em PNH. As epizootias são de notificação compulsória imediata conforme Portaria Nº 782, de 15/03/17, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) 2. A vigilância de epizootias de FA consiste em captar informações oportunas sobre adoecimento ou morte de PNH e investigar adequadamente esses eventos com a finalidade de detecção precoce da circulação do vírus ainda no ciclo enzoótico (entre vetores silvestres e PNH) e assim, subsidiar a tomada de decisão para a adoção de medidas de prevenção e controle. Tal vigilância tem como objetivo evitar a ocorrência da doença na população humana em áreas afetadas (com transmissão ativa) e ampliadas (áreas adjacentes) 2. A região sudeste do Brasil vivencia o maior surto de FA dos últimos anos. As áreas urbanas, no entorno de regiões de mata, devem receber especial atenção. No bairro da Penha, município de São Paulo, a partir de informação coletada em 8/11/17, de diagnóstico positivo para FA em PNH que se encontrava no Centro de Recuperação de Animais Silvestres (CRAS) do Parque Ecológico do Tietê (PET) iniciou-se a investigação. O PET é uma área de proteção ambiental com uma extensão de 14 milhões de m² na Penha em São Paulo e se estende até a entrada da cidade de Mogi das Cruzes, ao longo da várzea do Rio Tietê. O CRAS é uma unidade dentro do PET que recebe animais silvestres apreendidos e realiza o tratamento curativo, preventivo e o encaminhamento adequado desses animais. Toda a área do CRAS fica dentro de área de mata. Um PNH, sagui de tufo preto (Callithrix penicillata), deu entrada no CRAS-PET no dia 20/10/17 oriundo de Cajamar- SP, com histórico de eletrocussão. Veio a óbito em 26/10/17, com resultado positivo para sorologia de FA em 8/11/17. Esse animal enquanto esteve nas dependências do CRAS foi alojado em gaiola individual, dentro da sala destinada à recuperação, fechada e cujas janelas tem proteção de tela mosquiteiro. Após as investigações, como medida cautelar, houve a incumbência de vacinar os moradores dos bairros Jardim São Francisco e Jardim Piratininga, contíguos ao PET

OBJETIVOS

Relatar a estratégia de vacinação cautelar contra FA de 12. 000 moradores dos bairros Jardim São Francisco e Jardim Piratininga.

METODOLOGIA

Descrição da ação de vacinação cautelar dos bairros da área de abrangência da UBS Jardim São Francisco, cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A população cadastrada pela ESF de aproximadamente 12. 422 está setorizada em 18 microáreas. Foram montados seis polos de vacinação, atendendo 3 microáreas cada. A ação foi realizada no dia 15/11/17 com a participação de 160 servidores que foram convocados para treinamento prévio e composição de equipes móveis. Os servidores da UBS articularam com a comunidade a concessão de espaços para os polos. Os agentes comunitários avisaram todos os moradores, nos dois dias anteriores, sobre a vacinação e os polos que deveriam se dirigir.

RESULTADOS

Através do mapa de registro de doses aplicadas verificou-se que no polo 1, na UBS Jardim São Francisco, microáreas 4, 5 e 6, com população de 1. 902, foram vacinados 1. 488, com cobertura vacinal (CV) de 78, 23%; no polo 2, no Salão de Festas, microáreas 1, 2 e 3, com população de 2. 135, foram vacinados 1. 104, com CV de 51, 71%; no polo 3, na Igreja Assembleia de Deus, microáreas 10, 11 e 12, com população de 2. 271, foram vacinados 1. 486, com CV de 65, 43%; no polo 4, na Igreja Batista, microáreas 7, 8 e 9, com população de 1. 964, foram vacinados 1. 328, com CV de 67, 62%; no polo 5, na Igreja Pentecostal FM, microáreas 16, 17 e 18, com população de 2. 233, foram vacinados 1. 384, com CV de 61, 98%; no polo 6, na Igreja Pentecostal GAV, microáreas 13, 14 e 15, com população de 1. 937, foram vacinados 1. 250, com CV de 64, 53%, perfazendo um total de 8. 040 vacinados, 64, 62% de CV. Após o dia 15/11/17 a vacinação na UBS Jardim São Francisco foi prorrogada até o dia 01/12/17 e vacinados mais 660 moradores. Total de vacinados na região 6. 700 moradores com CV de 71, 19%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o curto prazo, de três dias, do planejamento da ação à execução e se for considerado o número de moradores com contra indicações para tomar a vacina contra FA e os já vacinados, pode-se considerar que a ação foi exitosa. A razão do sucesso foi principalmente através da identificação dos atores sociais com a definição dos seus papéis para o planejamento da ação e para sua execução, que foram: Coordenadoria Sudeste - Divisão Regional Vigilância em Saúde responsável pela interlocução, Supervisão Técnica da Penha responsável por convocar os trabalhadores, Unidade de Vigilância em Saúde Penha responsável pelas vacinas, insumos, impressos, veículos, logísticas, organização das equipes de trabalho e UBS Jd. São Francisco responsável por contatar a comunidade, tanto para montar os polos como para avisar os moradores sobre a vacinação. Todos esses atores mostraram grande compromisso e responsabilidade com a saúde pública.

Vigilância em Saúde

VIGILÂNCIA DE EPIZOOTIA E AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE PARA FEBRE AMARELA NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Ericka Ferraresi Avibar, Francisco Teófilo de Sá e Sarti Júnior, Roberta Emanoela Moura Alves Mariano, Adélia Toshie Honda Mitsumori, Andréa de Medeiros Nogueira Nunes, Cristiane Marcusso, Juliana Rocha Capel, Karen Aparecida Jorf, Alexandre Capassi, Adriano Gollo Aceto, Nanci do Carmo, Gustavo Ribeiro Mercatelli, Marjori Fabrícia Cerchiari, Marco Aurélio Ferreira, Amábile Oliveira Rossanez
1 Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo - Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Febre Amarela é uma doença infecciosa não contagiosa, transmitida ao homem pela picada de mosquitos do gênero Aedes, Haemogogus e Sabethes. Causada por um Arbovírus do Gênero Flavivírus, sua incidência se restringe à América Central, América do Sul e África. A doença ocorre sobre duas modalidades epidemiológicas: o ciclo de transmissão urbana e o tipo de transmissão silvestre. No ciclo silvestre do vírus um mosquito infectado dos gêneros Haemagogus ou Sabethes pica um macaco que adoece. Algumas pessoas são assintomáticas com relação à doença, já outras apresentam febre, náuseas e vômitos, dor de cabeça e nos músculos que aparecem associados ao amarelamento da pele e dos olhos. Hemorragias, tanto internas quanto externas, podem também se manifestar. A sintomatologia varia de acordo com os tipos e formas da doença. O único método de prevenção desta Arbovirose é a vacina; a correntemente em uso é de vírus vivo atenuado. A persistência de casos de febre amarela silvestre não causaria preocupação às autoridades sanitárias, se não ocorresse um fato novo, a presença do Aedes aegypti em vários estados brasileiros e em dezenas de cidades, inclusive capitais como Rio de Janeiro e São Paulo. O vetor da forma urbana foi por duas vezes erradicado do país, em 1958 e 1973. No entanto, a partir de 1976, começaram a ocorrer sucessivas reinfestações, a partir de países vizinhos da América Latina e mesmo da América do Norte, o que, associado à crônica falta de recursos para combatê-los, permitiu a expansão do vetor à extensas áreas do território nacional. A Divisão de Veterinária e Controle de Zoonoses (DVCZ) do município de São Bernardo do Campo vem atuando desde 2017 em ações de vigilância de epizootias, com fiscalização zoossanitária para retirada de material de primatas não humanos (PNH) encontrados mortos, para análise pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL), palestras de capacitação, ações educativas em áreas de aparecimento de macacos vivos e ação de campo de bloqueio contra criadouros e nebulização para combater o mosquito Aedes aegypti. Todas as ações da DVCZ partem das notificações de casos suspeitos de Febre Amarela, das carcaças de macacos mortos e da necessidade de orientar a população na promoção de ações de controle do Aedes aegypti, com o objetivo de evitar a introdução da Febre Amarela Urbana no município. O planejamento das ações de vigilância é definido através de Procedimento Operacional Padrão (POP), coordenado pela Chefia de Seção, da Coordenação de Endemias e da Equipe de Educação.

OBJETIVOS

Descrever as ações de vigilância em epizootias, de combate ao vetor da febre amarela e as ações educativas visando a prevenção e promoção da saúde.

METODOLOGIA

No ano de 2017 iniciou-se as discussões sobre o manejo de Febre Amarela na sala de situação em conjunto com o Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) da região VII, a qual São Bernardo do Campo integra, montando estratégias de combate ao vetor Aedes aegypti, e do manejo de carcaça de PNH com recolhimento de material para análise no IAL. Para a vigilância em Epizootia foi criado o POP com o fluxo desde a notificação até o envio de material ao IAL; em paralelo eram feitas as ações de combate ao vetor, como bloqueio contra criadouros e a nebulização nas áreas onde os animais eram encontrados, seguindo normas técnicas da Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo (SUCEN). E como forma de orientar a população, ações educativas nas áreas onde macacos vivos eram avistados, além de palestras de capacitação junto a professores e orientação à comunidade em geral.

RESULTADOS

As ações da DVCZ ao longo de 2017 e início de 2018 resultaram na integração das Vigilâncias em Zoonoses, Epidemiológica e Ambiental para prevenção da febre amarela silvestre e a transmissão urbana, mediante a detecção precoce da circulação viral e adoção das medidas de controle pertinentes. Sendo uma doença de notificação e investigação obrigatória, é feita a identificação de áreas de risco e transmissão visando definir as populações mais expostas e prevenir a ocorrência de casos. As ações de vigilância de epizootias resultaram na coleta de 06 carcaças de macacos mortos, com sorologia negativa para febre amarela feita pelo IAL, ações educativas de orientação da população sobre o aparecimento de macacos vivos em áreas do município, sendo 100 pessoas orientadas e 2. 001 pessoas capacitadas nas palestras, ações de manejo estratégico com intensificação do tratamento focal, bloqueio de casos suspeitos de acordo com análise entomológica do vetor urbano, intensificação nos imóveis especiais (IEs) e nas proximidades das áreas de ocorrência de notificação de epizootia, sendo 09 ruas trabalhadas para notificação de epizootia e 275 ruas nas notificações de febre amarela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DVCZ vem desenvolvendo as atividades de vigilância em zoonoses para Febre Amarela rotineiramente ao longo do último ano, nos preparando para o enfrentamento desta arbovirose que se confirmou no munícipio como o primeiro caso autóctone do ciclo silvestre da Região Metropolitana de São Paulo. A experiência em atuação contra febre amarela se concentrava em ações educativas para as Arboviroses, tendo como foco o Aedes aegypti transmissor da dengue, zika vírus, chikungunya e a própria febre amarela e notou-se como é fundamental as ações mais específicas de divulgação para a comunidade, devido uma grande dificuldade de entendimento por parte da população do envolvimento do macaco no ciclo do vírus e da necessidade da imunização como única forma de prevenir a doença.

Vigilância em Saúde

VIGILÂNCIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A TUBERCULOSE EM ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL E A FORMAÇÃO DE MULTIPLICADORES PARA A PREVENÇÃO

Maria Elizabet Pereira de Siqueira, Alexandra Schiavon Carreon, Elianai Saturnino da Silva
1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Considerando que a tuberculose representa um grave problema de saúde pública, sendo uma doença infecciosa e transmissível, no Brasil a doença é um sério problema com profundas raízes sociais. Cerca de 10 milhões de pessoas no mundo adoecem por tuberculose, levando mais de um milhão de pessoas a óbito, anualmente (Ministério da Saúde). De acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB e a 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB-HIV sendo a 3ª causa de mortes por doenças infecciosas e a 1ª causa de mortes dentre as doenças infecciosas definidas dos pacientes com AIDS. No período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos de tuberculose por ano, e em 2013, ocorreram 4. 577 óbitos. O aparecimento de focos de tuberculose resistente aos medicamentos agrava ainda mais esse cenário. O Ministério da Saúde estipulou metas para diminuir a incidência do agravo onde até 2035, estima-se diminuir em 90% a incidência da tuberculose, com coeficiente de mortalidade menor que 01 óbito /100. 000 habitantes. No território de abrangência da UVIS São Mateus foram notificados 238 casos em 2017 e 07 pacientes estão em tratamento para Tuberculose multidroga resistente. A procura de casos envolve os serviços de saúde e a comunidade, compreendendo métodos de diagnóstico e ações voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose, como: sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais); contatos de casos de tuberculose; suspeitos radiológicos; pessoas com doenças e/ou em condição social que predisponham à tuberculose. Os contatos, definidos como toda pessoa, parente ou não, que coabita com um doente de tuberculose, constituem um grupo para o qual se recomenda uma atitude de busca ativa (Ministério da Saúde). É de fundamental importância um trabalho organizado envolvendo a atenção primária a saúde, a Escola e comunidade para a prevenção da doença, aumentando a busca ativa para a identificação e tratamento de novos casos.

OBJETIVOS

Conscientizar alunos, pais, funcionários e professores da EMEF Felício Pagliusi sobre a tuberculose, como um crescente problema de saúde pública na região e torná-las multiplicadoras de informação junto à comunidade; Promover a integração da equipe de vigilância em saúde com os profissionais da educação, fortalecendo a rede de atenção à saúde no território; Aumentar a busca ativa para a identificação de novos casos na região.

METODOLOGIA

Foram realizadas reuniões com a equipe de vigilância da UVIS São Mateus, professores da Divisão Regional de Ensino de São Mateus – DRE São Mateus, coordenador pedagógico e professores da EMEF Felício Pagliusi, enfermeira da UBS Jd. Roseli. Roda de conversa com pais e responsáveis pelos alunos e funcionários da escola. Exposição dialogada, oficinas, confecção de material pedagógico pelos alunos das salas de 5. º ano da EMEF.

RESULTADOS

Trabalho em rede com a integração da equipe de vigilância da UVIS São Mateus, UBS Jd. Roseli, DRE São Mateus e EMEF Felício Pagliusi; Conscientização de funcionários da EMEF, alunos, pais e comunidade para o enfrentamento da tuberculose. Aumento de aproximadamente 60% na busca ativa de sintomáticos respiratórios na UBS Jd. Roseli. Aumento na identificação de novos casos no território. Melhora na adesão ao tratamento diretamente observado dos pacientes da UBS Jd. Roseli. Confecção de material educativo – livreto, sobre a prevenção da doença, pelos alunos que participaram do projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho só foi possível devido ao envolvimento e o comprometimento dos profissionais da saúde e educação, que se empenharam para atrair os alunos sobre o tema, de forma lúdica e didática. A ação foi fortalecida com o envolvimento dos pais, demais funcionários da escola e a comunidade.

Vigilância em Saúde

VIVENCIANDO O HIV – CONSIDERAÕES SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT DE FUNCIONÁRIO NO ACOMPANHAMENTO A PACIENTES HIV NA CLÍNICA DST E HEPATITES VIRAIS DE TABOÃO DA SERRA.

Ricardo Aparecido de Moraes, Iris Bandeira Roquim, Raquel Zaicaner
1 Prefeitura Municipal de Taboão da Serra - Prefeitura Municipal de Taboão da Serra
Taboão da Serra

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Foi em 1974 que o médico americano Freudenberger deu a definição para o conjunto de sinais e sintomas que diferentes profissionais (saúde, educação, policiais, empresas, etc) apresentavam como resultante do esgotamento provocado pela sua atividade profissional, dando o nome de Síndrome de Burnout (já classificada no CID 10). Segundo o Dr. Dráuzio Varella, o profissional está sujeito a um constante estado tensional motivado pelas exigências do seu trabalho além do grande envolvimento interpessoal direto existente. A sintomatologia pode ser notada por diferentes ocorrências: falta ou atrasos constantes ao trabalho, agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, falta de concentração e lapsos de memória, ansiedade, depressão, dores diversas, cefaleias, enxaquecas, insônia, distúrbios gástricos, pressão alta e etc. A AIDS se caracteriza por um desequilíbrio do sistema imunológico causado pelo vírus HIV no organismo humano. Isto leva a um aumento da resposta inflamatória para compensar a queda da imunidade celular (linfócitos T . Demartologia, net). A doença é um estado alterado da saúde percebido por desconfortos, como por exemplo, a dor. A dor leva qualquer sujeito a procura de soluções que aliviem ou eliminem este estado de desprazer. O paciente HIV está suscetível a frequentes quadros inflamatórios, portanto, de dores e de desconfortos. Em sua "jornada", ou seja, acompanhamento e tratamento nos ambulatórios especializados, encontra com pessoas (funcionários) supostamente preparados para acolher esse quadro. Porém, independente da experiência de cada profissional envolvido, há um desgaste natural.

OBJETIVOS

a. Discutir a importância dos desgastes naturais provocados ao profissional pela convivência diária com portadores de doenças incuráveis b. Promover o desenvolvimento de práticas profissionais adequadas com finalidades de reverter o processo de desgaste profissional promovido nesses ambientes. c. Criar a cultura de intelecção deste fenômeno nos diversos e diferentes ambientes de trabalho.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado através da observação diária e constantes de situações envolvendo profissionais diversos do serviço especializado para HIV, na clinica DST e Hepatites virais do município de Taboão da Serra.

RESULTADOS

a. É claro e notório o grande apelo realizado pelos pacientes HIV em tratamento junto da equipe multiprofissional desta unidade especializada. b. O processo de dor e sofrimento físico e psíquico que passa o paciente HIV é de longo prazo. c. A frequência de consultas, exames e retiradas dos antirretrovirais neste centro gera uma "familiaridade" com este ambiente e, portanto, com os profissionais que fazem parte. d. Pela proximidade e frequência deste serviço, o portador HIV, por vezes encontra neste ambiente o local para também aliviar-se de todo o stress promovido pela doença e a repercussão nos diferentes ângulos de suas vidas. e. Muitas das situações promovidas por usuários neste tem por trás uma tentativa de "escapar" de uma condição sorológica imutável, até o presente momento da ciência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazer parte e trabalhar numa área da saúde especializada promove grande desenvolvimento profissional e pessoal. A convivência diária com determinadas patologias produz um universo de pessoas cuja manifestação pessoal faz requisitar um preparo diferenciado dos profissionais envolvidos, cujas finalidades são: aprimoramento profissional, entendimento dos fenômenos presentes e consequentemente, formas de solução dos diversos conflitos, reequilíbrio profissional e pessoal.

Vigilância em Saúde

VOCÊ TEM CINCO MINUTOS PARA A HANSENÍASE?

Dayse Carvalho Alves da Luz
1 Prefeitura Municipal de São José dos Campos - Prefeitura Municipal de São José dos Campos
São José dos Campos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Trabalhar o tema Hanseníase significa trazer a luz os aspectos milenares de uma doença cheia de estigma que remete a isolamento e deformações físicas, sendo importante passar os conceitos básicos da doença, sua forma de transmissão, diagnóstico, tratamento e principalmente a grande possibilidade de cura de forma leve e objetiva de modo que possamos ter em cada ouvinte um multiplicador da informação. O trabalho em questão nasce da observação de que no desenvolvimento das campanhas muitas vezes deixamos de lado os colaboradores que trabalham na sede da Secretaria Municipal de Saúde, local onde as ações são planejadas e onde deveria ocorrer num primeiro momento a disseminação das ideias que serão trabalhadas na rede de saúde.

OBJETIVOS

Conscientizar os servidores e colaboradores que atuam na sede da Secretaria Municipal de Saúde sobre a Hanseníase e da existência de casos no município; Passar informações sobre a Hanseníase num curto espaço de tempo utilizando uma abordagem lúdica, dispensando recursos de multimídia; Envolver os servidores e colaboradores que atuam na sede da SMS no processo de multiplicação das informações transformando os mesmos em atores no processo; Valorizar o agente público mostrando ao mesmo sua importância na estrutura dos serviços de saúde e na formação de opinião dentro da comunidade onde o mesmo está inserido.

METODOLOGIA

Desenvolvemos a atividade durante a realização da Campanha Mundial de Combate a Hanseníase em janeiro de 2017. Inicialmente pedimos autorização ao Gestor para a realização da atividade, tendo em vista que a mesma dependeria da paralisação das atividades nos setores da SMS, ainda que por um curto espaço de tempo. Após a autorização realizamos contato com os Diretores e responsáveis pelos setores a fim de verificar o melhor horário para o desenvolvimento da atividade. No dia e horário agendado comparecíamos em dupla aos setores com uma placa confeccionada com papel cartão com a inscrição "Você tem 5 minutos para a Hanseníase ?" quebrando o gelo, visto que automaticamente as pessoas paravam suas atividade para ler a mensagem na placa e desta forma já introduzimos o tema que seria abordado. Após a apresentação da equipe da Vigilância Epidemiológica iniciávamos a conversa solicitando a aproximação dos presentes e contávamos rapidamente aos mesmos a história da Hanseníase ao longo da história humana e da carga de preconceito que acompanha a doença. Os presentes eram incentivados a relatar o que sabiam sobre a doença e utilizando as informações trazidas pelo grupo reformulávamos conceitos que necessitavam ser corrigidos e ressaltávamos aos

participantes a sua importância individual e profissional enquanto agente público, no combate a doença salientando que a informação é a principal arma para o combate a mesma, diminuir o preconceito e incentivo para que os pacientes concluam o tratamento prevenindo assim a transmissão da doença e incapacidades permanentes.

RESULTADOS

Entre os dias 27/01/2017 a 03/02/2017 realizamos a abordagem nos setores existentes na sede da SMS e também no almoxarifado e manutenção que apesar de ficarem externos a sede mantém uma relação muito próxima com a mesma. Foram realizadas atividades nos setores de Vigilância Sanitária (VISA), Compras da Saúde, Portaria, Expedição de Documentos, Empresa de Serviços Gerais (COMATIC), Gabinete da SMS, Recursos Humanos da Saúde, Gestão, Departamento de Administração, Gerenciamento de Informações, Departamento Educação Permanente, Ouvidoria da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Secundária, Manutenção da Saúde, Almoxarifado da Saúde totalizando 177 profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta atividade foi extremamente prazerosa para os profissionais que a elaboraram, tento em vista a oportunidade de trabalhar diretamente com seus pares e para seus pares. Para os servidores e colaboradores que receberam as informações, considerando a adesão e participação efetiva na atividade, acreditamos que foi significativo apreender, sedimentar ou rever conceitos sobre uma doença milenar, mas que ainda faz cerca de 25. 000 vitimas no Brasil anualmente, cremos ainda que a utilização de uma metodologia informal facilitou a troca de informações e apesar de tratar-se de um tema forte e complexo conseguimos fortalecer nossa rede de saúde a partir do conhecimento construído em conjunto, o que certamente repercutiu e repercutirá positivamente na comunidade onde tais profissionais estão inseridos.

Vigilância em Saúde

ZERO TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NOS ANOS DE 2013, 2014 E 2015 NO MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA.

Ricardo Aparecido De Moraes, Iris Bandeira Roquim, Raquel Zaicaner
1 Prefeitura Municipal de Taboão da Serra - Prefeitura Municipal de Taboão da Serra
Taboão da Serra

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Devido aos avanços na oferta de ações de prevenção e tratamento para as gestantes soropositivas para HIV os dados epidemiológicos confirmam acentuada queda de casos de soroconversão ao HIV a crianças expostas. Deve-se ter em mente de que devido aos recursos disponíveis no âmbito da prevenção da transmissão vertical proporcionado pelos governos das diferentes esferas (Federal, Estadual e Municipal) e como ação de politica de saúde pública, não se justifica a ocorrência de indicadores diferentes dos obtidos em Taboão da Serra, porém, que se tornam realidade quando todos os esforços disponíveis estejam direcionados para a obtenção desses resultados. Convém ainda ressaltar que, há outros períodos no município com resultados idênticos. (ex. de 2003 a 2011 – zero casos). Os únicos casos que ocorreram soroconversão ou fugiu do controle do serviço de saúde de forma deliberada alheia ao serviço de saude ou ocorreu devido diagnóstico tardio do HIV realizado em outras regiões conforme a análise realizada a cada caso (investigação epidemiológica, prontuários, exames, etc) Os dados obtidos conferem a necessidade cada vez mais presente da: • Vigilância ativa nos diagnósticos em gestantes soropositivas para HIV na rede de saúde local, ênfase na atenção básica (UBS); • Integração entre os diferentes equipamentos de saúde pública (trabalho em rede) e a, • Prontidão e oferta de todas as ações possíveis e disponíveis da rede especializada com finalidade de garantir resultados favoráveis.

OBJETIVOS

Evidenciar o panorama municipal da Transmissão vertical do HIV, através do estudo dos dados apresentados no boletim epidemiológico – SP (2016) com ênfase a gestantes soropositivas para HIV e crianças expostas com destaque para os anos de 2013 a 2015 no município de Taboão da Serra.

METODOLOGIA

• Levantamento de todos os dados de prontuários da Clínica DST e Hepatites Virais durante os anos de 2013 a 2015; • Elaboração de tabela dos dados e consequente analise dos dados; • Pareamento com os indicadores do Boletim Epidemiológico – SP (2016) e, • Comentários

RESULTADOS

Entre os anos de 2003 a 2016, foram matriculados cerca de 91 crianças e suas respectivas mães soropositivas quando estas eram conhecidas. Houve seis casos em que o paradeiro das mães

era desconhecido. Desse total somente seis crianças obtiveram resultado positivo para HIV, no entanto, quatro delas chegaram ao serviço já diagnosticadas anteriormente em outros locais (municípios/estados). Duas delas tiveram soroconversão motivada por um pré-natal realizado em condições inapropriadas com finalidade de confundir os serviços envolvidos (procedimentos desconectados e realizados em diversos e diferentes serviços de saude) e um caso de diagnóstico obtido durante o parto (pré-natal tardio ou não realizado a contento - 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Uma rede integrada e em prontidão de tomada de decisões favorece o sucesso de atenção à gestantes HIV positivas para que não ocorra a transmissão vertical; 2. Serviços preparados na assistência adequada e oportuna à gestantes soropositivas tendem a obter um resultado satisfatório à criança. 3. A importância de se manter a adesão ao tratamento das mães soropositivas, orientando inclusive em eventuais novas gestações. 4. Este estudo foi apresentado pessoalmente ao Ministro da Saude por ocasião do 11º Congresso de HIV/AIDS e 4º Congresso de Hepatites Virais – Curitiba – PR – set. /2017.

Vigilância em Saúde

"O CUIDADO COM A PRIMEIRA INFÂNCIA": ALINHANDO AS AÇÕES AO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA NA PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP

Fatima Aparecida Ribeiro
1 Prefeitura Municipal de São José dos Campos - Prefeitura Municipal de São José dos Campos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A análise das notificações de violências nos anos de 2014 e 2016 demostraram um crescimento das notificações com 56, 46% envolvendo crianças e adolescentes e aumento na faixa etária de 0 a 6 anos. A vigilância também identificou na rede de educação infantil notificações tardias, dificuldades para identificar e intervir em situações concretas e resistência dos profissionais e gestores em dar andamento às medidas de proteção. Partindo deste pressuposto, a Coordenação da Saúde e da Educação Infantil promoveram um encontro para sensibilizar e integrar as equipes de atenção básica e gestoras das unidades escolares e assim qualificar os cuidados na primeira infância. Neste encontro foram abordados os temas: Bases conceituais da cultura da violência; impacto da violência na saúde individual, coletiva e nas relações; É possível mudar a cultura da violência desenvolvendo a prevenção primária e a prevenção secundária através do reconhecimento dos sinais de alerta, dos níveis de gravidade e desencadeando medidas pertinentes. A avaliação, com aplicação de questionário, demonstrou a necessidade de aprofundar questões sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e alinhar as ações ao marco legal da primeira infância. Detectou-se que a Educação Infantil realizava procedimentos e encaminhamentos insatisfatórios devido ao desconhecimento da rede de proteção (assistência e cuidados).

OBJETIVOS

Capacitar para identificar, acolher, atender e proteger crianças em situação de vulnerabilidades e violências, incluindo suas famílias e independente de qualquer discriminação; Desencadear estratégias para integrar a educação infantil à rede de cuidados; Alinhar as ações às premissas do Marco Legal da Primeira Infância; Elaborar de forma participativa um instrumento norteador para as unidades escolares.

METODOLOGIA

A capacitação foi realizada em encontros com metodologia participativa. Abordaram-se os marcos legais para subsidiar as intervenções com discussão de situações no ambiente escolar e elaboração das intervenções necessárias para compor o documento norteador. Para alinhar-se ao marco legal, deu-se ênfase a importância das relações com as crianças e da parceria da escola com a família na proteção. Investiu-se na perspectiva da escola como local para promoção da qualidade de vida/saúde e foi apresentado o fluxograma de atendimento e acionamento dos serviços por meio da notificação e a potência da intervenção em rede intersetorial para proteção. Na sequência o grupo participou do VIII Seminário de Promoção da Saúde e Cultura de Paz e de um Workshop sobre Metodologias de prevenção de violência sexual para crianças.

Vigilância em Saúde

"VIGILÂNCIA EM SAÚDE: BUSCA ATIVA DE NOVOS CASOS DE HANSENÍASE – BAIRRO PALMEIRAS – VOTUPORANGA – SP, 2017

Léa Cristina Bagnola
1 Prefeitura Municipal de Votuporanga - Prefeitura Municipal de Votuporanga

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Hanseníase é um grave problema de saúde pública no Brasil e nos países em desenvolvimento. Este cenário é enfatizado pelo caráter de doença negligenciada, revestindo-se do papel de doença tanto perpetuada quanto perpetuadora da pobreza. Desse modo, para vencê-la, é preciso à adoção de mecanismos estratégicos que tenham como objetivo principal quebrar a cadeia epidemiológica de transmissão. A situação epidemiológica da Hanseníase em Votuporanga é preocupante. Analisando-se a fase da doença quando da descoberta de novos casos entre 2008 e 2016, mais de 50% são casos multibacilares, portanto descoberta tardia. No ambulatório municipal de referência para de Hanseníase, alocado no SAE- Votuporanga, no momento do acolhimento, estes casos novos relatam manchas dormentes, únicas ou mais de 5 que passaram desapercebidas ou não foram examinadas em suas unidades de saúde de origem. Diante a descoberta hospitalar e tardia de caso de Hanseníase MHV, em menor de 20 anos, com incapacidade grau II em pés e mãos, que significa que a mesma teve contato com o bacilo ainda muito nova, uma vez que a doença, leva de cinco a dez anos para se manifestar, fez-se necessário a busca ativa de provável foco de transmissão no território da micro área 12 do bairro Palmeiras.

OBJETIVOS

- Descobrir e tratar novos casos de Hanseníase, possíveis focos de transmissão no território da micro unidade 12, unidade de saúde do bairro Palmeiras, Votuporanga - SP - Realizar capacitação, através de exposição dialogada sobre Hanseníase, sinais e sintomas, tratamento e estados reacionais, prevenção, exames de contatos e vacinação para as equipes da unidade Palmeiras. - Realizar busca ativa de casos de hanseníase na micro área 12 do bairro do Palmeiras, através de exame dermatológico nos residentes. - Estender a busca para todo território da unidade. - Aproveitar momento de bloqueio para as arboviroses realizado pelos os ACSs e ACEs, para distribuir à população, material educativo sobre a hanseníase. - Inserir, três vezes na semana, período da manhã, técnico com saber em Hanseníase, para acompanhar, nas visitas, os ACS da unidade Palmeiras, para orientar a pesquisa e o auto exame de lesões sugestivas do agravo.

METODOLOGIA

Percorremos, realizando exame dermatológico, o território relativo à Rua Joaquim Franco Garcia nº1483 – Quadra 1682, pertencente a Equipe II, área amarela, micro área 12, com aproximadamente 205 famílias, local de residência do caso multibacilar descoberto em <20 anos. Efetivamos parcerias entre a unidade PSF Palmeiras, a referência municipal para Hanseníase e a VE da SESAU Votuporanga. Divulgamos as ações, através de carros de som, no

território e junto às lideranças. (escolas, igrejas, associação de bairro). Preparamos a unidade de saúde para a campanha, através de capacitação. Fornecemos aos ACS, material informativo e educativo. Abrimos a agenda da unidade de referência municipal para Hanseníase (médica, enfermagem e da fisioterapia) para exame dos casos suspeitos e elucidação dos casos confirmados. Realizamos reuniões de monitoramento e consolidação dos resultados.

RESULTADOS

Dentre os resultados apresentados destacam-se: - Estabelecimento de vínculo entre Unidade de Saúde Palmeiras e o Programa Municipal de Hanseníase determinando respostas rápidas diante dos casos suspeitos. - Socialização do conhecimento entre os profissionais e a comunidade da micro área 12 - unidade Palmeiras determinando o encaminhamento dos casos suspeitos para exame dermatológico e coleta de exames. - Descoberta de dois casos multibacilares, baciloscopia positiva, migrantes do Maranhão, residentes no território examinado - Trocas de experiências; resolução de dúvidas relativas à linha de cuidados dos acometidos pela Hanseníase e a prevenção de novos casos. - aplicação da presente metodologia para descoberta de novos casos em todas as unidades básicas de saúde do município de Votuporanga.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, são diagnosticados de 20 a 30 mil novos casos por ano. O Brasil é o país que ocupa o segundo lugar no mundo em matéria da hanseníase. É uma doença ligada drasticamente a70% de uma classe social desfavorecida. Apesar dos esforços promovidos pelo governo brasileiro para o controle da doença nos últimos anos, casos em menores de 15 anos ainda são diagnosticados no país, sinalizando focos de infecção ativos e transmissão recente da doença. Em 2016, o número de casos novos diagnosticados nesta faixa etária foi 1. 696 (7% do total de casos novos do país). A SESAU Votuporanga, de forma consonante ao esforço do país, foca na capacitação dos seus colaboradores e na informação destinada à população como um todo, para que a Hanseníase deixe de ser um problema de saúde pública.