AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIÓLOGICA DO SARAMPO NOS ESTADOS DE SÃO PAULO E BAHIA

Cristina Nogueira[1], Bernardus Ganter[1], Bradley Hersh[1], Elizabeth David dos Santos[2], Carla Magda Santos Allan Domingues[2], Maria Carolina Quixadá Pereira[2], Maria Sandra Moura Vieira Silva[2], Maria Celina Modesto Coelho[2], Rosane Maria M. Will[3], Lauro Antônio Porto[3], Waltair Maria Martins Pereira[3], Sandra Regina da Silva[3], Eduardo Severiano Maranhão[4], Fernando Laender[4], Fernando Verani[4], Valéria Freire Gonçalves[5], Márcia Melo Ramos[5], Maria Salet Parise[5], Luciana Amorim[5], Tereza Cristina Guimarães[6], Jane Aparecida Batista[6], Irene Judith Leal[7].

Resumo

O sucesso da erradicação da transmissão autóctone do vírus da poliomielite nas Américas, levou os Ministros da Saúde dos países membros da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS a assumirem, em 1994, a meta de eliminação do sarampo até o ano 2000. O Plano de Eliminação do Sarampo inclui as estratégias: imunização das crianças de 9 meses a 14 anos de uma só vez e a manutenção de altas coberturas vacinais em menores de 1 ano; campanhas periódicas a cada 2 a 4 anos para menores de 4 anos; a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, para detectar casos suspeitos de sarampo. O impacto das ações adotadas em vários países da América caracterizou-se pela drástica redução da incidência da doença, estimulando a OPAS a realizar uma avaliação, visando conhecer a verdadeira situação epidemiológica da doença e a capacidade dos sistemas de vigilância epidemiológica em detectar casos/surtos oportunamente e aplicar as medidas de controle de forma ágil. A metodologia, desenvolvida pela OPAS, é de caráter qualitativo com componentes quantitativos. Apresenta-se neste trabalho a avaliação realizada no Brasil nos Estados de São Paulo e Bahia. Os resultados apontam para um sistema de vigilância moroso, que não permite a detecção oportuna de casos ou surtos e que o Plano de Eliminação não representava prioridade política nos anos posteriores a sua implementação em 1992.

Palavras-Chave: *Vigilância Epidemiológica; Sarampo; Plano de Eliminação do Sarampo.*

Summary

The successful eradication of the transmission of autochthonous wild poliomyelitis virus in the Americas, encouraged the Ministers of Health of the members States of the Pan-American Health Organization - PAHO - in 1994 to adopt the goal of eliminating measles in the Region by the year 2000. The Measles Elimination Plan consist of four basic strategies: a one time vaccination of all children between 9 months and 14 years in national campaign; maintenance of high vaccination coverages in children less than 1 year; periodic vaccination campaigns, every 2/4 years to detect suspected cases of measles in children less than 4 years and the implementation and strengthening of epidemiological surveillance system. A drastic reduction in the incidence of the disease was observed in the Americas which stimulated PAHO, to carry out an evaluation of the measles epidemiological surveillance system with the objective to determine the true epidemiological situation and the system's capacity in to detect suspected cases of measles or outbreaks and implement control measures in a timely fashion. The methodology was developed by PAHO, and consists mainly on qualitative attributes with quantitative components. The evaluation was realized in the Brazilian States of Bahia and São Paulo and revealed that the measles surveillance system is slow, not allowing the timely detection of cases or outbreaks and that the Elimination Plan was not considered a political priority in the years following its implementation in 1992.

Key-Words: *Epidemiological Surveillance; Measles; Measles Elimination Plan.*

---

[1]Programa Ampliado de Imunizações/SVI/Organização Pan-Americana da Saúde; [2]Centro Nacional de Epidemiologia/ Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; [3]Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde da Bahia, Pará e São Paulo; [4]Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ/MS; e [5] Secretarias Estaduais da Saúde do CE, RJ, RS e SC; [6]Assessora do Sarampo - São Paulo e Ministério da Saúde; [7]Ministerio de la Salud de Chile.

Introdução

O sucesso do Plano Regional para a Erradicação da Poliomielite nas Américas levou a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a recomendar a seus países membros a implantação do Plano de Controle e Eliminação do Sarampo[1]. Entre os anos de 1987 e 1994, vários países da região das Américas já haviam assumido a meta de eliminação do sarampo e tiveram como marco inicial a realização de campanhas de vacinação indiscriminadas (independentemente da história pregressa de doença ou recebimento da vacina), para todas as crianças de 9 meses a 14 anos de idade (Cuba 1987, Caribe de língua inglesa, 1991; Brasil e Chile, 1992; México, República Dominicana, Guatemala, Colômbia e Argentina, 1993; Bolívia 1994)[2]. Como parte básica do plano, os países deveriam manter a vigilância intensiva sobre a doença e altas coberturas vacinais para cada coorte nova de nascidos vivos. O objetivo da estratégia é o de eliminar os focos de suscetíveis que podem formar cadeias de transmissão da doença[1].

A implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, em 1992, representou trabalho conjunto da Fundação Nacional de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.[3] Desta forma, através de ampla campanha de divulgação sobre a importância da vacinação, realizou-se a 1ª Campanha Nacional de Vacinação contra o Sarampo, de forma indiscriminada, vacinando 48.576.032 crianças e adolescentes com idades entre os 9 meses a 14 anos, alcançando uma cobertura de 96%. Capacitou cerca de 12.000 profissionais de saúde para desempenhar as atividades de vigilância epidemiológica do sarampo visando ter, pelo menos, um profissional de referência em cada município e implantou a Rede Nacional de Laboratórios de Referência[3,4]. O impacto da campanha de vacinação de 1992 foi significativo, traduzindo-se na diminuição do número de casos notificados da doença de 42.532 em 1991 para 965 casos em 1995, representando uma redução da ordem de 97,7%. Uma redução significativa na incidência da doença também foi observada nos outros países que adotaram as recomendações da OPAS.

Tendo em vista os avanços alcançados com o Plano Eliminação do Sarampo, na Região das Américas, os Ministros da Saúde dos países membros da OPAS, assumiram o compromisso de eliminar o sarampo no Hemisfério Ocidental até o ano 2000, durante a cerimônia da XXIV Conferência Sanitária Pan-Americana em 1994, realizada em Washington D.C[2].

Paradoxalmente ao êxito alcançado e ao compromisso assumido, o decréscimo observado em relação ao número de casos de sarampo na Região das Américas gerou preocupação em relação ao cumprimento da meta em alguns países, entre estes o Brasil, uma vez que os indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica e a cobertura vacinal contra o sarampo (sobretudo quando esta é estratificada por municípios) indicavam que o desempenho das ações básicas do Plano de Eliminação estavam abaixo do mínimo esperado. Esta situação levou a OPAS a elaborar e aplicar, a partir de 1995, uma metodologia de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica quanto à sua capacidade de detectar casos/surtos de sarampo, pois observava-se que, apesar dos avanços alcançados, muitos países enfrentam problemas estruturais na organização do sistema, sendo necessária uma análise da real situação da vigilância do sarampo.

A metodologia proposta pela OPAS vem sendo aplicada em vários países da América Latina e América Central, entre eles: México (1995), El Salvador (1996), Nicarágua (1996), Venezuela (1996) e Panamá (1997), visando avaliar a factibilidade do alcance da meta de eliminação até o ano 2000 e propiciar a oportunidade para que os países possam redimensionar os principais pontos de entraves no desenvolvimento das ações preconizadas no Plano de Eliminação. Apresenta-se a seguir o estudo realizado no Brasil, nos Estados de São Paulo e Bahia, no período de 10 a 21 de Março de 1997. Esta avaliação foi empreendida

conjuntamente pela Organização Pan-Americana da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde e representa um trabalho de cooperação técnica, que tem como objetivo fornecer subsídios para a melhoria não só do Sistema da Vigilância Epidemiológica do Sarampo, mas, também, para todo o Sistema de Vigilância das outras doenças de notificação compulsória.

Objetivo geral

Determinar a capacidade do sistema de vigilância epidemiológica em detectar, de maneira oportuna, a circulação do vírus do sarampo.

Objetivos específicos

- *Conhecer o funcionamento dos procedimentos de detecção, notificação, investigação, classificação e apoio laboratorial para a vigilância dos casos suspeitos de sarampo nos diferentes níveis do sistema de saúde.*
- *Conhecer o compromisso político, a organização, coordenação, quantidade de recursos financeiros e humanos e o nível de capacitação dos responsáveis pela vigilância epidemiológica em relação ao Plano de Eliminação da doença.*
- *Avaliar os indicadores de vigilância epidemiológica do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo.*
- *Identificar problemas e fazer recomendações concretas para melhorar a vigilância nos diferentes níveis do sistema.*

Metodologia

A metodologia da pesquisa foi desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde, que coordenou e orientou a aplicação da mesma durante esta avaliação. O desenho do estudo é de caráter qualitativo com componentes quantitativos.

Componente qualitativo

As informações referentes ao componente qualitativo (aspectos técnico-gerenciais do Sistema de Vigilância Epidemiológica) foram obtidas por meio de entrevistas aplicadas aos: secretários municipais de saúde, diretores de regionais de saúde, coordenadores de vigilância epidemiológica, coordenadores de imunização, diretores de hospitais públicos e privados, diretores de clínicas médicas e pediátricas; médicos plantonistas do dia nos hospitais e pronto atendimentos, profissionais de níveis médio e básico envolvidos com as atividades de vigilância epidemiológica e imunizações, agentes comunitários de saúde, chefes de enfermagem dos hospitais privados, diretores e chefes de enfermagem de postos de saúde, administradores de hospitais e responsáveis por serviços de arquivo de prontuários.

Como instrumento de colheita de dados, utilizou-se um roteiro de entrevistas estruturado, com perguntas abertas, preparado, a partir de um guia dirigido e orientado, para determinar a capacidade do sistema de vigilância epidemiológica em detectar, de maneira oportuna, a circulação do vírus do sarampo; permitir o conhecimento do funcionamento dos procedimentos de detecção, notificação, investigação, classificação e apoio laboratorial para a vigilância dos casos suspeitos de sarampo, nos diferentes níveis do sistema de saúde; identificar os pontos positivos e os problemas relacionados à vigilância epidemiológica do sarampo.

O roteiro de entrevistas estava composto de três partes: 1) o componente denominado Gerência; 2) o componente denominado Processo de Vigilância Epidemiológica; e 3) pergunta aberta sobre a apreciação do entrevistado a respeito do processo de vigilância epidemiológica.

A avaliação do componente de Gerência baseou-se nos seguintes sinalizadores:

- **compromisso político** - *prioridade na execução das atividades do Plano de Eliminação e integração intra e interinstitucional;*

- **organização** - *utilização de normas técnicas, identificação de um técnico responsável pelo Programa, rede de comunicação e sistema de informação;*
- **recursos** - *suficiência de recursos financeiros e humanos para a execução das atividades;*
- **coordenação** - *existência de coordenação entre os níveis estadual, regional, municipal e local e se esta coordenação é suficiente;*
- **supervisão** - *realização de supervisão sistemática;*
- **capacitação** - *existência de capacitação nos últimos 12 meses;*

A avaliação do componente de Processo da Vigilância Epidemiológica baseou-se nos sinalizadores relacionados a seguir:

- **identificação de casos suspeitos** - *conhecimento a respeito: da classificação de casos, definição de caso suspeito, do procedimento adequado diante de um caso suspeito e da detecção oportuna de um caso suspeito;*
- **notificação** - *existência de ficha de notificação/investigação e forma de utilização e preenchimento;*
- **investigação epidemiológica** - *realização de investigação no nível local; se investigam todos os casos e se a investigação é completa;*
- **laboratório** - *conhecimento do processo de manejo das amostras e existência de retroalimentação oportuna do laboratório para o nível local;*
- **resposta ao caso** - *existência de resposta em nível comunitário e se é oportuna e adequada e se há realização de busca ativa de casos;*
- **análise** - *realização de análise epidemiológica dos dados com uma freqüência adequada; se há utilização desta análise para a organização das ações e se se conhecem os indicadores de qualidade de vigilância epidemiológica do sarampo;*
- **retroalimentação** - *existência de retroalimentação e se sua qualidade e freqüência são adequadas;*
- **identificação de áreas de alto risco** - *existência de áreas de alto risco identificadas; se os critérios utilizados para a identificação das áreas são adequados e se há existência de vigilância nessas áreas.*

As respostas foram classificadas por cada entrevistador como: A (bom), B (regular) e C (insuficiente).

Componente quantitativo

As informações sobre o componente quantitativo foram obtidas através do levantamento e revisão de diagnósticos em prontuários e registros de atendimentos (tanto manuais, como informatizados) nos serviços visitados. Buscou-se encontrar entre estes, casos com hipótese diagnóstica que poderiam levar à suspeita de sarampo e seus respectivos diagnósticos finais. Foi avaliada a qualidade da vigilância epidemiológica por meio dos indicadores propostos pela OPAS (Tabela 1), utilizando-se a base informatizada de dados do nível estadual.

Seleção das áreas

Em função da extensão geográfica, tamanho da população do Brasil e do seu papel na contribuição para o alcance da meta de eliminação do sarampo na Região das Américas, foram indicados para a realização dos trabalhos de campo dois Estados populosos e de Regiões geográficas distanciadas. Assim, foram selecionados, na Região Nordeste - a Bahia, por apresentar na época casos confirmados e isolados de sarampo, em áreas geográficas distanciadas, e, na Região Sudeste - São Paulo, por estar com ocorrência de um surto de sarampo. Outro fator considerado na indicação dos Estados foi a concordância, por parte dos técnicos e gestores das Secretarias Estaduais de Saúde, com a realização da pesquisa no Estado.

Para a seleção das áreas dentro dos Estados, considerou-se como fator principal o risco para o aumento da incidência do sarampo em municípios com ocorrência de casos, com

Tabela 1 –Indicadores da qualidade da vigilância epidemiológica do sarampo propostos pela Organização Pan-Americana da Saúde

Indicadores	Meta
Notificação negativa semanal	*80%*
Número de casos notificados até 7 dias do início do exantema	*80%*
Casos investigados até 48 horas a partir da notificação	*80%*
Casos confirmados por laboratório e vínculo epidemiológico	*100%*
Casos confirmados com fonte de infecção conhecida	*90%*
Casos com fichas de investigação completas	*90%*
Casos com resultados laboratoriais em menos de 8 dias	*80%*

base em critérios epidemiológicos, socioeconômicos, demográficos e geográficos, quais sejam: existência de municípios silenciosos; alta densidade demográfica; baixas coberturas vacinais; baixas condições socioeconômicas; locais com boas coberturas vacinais onde se acreditava que a vigilância tinha um bom desempenho; locais com coberturas vacinais médias e desempenho regular da vigilância epidemiológica, procurando-se incluir municípios de todas as regiões. Foram visitados municípios de Diretorias Regionais de Saúde que preencheram os critérios acima descritos, no Estado de São Paulo: São José do Rio Preto, Presidente Prudente, Sorocaba, Jaboticabal, Batatais, Brodosqui, Ortolândia, Campinas, Osasco, Guarulhos, Santo André, Pirapora, Itú, Itapetinga, Salto, Ribeirão Preto e São Paulo; no Estado da Bahia: Ilhéus, Itabuna, Feira de Santana, Ipirá, Jequié, Itaji, Juazeiro, Sobradinho, Uauá, Remanso, Senhor do Bonfim, Jacobina, Capim Grosso, Alagoinhas e Salvador.

Os serviços visitados nos municípios selecionados foram as sedes: das Diretorias Regionais de Saúde, dos Distritos Sanitários, das Secretarias Municipais de Saúde, da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde (FNS), das Unidades da FNS, os Centros de Saúde Estaduais e Municipais e clínicas/hospitais públicos e privados.

Grupo de Trabalho

Para realizar a pesquisa de campo, foram organizados dois grupos compostos de 12 pesquisadores em São Paulo (SP) e dez na Bahia (BA), integrados por representantes da Organização Pan-Americana da Saúde; da Gerência Técnica de Sarampo da Coordenação Nacional de Doenças Imunopreveníveis e do Programa Nacional de Imunizações do Centro Nacional de Epidemiologia da FNS do Ministério da Saúde (CENEPI/FNS/MS); das Coordenações Regionais/FNS/MS da BA e SP; da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ/MS; das Secretarias Estaduais de Saúde da Bahia e São Paulo; das Secretarias Estaduais de Saúde do Rio de Janeiro, Ceará, Rio Grande do Sul e Santa Catarina e assessores do Gerência Técnica de Sarampo diretamente ligados às ações de vigilância epidemiológica. Foi convidada para participar da avaliação a Coordenadora do Plano de Eliminação do Sarampo no Chile.

Houve, inicialmente, um treinamento de um dia na sede da Organização Pan-Americana da Saúde em Brasília. Em seguida, os grupos dirigiram-se para os Estados, onde foi realizado o mesmo treinamento com a equipe local. Após o treinamento, os grupos foram subdivididos em equipes de dois técnicos, partindo-se, então, para os municípios escolhidos. De acordo com a densidade demográfica e distanciamento das áreas, cada equipe visitou de um a cinco municípios.

Resultados

1. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO SARAMPO NO ESTADO DE SÃO PAULO

1.1 Caracterização territorial

O Estado de São Paulo possui um

território de 247.898 km², sendo o mais populoso do país com uma população estimada de 33.719.835 habitantes **(Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos - SEADE, 1995)**, *distribuída em 625 municípios, com sistema de saúde municipalizado, exceto a capital. A Grande São Paulo, que abrange 39 municípios, concentra 43,0% da população geral do Estado. Até o final da década de 80, São Paulo foi o mais importante pólo de atração de imigrantes de várias regiões do país.*

1.2 Situação Epidemiológica

A situação epidemiológica do sarampo no Estado de São Paulo, até 1987, seguia o mesmo comportamento da doença observado no restante do país, com uma transmissão endêmica constante, com picos epidêmicos em intervalos regulares a cada três ou quatro anos, apresentando no ano de 1986 sua mais alta incidência com um total de 6.849 casos hospitalizados. Em 1987, a letalidade por sarampo foi de 0,67% (33 óbitos), indicando a necessidade de ação de controle massiva quando, então, foi realizada uma campanha de vacinação, de forma indiscriminada, tendo como alvo as crianças de 9 meses a 14 anos. Entre maio e junho desse mesmo ano, 8.500.000 crianças e adolescentes foram vacinados, atingindo uma cobertura de 91%[5].

Após a campanha, organizou-se o sistema de vigilância epidemiológica do sarampo que consistia na notificação e investigação de todo caso suspeito definido como doença febril acompanhada de exantema, devendo ser realizada a coleta de duas amostras para exame sorológico.

Em 1992, por ocasião da implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, enquanto o restante do país realizou a vacinação com a vacina contra o sarampo, para a faixa etária de 9 meses a 14 anos, o Estado vacinou as crianças de 9 meses a 11 meses e o grupo de 11 a 14 anos, de forma seletiva com esta vacina e, nas crianças de 1 a 10 anos, utilizou a vacina tríplice viral, atingindo para o grupo de 9 a 11 meses uma cobertura vacinal de 58,4% e para a faixa etária de 1 a 10 anos de 95,4%.

Em 1995, o Brasil realizou uma campanha de vacinação de seguimento contra o sarampo, dirigida a vacinar indiscriminadamente as crianças de 1 a 3 anos de idade. Nesta oportunidade, São Paulo optou, novamente, por fazer a campanha de forma seletiva. A cobertura vacinal contra o sarampo, para os menores de 1 ano, no Estado, foi 97,4% e 92,5% para 1995 e 1996, respectivamente. A cobertura da vacina tríplice viral para as crianças de 1 ano de idade foi de 100% e de 95,1% nos referidos anos. O número de municípios com coberturas vacinais, em crianças menores de 1 ano, acima de 95% foi de 323 (51,7%) e inferiores a 95% foi de 302 (48,3%) no ano de 1996. 15 Diretorias Regionais de Saúde, tiveram uma proporção de municípios com cobertura vacinal superior a 95%, acima da média do Estado (51,7%).

Desde 1987 observou-se uma redução drástica e notável do número de casos compatíveis e confirmados de sarampo de aproximadamente 7.000 anuais para 419 em 1988. Esta tendência continua, e no ano de 1995 foram registrados 104 casos, dos quais 8 foram confirmados por laboratório, sem que se possa estabelecer a ocorrência de um surto. Na revisão de internações por sarampo de seis hospitais públicos do Estado de São Paulo, observa-se uma redução de 487 hospitalizações, em 1986, para uma hospitalização em 1995.

Durante a execução desta avaliação, a vigilância epidemiológica do Estado tinha identificado um surto de sarampo que iniciou no mês de setembro com casos confirmados por laboratório procedentes do município de São Paulo. No ano de 1996, foram confirmados 22 casos, 15 pela técnica de captura de IgM realizado no Instituto Adolfo Lutz e sete casos pelo critério clínico epidemiológico. Em 1997, até 14 de março, foram confirmados 35 casos, 34 por laboratório e um epidemiologicamente. A maioria dos casos se distribuiu nos municípios da área metropolitana de São Paulo (52), e cinco no interior do Estado. 35 dos 57 casos confirmados foram em pessoas entre os 15 e 30 anos, sete casos em menores de um ano, seis

em indivíduos com 15 anos, seis casos em maiores de 30 anos e três casos em indivíduos com idade ignorada.

A maioria dos casos aconteceu em indivíduos sem antecedentes vacinais contra o sarampo ou uso da vacina tríplice viral. Ocorrerram casos intra-hospitalares em três hospitais de São Paulo, ocorrendo um óbito em uma criança menor de um ano. É relevante ressaltar que a maioria dos adultos jovens é procedente do interior do Norte e Nordeste e recém chegados em São Paulo.

1.3 O Fluxo de informação do sistema de vigilância epidemiológica

Com relação à vigilância epidemiológica do sarampo, o Estado de São Paulo utiliza um sistema de informação próprio, com fluxos diferentes de informação para os diversos instrumentos de notificação/investigação:

- *SVE 1- impresso para receber as notificações informadas pela comunidade ou pelos profissionais de saúde através do telefone;*
- *SVE 2 - livro de registro dos casos notificados nas unidades de saúde;*
- *SVE 3 - ficha de notificação de todas as doenças por notificação compulsória, por semana epidemiológica encaminhado à Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo, PRODESP, para processar as informações;*
- *Ficha de investigação sarampo/rubéola encaminhada ao Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo - CVE para consolidação.*

Este sistema permite a avaliação da maioria dos indicadores de vigilância estabelecidos pela vigilância epidemiológica do sarampo.Não é porém, um sistema ágil que possibilite o monitoramento oportuno das ações de vigilância.

Quanto à notificação e investigação de casos suspeitos de sarampo e rubéola, entre 1994 a 1996, foram notificados 11.063 casos suspeitos de sarampo/rubéola. Um total de 283 (45%) municípios notificaram casos suspeitos em 1994; 244 (39%), em 1995; e 239 (38%), em 1996, o que evidencia que a notificação de casos suspeitos vem se mantendo nos mesmos níveis, apesar da diminuição da incidência das referidas doenças.

Em relação ao número de notificações por ano, por município, nesse período, 220 (35,5%) não notificaram casos em nenhum ano, 165 (26,4%) notificaram casos em um ano, 119 (19,0%) notificaram por dois anos e 121(19,4%) notificaram nos três anos.

Apesar de um grande número de municípios não apresentar notificação nos três anos analisados, a população média dos mesmos é de 12.768 habitantes, representando 8,4% da população total do Estado, o que indica uma baixa densidade populacional nestas localidades. Nos municípios que apresentaram casos em cada um dos três anos, a média populacional foi de 184.435 habitantes representando 66,5% da população do Estado, indicando que, nos municípios de maior população, o sistema de vigilância epidemiológica tem-se mostrado em alerta.

Observa-se, no período de 1994 a 1996, que a taxa de notificação de casos suspeitos de sarampo e/ou rubéola variou consideravelmente nas diversas Diretorias Regionais. A média estadual é de 11/100.000 por ano, sendo maior na 18ª DIR - Ribeirão Preto - 45/100.000 por ano, e menor na DIR Franco da Rocha - 1/ 100.000 por ano.

1.4 Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica

Componentes de gerência e processo de vigilância epidemiológica

Foram realizadas cerca de 550 entrevistas nos 17 munícipios selecionados. Os questionários foram aplicados a servidores responsáveis pela gestão do programa, bem como pelo serviços de vigilância epidemiológica do sarampo, vinculados a nove Diretorias Regionais de Saúde do Estado (DIR), nove núcleos de vigilância

epidemiológica regional e municipal; 16 unidades básicas de atendimento; 21 hospitais e cinco laboratórios de referência para o sarampo.

Para efeito de apresentação dos resultados, as respostas as entrevistas foram classificadas como aceitável e insuficiente, devido à pouca significância do critério A (bom). O critério A foi agrupado ao critério B (regular) e reclassificado como aceitável. A distribuição proporcional das respostas aos sinalizadores do componente gerencial e do processo de vigilância epidemiológica das entrevistas encontra-se relacionada na Tabela 2.

A média das classificações feitas pelos profissionais de saúde que exercem funções no nível local, em relação aos sinalizadores do componente - Gerência, foi 34,5% para aceitável e de 65,5% para insuficiente. Segundo os profissionais que exercem função de gerência, as médias foram de 46,8% para aceitável e de 53,2%, insuficiente.

Quanto ao componente - Processo de Vigilância Epidemiológica, a média das classificação dos sinalizadores, dadas pelos profissionais que exercem funções a nível local, foi de 27% para aceitável e de 73,0% para insuficiente. As médias obtidas da classificação dos profissionais que exercem função de gerência foram de 42,8% e 57,2% para aceitável e insuficiente, respectivamente.

Revisão de diagnósticos dos serviços visitados

A revisão dos diagnósticos foi realizada nos serviços que prestam assistência ao paciente durante as visitas das equipes nos diversos municípios selecionados. Foram revisadas as estatísticas de morbidade relativas às internações. Não foi possível realizar revisão nos registros de atendimento dos ambulatórios hospitalares ou nas unidades básicas por motivos que incluem a não permissão e a ausência de coleta deste tipo de informação.

Do total de **157.578** *diagnósticos revisados em prontuários e em estatísticas de morbidade obtidas a partir das Autorizações*

Tabela 2- Classificação das respostas às entrevistas por componente e nível dos profissionais de saúde. São Paulo, 1997.

	Profissionais do nível local		Profissionais de gerência	
Componente/Sinalizadores	Aceitável	Insuficiente	Aceitável	Insuficiente
Gerência				
Compromisso político	34,2%	65,8%	52,0%	48,0%
Organização	44,0%	56,0%	44,0%	56,0%
Recursos	44,0%	56,0%	44,0%	56,0%
Coordenação	40,0%	60,0%	57,1%	42,9%
Capacitação	23,7%	76,3%	62,8%	37,2%
Supervisão	21,0%	79,0%	21,0%	79,0%
Processo de vigilância epidemiológica				
Identificação de casos suspeitos	46,0%	64,0%	52,4%	47,6%
Notificação	46,0%	64,0%	52,4%	47,6%
Investigação	46,0%	64,0%	52,4%	47,6%
Laboratório	40,5%	59,5%	44,0%	56,0%
Resposta ao caso	37,0%	63,0%	53,0%	47,0%
Análise	5,3%	94,7%	22,9%	77,1%
Retroalimentação	7,9%	92,1%	11,4%	88,6%
Definição de áreas de alto risco	17,1%	82,9%	54,3%	45,7%

de Internações Hospitalares(AIHs), foram encontrados 48 casos suspeitos de sarampo, dos quais 39 haviam sido investigados. Os casos suspeitos estavam diagnosticados como sarampo, rubéola e outros exantemas (Tabela 3).

1.5 Avaliação dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica

Não foi possível avaliar todos os indicadores de qualidade dos sistemas de vigilância epidemiológica propostos pela OPAS, por não haver a informação disponível no banco de dados do Estado. Para o ano de 1996, 80% das fichas epidemiológicas ainda não haviam chegado ao Centro de Vigilância Epidemiológica ou não tinham sido digitadas. Foram avaliados os indicadores com base nos dados de 1995 (Tabela 4).

1.6 Problemas detectados e recomendações

Gerenciamento

a) Compromisso político

Problemas:

- *Desconhecimento, por parte dos*

Tabela 3 - Distribuição do número e percentual dos diagnósticos revisados durante a avaliação segundo casos suspeitos de sarampo e diagnósticos finais - São Paulo, 1997.

Diagnósticos revisados	Número	Percentual
Registros de morbidade	*145.233*	*92,2*
Registros de prontuários	*12.345*	*7,8*
Total	*157.578*	*100,0*
Casos suspeitos[1] encontrados	*48*	*0,03*
*Casos suspeitos que haviam sido investigados**	*39*	*81,2*
*Diagnóstico final dos casos suspeitos **		
Sarampo	*10*	*21,0*
Rubéola	*9*	*19,0*
Dengue:	*-*	*-*
Outras doenças exantemáticas	*29*	*60,4*

** Percentual calculado tomando como base o número de casos suspeitos (48).*
1 - A definição operacional de caso suspeito de sarampo é - toda pessoa com febre e exantema acompanhado de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e ou coriza e ou conjuntivite, independentemente da idade ou situação vacinal.

Tabela 4 - Distribuição do percentual atingido em relação à meta dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica do sarampo - São Paulo, 1995*.

INDICADORES DE QUALIDADE DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	META	
	Alcançada	OPAS
Porcentagem de unidades com notificação semanal negativa/positiva	*-*	*80%*
Porcentagem de casos investigados em até 48 horas	*46%*	*80%*
Porcentagem de casos com pelo menos uma amostra adequada de sangue;	*77%*	*80%*
Porcentagem de casos confirmados por laboratório;	*100%*	*100%*
Porcentagem de casos confirmados com conhecimento da fonte de infecção	*0%*	*90%*
Porcentagem de amostras com resultados de laboratório recebidos no período de 7 dias após a coleta	*0%*	*80%*
Porcentagem de casos notificados dentro de 8 dias após o início do exantema	*82%*	*80%*

-: Sem informação

profissionais do nível local e regional, do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo. As normas técnicas foram discutidas com o nível regional e representantes do nível municipal, porém, no nível local, foram repassadas de forma burocrática, sem discussão com as equipes.

- *Ausência de priorização da proposta de eliminação do sarampo dentro do Sistema de Vigilância Epidemiológica, visto não serem realizadas atividades como: busca ativa de casos (retrospectiva); não há implantação da notificação negativa, não há estratégias especiais para as áreas de risco.*
- *Inexistência de integração intra e interinstitucional. No nível local e regional, as normas e prioridades do Programa só são de conhecimento do técnico responsável pela Vigilância Epidemiológica (VE). Não há busca de integração com outras instituições governamentais e não governamentais.*
- *Ausência de parceria com outras instituições. O trabalho da V.E. é executado somente pelo sistema público.*

Recomendações:

- *Divulgar o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo em todos os níveis gerenciais, dando conhecimento dos objetivos do Plano, do compromisso nacional com o Plano e das normas técnicas operacionais. Estrategicamente, poderá ser usada a metodologia de seminários, oficinas, entre outras.*
- *Implementar as atividades de Vigilância Epidemiológica.*
- *Realizar investigação de todos os casos suspeitos, busca ativa retrospectiva e atual, identificação clara das áreas de risco, com mapeamento e desenvolvimento de estratégias de controle, tipo acompanhamento de fluxo de entrada e saída de pessoas residentes na área, cobertura vacinal, controle de nascidos vivos.*

b) Organização/Recursos

Problemas:

- *Inexistência em nível central e regional, de um técnico responsável pelo agravo.*
- *Grande rotatividade de pessoal no nível local.*
- *Deficiência de pessoal nos níveis local, regional, municipal e central. Deficiente qualificação para a execução do Programa.*
- *Inexistência de um sistema de informação ágil, capaz de responder oportunamente quanto ao acompanhamento e avaliação da ocorrência do agravo.*
- *Ausência de confrontamento dos dados epidemiológicos (coberturas vacinais, ocorrência de doenças exantemáticas).*

Recomendações:

- *Implantar um sistema de informação, onde as atividades e as informações possam ser avaliadas periodicamente oportunizando assim, as ações de controle.*
- *Implementar um sistema de informações integral pelo menos ao nível de Diretorias e em nível Estadual para a digitação e análises de dados oportunamente a nível de usuário.*
- *Simplificar os formulários em uso e o fluxo de informação desde o nível local até o nível Central - Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).*
- *Designar uma pessoa com dedicação exclusiva ao Programa de Sarampo em nível estadual (CVE).*

c) Coordenação/Supervisão/Capacitação

Problemas:

- *Déficit de recursos humanos nos níveis central e regional para poder desenvolver as atividades de supervisão e capacitação.*
- *Insuficiência de atividades de supervisão e capacitação, em relação ao atual momento que se encontra o Plano.*

- *Pouca sistematização no repasse das informações do nível municipal para as Unidades Básicas de Saúde e hospitais, e quando realizado, as informações são transmitidas de forma burocrática.*

Recomendações:

- *Promover reuniões com outras instituições para repasse de informações técnicas.*
- *Buscar parceria com outras instituições, visando cobrir o déficit de pessoal, intregrando as atividades entre o setor público e os demais setores.*
- *Montar um cronograma de supervisão e capacitação, e que este seja seguido como prioridade.*

Processo de vigilância epidemiológica

a) Identificação, notificação e investigação de casos

Problemas:

- *Desconhecimento de todas as etapas da investigação epidemiológica de um caso suspeito do sarampo em nível operacional e dificuldades logísticas para operacionalizar a investigação de campo.*
- *Desconhecimento por parte de muitos profissionais, do objetivo e importância da notificação que é tida como um processo exclusivamente administrativo.*
- *Dificuldades para a identificação de um caso suspeito de sarampo por desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, dos critérios mínimos para iniciar a investigação.*
- *Ausência de integração inter ou intra- setorial com outros setores.*
- *Fragmentação nas etapas da investigação epidemiológica dos casos suspeitos de sarampo, que são executadas em diversos níveis, contribuindo para que essa investigação seja incompleta e tardia na grande maioria dos casos.*
- *Desconhecimento sobre a importância de investigar a fonte de infeção e os contatos.*

Recomendações:

- *Divulgar, por meio de material promocional, a definição de casos suspeitos para imediata notificação e coleta da amostra.*
- *Realizar a investigação dos casos desde o nível de antendimento ou disponibilizar transporte para o pessoal que está realizando a investigação.*
- *Colocar os cartazes em lugares de permanência habitual da equipe de saúde.*
- *Realizar treinamento e reciclagem periódica dos profissionais, bem como supervisão e reciclagem periódica dos encarregados da investigação epidemiológica.*

b) Laboratório

Problemas:

- *Atraso na liberação dos resultados dos exames laboratoriais.*
- *Interrupção no fornecimento de kits diagnósticos para processamento das amostras nos laboratórios.*
- *Falta de veículos em algumas oportunidades para recolher as amostras coletadas nas unidades de saúde.*
- *Ausência de repasse dos resultados das amostras processadas, ao nível central regional e municipal. Desta forma, o nível local que notificou o caso não tem retorno do resultado do laboratório.*
- *Ausência de validação rotineira da técnica realizada em alguns laboratórios.*
- *Dificuldades do nível local para interpretar os resultados enviados pelos laboratórios.*

Recomendações:

- *Agilizar a entrega dos resultados e repasse a todos os níveis.*

- *Garantir recursos para a aquisição de kits diagnósticos a fim de que não ocorra interrupção no processamento das amostras nos laboratórios de referência.*
- *Simplificar os informes de resultados para facilitar a interpretação de dados.*
- *Enviar os resultados simultaneamente aos vários níveis de gerência.*

c) Resposta ao caso

Problemas:

- *Ausência de visita domiciliar imediata para realizar a busca ativa e investigação de novos casos e atividades de bloqueio vacinal.*
- *Falta eventual da vacina contra sarampo para a vacinação de rotina e bloqueio.*
- *Insuficiência na orientação quanto ao desencadeamento do bloqueio vacinal em alguns Serviços de Saúde que executam a atividade somente após o resultado laboratorial.*

Recomendações:

- *Treinar pessoal da unidade local para descentralizar ações como busca ativa, bloqueio vacinal e coleta de amostra laboratorial com o objetivo de agilizar a investigação.*
- *Garantir o suficiente abastecimento da vacina contra sarampo e tríplice viral na vacinação de rotina.*

d) Análise

Problemas:

- *Ausência de repasse da análise para os níveis locais do sistema. A análise é feita em nível Central e pouco realizada em nível regional.*

Recomendações:

- *Reunir dados e analisar de acordo com os indicadores da vigilância epidemiológica do Plano de Eliminação do Sarampo.*
- *Repassar a informação por meio de Boletins Epidemiológicos e estimular a sua discussão, em todos os momentos, com os técnicos de nível regional e local.*
- *Digitar os dados a nível regional ou municipal para facilitar as análises da situação local.*

e) Retroalimentação

Problema:

- *Ausência de retroalimentação oportuna em todos os níveis.*

Recomendações:

- *Elaborar instrumento informativo com número total de casos suspeitos notificados, confirmados e descartados, para distribuição nos diversos níveis de atuação.*
- *Realizar acompanhamento mensal das coberturas vacinais de rotina da vacina contra sarampo e tríplice viral, repassando a informação ao município.*
- *Enviar às Universidades e Sociedades Científicas informes do avanço da proposta de eliminação do sarampo.*
- *Integrar as ações de Vigilância Epidemiológica e laboratórios de referência.*

f) Áreas de alto risco

Problemas:

- *Falta de conscientização em alguns níveis de que as baixas coberturas vacinais constituem um risco para a transmissão do vírus.*
- *Insuficiência de alguns níveis para identificar suas áreas de risco.*
- *Ausência de estratégia especial para atuação nas áreas de risco.*

Recomendações:

- *Divulgar e treinar profissionais de saúde sobre estratégias de Eliminação do Sarampo: coberturas vacinais de rotina acima de 95% de forma homogênea, campanhas de seguimento e vigilância de todos os casos considerados suspeitos.*

- *Estabelecer estratégias especiais diferenciadas por área de risco.*

g) Apreciação pessoal

Problemas:

- *Deficiência de recursos humanos - um único técnico é quase sempre responsável por toda a Vigilância Epidemiológica das doenças de notificação compulsória.*
- *Insuficiência de técnicos capacitados no nível local. Os técnicos do nível gerencial estão bem preparados em comparação aos do nível local, no qual há grande rotatividade de pessoal.*
- *Falta conhecimento geral sobre o Plano de Eliminação do Sarampo.*

Recomendação:

- *Aumentar a supervisão em nível local e incrementar a oferta de cursos de capacitação contínua neste nível.*

2. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO SARAMPO NO ESTADO DA BAHIA

2.1 Caracterização territorial

*O Estado da Bahia tem uma extensão territorial de 567.295,3 km² e população de 12.709.714 habitantes (***IBGE, 1996***) distribuídos em 415 municípios. É o Estado mais populoso da Região Nordeste. O Sistema de Saúde está dividido em 30 Diretorias Regionais de Saúde - DIRES, e o processo de municipalização está em fase inicial de implantação.*

2.2 Situação epidemiológica do sarampo

Até o início da década de 90, o sarampo constituiu uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre crianças menores de cinco anos de idade na Bahia. A exemplo dos outros Estados brasileiros, a doença comportava-se de forma endêmica com picos epidêmicos a cada período de dois a três anos, com as maiores taxas de incidência nos anos de 1985, 1986 - maior coeficiente já registrado - 213,4/100.000 habitantes com 23.058 casos **notificados**. *Em relação à mortalidade, verifica-se que ocorreu uma redução no coeficiente ao longo da década de 80. O ano de maior coeficiente de mortalidade foi 1986 - 1,7/ 100.000 habitantes*[6].

Até 1988, as coberturas vacinais eram baixas, em torno de 50%. No ano de 1989, foi realizada uma campanha de vacinação de forma indiscriminada contra o sarampo para crianças menores de 5 anos de idade, tendo sido alcançada uma cobertura de 100,0% nos menores de 1 ano e de 82%, na faixa de 1 a 4 anos de idade[7, 8].

A Bahia implantou o Plano de Eliminação do Sarampo em 1992, através da realização da campanha de vacinação de forma indiscriminada para crianças com idades entre 9 meses a 14 anos, nos meses de abril a junho. A população prevista para ser vacinada era de 4.842.454 crianças, tendo sido vacinadas 4.416.416, atingindo 92% da meta (meta preconizada - 95%). Além da realização da campanha de vacinação, foram implementados testes diagnósticos laboratoriais, no Laboratório Central de Saúde Pública da Bahia, ficando este como referência para Alagoas e Sergipe. Implantou-se, também, a notificação positiva/ negativa e investigação dos casos suspeitos, com adoção das medidas de controle por DIRES. Realizou-se, ainda, capacitação para cerca de 1.500 profissionais.

Como resultado da implantação do Plano, ocorreu uma redução do número de casos da doença, de 3.542 casos em 1991 para 1.303 em 1992.

Nos quatro anos subseqüentes à implantação do Plano de Eliminação do Sarampo na Bahia, as coberturas vacinais contra o sarampo em menores de um ano de idade apresentaram um decréscimo contínuo. O número de casos suspeitos notificados foi bastante restrito em relação à extensão territorial e populacional do Estado (Tabela 5).

Em 1995, o Estado realizou a 1ª Campanha Nacional de Seguimento para a faixa etária de um a três anos de idade atingindo-se uma cobertura vacinal de 61,27%.

Observa-se que o número de casos confirmados pelo critério clínico foi bastante significativo em todos os anos analisados. Estes fatores evidenciam a baixa capacidade da vigilância epidemiológica em detectar e investigar de forma adequada os casos suspeitos de sarampo.

Em 1996, a cobertura vacinal da Bahia foi de apenas 56,5%. Foram notificados, ao nível central estadual, 455 casos suspeitos de sarampo. Desse total, oito (8) foram confirmados por laboratório, com sorologia IgM de captura. Os casos confirmados estavam distribuídos nos municípios de Jacobina (1), Ilhéus (1), Floresta Azul, Coquinhos (2), Ubaíra (1), Itagi (1), Planalto (1) e Uauá (1) e distribuíram-se nos seguintes grupos, segundo a idade: < de 1 ano (1); 1 ano (2); 5 anos (1); 12 anos (1); 16 anos (1); 58 anos (1) e idade ignorada (1). Sessenta e três (63) casos foram considerados compatíveis e 384 foram descartados, dos quais 130 foram diagnosticados como rubéola e 86 como outras doenças exantemáticas[7, 8].

2.3 Fluxo de informação do Sistema de Vigilância Epidemilógica

O Sistema de Vigilância Epidemiológica do Sarampo na Bahia utiliza para o registro e repasse das notificações a ficha de notificação de agravos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN, tanto no nível regional como em alguns municípios. Todas as fichas de investigação epidemiológica são digitadas no nível central do Estado e a retroalimentação para todos os níveis hierárquicos é bastante morosa.

O fluxo de informações origina-se nas unidades notificadoras que as repassa para as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs). As SMSs repassam para as Diretorias Regionais de Saúde e estas para a Secretaria Estadual de Saúde que, finalmente, repassa para a Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

2.4 Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica

Tabela 5 - Distribuição das coberturas vacinais contra o sarampo em menores de 1 ano e classificação final dos casos suspeitos de sarampo notificados Bahia, 1993 - 1996.

	ANOS			
Dados Epidemiológicos e de Cobertura Vacinal	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**
Cobertura Vacinal	*94%*	*78,9%*	*71,1%*	*56,5%*
Casos Suspeitos Notificados	*520*	*377*	*451*	*455*
Casos Confirmados por Laboratório e Vínculo Epidemiológico	*11*	*4*	*-*	*8*
Casos Confirmados pela Clínica	*45*	*96*	*36*	*63*
Casos Descartados:	*464*	*281*	*415*	*384*
Classificação final dos casos descartados:				
Rubéola	*105*	*132*	*132*	*130*
Outras Doenças Exantemáticas	*359*	*149*	*283*	*86*

Fonte: DEVISA/SES/BA

Componentes de gerência e processo de vigilância epidemiológica

Durante a avaliação, foram entrevistados cerca de 500 profissionais de saúde, nos 15 municípios visitados, tendo sido percorridos aproximadamente 10.000 km. As regiões visitadas representam 45% da população do Estado. Foram visitados os seguintes serviços: Diretorias Regionais de Saúde (7), Distritos Sanitários (12), Centros de Saúde Estaduais e Municipais (89), clínicas/hospitais públicos e privados (30), Secretarias Municipais de Saúde (15), Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde (1), Unidades da FNS (5) e um (1) laboratório de referência. A distribuição proporcional das respostas por componente e nível dos profissionais de saúde entrevistados encontra-se relacionada na Tabela 6.

Em relação ao Componente Gerência, a média das classificações dos sinalizadores, feitas pelos profissionais que exercem funções em nível local foi de 29,3% para aceitável e de 70,7% para insuficiente. Segundo os profissionais que exercem função de gerência, as médias foram de 52,4% para aceitável e de 47,6% para insuficiente.

Quanto ao Componente de Processo de Vigilância Epidemiológica, a média dos critérios de classificação, feita pelos profissionais que exercem funções no nível local foi de 29,3% para aceitável e de 70,7% para insuficiente. As médias obtidas das classificações feitas pelos profissionais que exercem função de gerência foram de 44,6% para aceitável de 55,4% para insuficiente.

Revisão de diagnósticos dos serviços visitados

Foram revisados 156.274 diagnósticos em prontuários e registros de fichas, livros de ambulatórios, postos, centros de saúde e pronto atendimentos. Foram encontrados 309 casos suspeitos de sarampo, dos quais apenas 18 haviam sido investigados. Os casos suspeitos tinham os seguintes diagnósticos: sarampo, rubéola, dengue e outros exantemas (Tabela 7).

2.5 Avaliação dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica

Na Bahia, não foi possível analisar todos os indicadores propostos pela OPAS, por não haver a informação disponível no banco de dados

Tabela 6 - Classificação das respostas as entrevistas por componente e nível dos profissionais de saúde - Bahia, 1997.

	Profissionais do nível local		Profissionais de gerência	
Componente/Sinalizadores	Aceitável	Insuficiente	Aceitável	Insuficiente
Gerência				
Compromisso político	*16,7%*	*83,3%*	*71,4%*	*28,6%*
Organização	*33,3%*	*66,4%*	*57,2%*	*42,8%*
Recursos	*9,1%*	*90,9%*	*42,8%*	*57,2%*
Coordenação	*50,0%*	*50,0%*	*57,2%*	*42,8%*
Capacitação	*50,0%*	*50,0%*	*57,2%*	*42,8%*
Supervisão	*16,7%*	*83,3%*	*28,6%*	*71,4%*
Processo de vigilância epidemiológica				
Identificação de casos suspeitos	*66,7%*	*33,3%*	*57,2%*	*42,8%*
Notificação	*66,7%*	*33,3%*	*57,2%*	*42,8%*
Investigação	*8,3%*	*91,7%*	*42,8%*	*57,2%*
Laboratório	*16,7%*	*83,3%*	*42,8%*	*57,2%*
Resposta ao caso	*9,1%*	*90,9%*	*28,6%*	*71,4%*
Análise	*8,3%*	*91,7%*	*42,8%*	*57,2%*
Retroalimentação	*16,7%*	*83,3%*	*42,8%*	*57,2%*
Definição de áreas de alto risco	*41,6%*	*58,3%*	*42,8%*	*57,2%*

Tabela 7 - Distribuição do número e percentual dos diagnósticos revisados durante a avaliação segundo casos suspeitos de sarampo e diagnósticos finais - Bahia, 1997

Diagnósticos revisados	Número	Percentual
Registros de morbidade	*152.234*	*97,4*
Registros de prontuários	*4.040*	*2,6*
Total	*156.274*	*100,0*
Casos suspeitos[1] encontrados	*309*	*0,2*
*Casos suspeitos que haviam sido investigados**	*18*	*5,8*
*Diagnóstico final dos casos suspeitos **		
Sarampo	*18*	*5,8*
Rubéola	*86*	*27,8*
Dengue:	*168*	*54,4*
Outras doenças exantemáticas	*37*	*12,0*

** Percentual calculado tomando como base o número de casos suspeitos (309).*
1 - A definição operacional de caso suspeito de sarampo é - toda pessoa com febre e exantema acompanhado de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e ou coriza e ou conjuntivite, independentemente da idade ou situação vacinal.

do Estado, por esta não constar na ficha de investigação ou porque os dados não estavam totalmente digitados, e que muitos deles aguardavam o resultado dos exames laboratoriais. Desta forma, realizou-se a análise dos indicadores com base nos dados de 1995 e alguns dados preliminares do ano de 1996 (Tabela 8).

2.6 Pontos positivos, problemas detectados e recomendações

Gerenciamento

a) Organização e coordenação

Pontos positivos:

- *Existência de estrutura organizada com capacidade para operacionalizar o Plano de Eliminação do Sarampo.*
- *Existência de gerência estadual e regional para a vigilância epidemiológica.*
- *O processo de municipalização tem avançado onde o Estado trabalha em parceria com os municípios.*
- *Existência de coordenação entre os níveis regional e central estadual.*
- *Conhecimento das normas operacionais do programa são conhecidas pelas regionais de saúde e nível central estadual.*

Problemas:

- *Ausência de prioridade na operacionalização do Plano de Eliminação do Sarampo.*
- *Falta de articulação interinstitucional, intersetorial e intra-setorial, nos diferentes níveis.*
- *Inexistência de unidades de vigilância epidemiológica na maioria dos hospitais.*
- *Falhas na distribuição de imunobiológicos.*
- *Déficit das coberturas vacinais em geral.*
- *Precariedade do sistema de informação para subsidiar a gerência e a operacionalização do Plano.*
- *Deficiência na divulgação e a comunicação do Plano para todos os segmentos sociais.*

Recomendações:

- *Implementar o plano de ação recomendado pela equipe de avaliação.*
- *Criar o Comitê Estadual de Epidemiologia.*
- *Implementar o Plano Estadual de Saúde.*
- *Fortalecer a capacidade gerencial em vigilância das doenças imunopreveníveis, a fim de responder aos processos de descentralização e municipalização, em todos os níveis.*

Tabela 8 - Distribuição do percentual atingido em relação à meta dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica do sarampo - Bahia, 1995-1996.

Indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica	Meta		
	Alcançada		
	1995	1996*	OPAS
Porcentagem de unidades com notificação semanal negativa/positiva	*29,3%*	*95%*	*80%*
Porcentagem de casos investigados em até 48 horas	*77,3%*	*...*	*80%*
Porcentagem de casos com pelo menos uma amostra adequada de sangue;	*16,8%*	*66,5%*	*80%*
Porcentagem de casos confirmados por laboratório;	*-*	*100%*	*100%*
Porcentagem de casos confirmados com conhecimento da fonte de infecção	*0*	*0*	*90%*
Porcentagem de amostras com resultados de laboratório recebidos no período de 7 dias após a coleta	*0*	*0*	*80%*
Porcentagem de casos notificados dentro de 8 dias após o início do exantema	*84,5%*	*87,9%*	*80%*

** Dados preliminares; ...: Sem informação; -: Sem confirmação laboratorial.*

- *Desenvolver uma ampla divulgação do Plano de Eliminação do Sarampo.*
- *Estabelecer um fluxo de informação e comunicação intrasetorial.*
- *Criar uma referência de vigilância epidemiológica nos serviços hospitalares.*

b) Recursos

Pontos positivos:

- *O Plano de Eliminação conta com a motivação e o conhecimento técnico dos profissionais de saúde do Estado.*

Problemas:

- *Insuficiente apoio logístico para a execução do Plano de Eliminação do Sarampo nos níveis central, estadual e municipal.*
- *Inexistência de previsão orçamentária para o desempenho das ações do Plano de Eliminação do Sarampo nos níveis estadual e municipal.*
- *Escassez de provisão de impressos (formulários, fichas etc.) e transporte para a vigilância.*
- *Falta de equipamentos e operadores de microinformática em todos os níveis.*
- *Ausência de veículo específico para a coordenação estadual do Plano de Eliminação, para realizar as atividades necessárias de seguimento.*

Recomendações:

- *Estabelecer formas de estimular o trabalhador de saúde (condições de trabalho, recursos, etc.).*
- *Garantir recursos humanos, financeiros e materiais para a coordenação do plano nos níveis estadual e regional.*
- *Colocar à disposição um veículo para a coordenação, a fim de garantir o desenvolvimento das atividades de vigilância em todos os níveis.*
- *Garantir a reprodução e distribuição de impressos de forma regular em todos os níveis.*
- *Adquirir equipamentos de microinformática e qualificar recursos humanos específicos.*

c) Capacitação e supervisão

Pontos positivos:

- *Realização de capacitações específicas para os profissionais de saúde dos níveis estadual, regional e Distritos Sanitários de Salvador.*
- *Conhecimento das normas e estratégias do Plano de Eliminação pelos profissionais de saúde dos níveis estadual e regional.*

Problemas:

- *Insuficiência de capacitação técnica dos profissionais de saúde dos níveis municipal e local.*
- *Exclusão dos profissionais de saúde do setor privado, área hospitalar e ONG'S nos cursos de capacitação.*
- *Inexistência de supervisão em todos os níveis.*
- *Ausência de repasse das capacitações para o nível local.*
- *Insuficiência de materiais normativos em quantidade e qualidade em todos os níveis.*

Recomendações:

- *Desenvolver e implementar metodologias avançadas para capacitação de profissionais de saúde e repasse ao nível local.*
- *Incluir profissionais de saúde do setor privado, inclusive da área hospitalar e outras organizações, nas capacitações técnicas.*
- *Garantir o suprimento de material normativo e de capacitação técnica para todos os níveis.*
- *Programar e realizar supervisões sistemáticas e periódicas em todos os níveis, como uma atividade de educação continuada.*

Processo de vigilância epidemiológica

a) Identificação, notificação e investigação de casos

Pontos positivos:

- *Existência de um sistema formal de notificação compulsória de doenças transmissíveis em todos os níveis.*
- *Conhecimento geral pelos profissionais de saúde da definição clínica do sarampo.*
- *Existência de notificação procedente de outras instituições, tais como setor privado e área hospitalar.*
- *Disponibilidade de formulários específicos para notificação de casos suspeitos.*
- *Conhecimento pela maioria dos profissionais do fluxograma de notificação nos diversos níveis.*

Problemas:

- *Desconhecimento, pelos profissionais, da definição de casos de acordo com a especificação do Plano de Eliminação.*
- *Ausência de avaliação da qualidade da notificação semanal negativa em todos os níveis.*
- *Deficiência dos registros de suspeita de casos, especialmente nos níveis local (público e privado) e hospitalar.*
- *Atraso na notificação e subnotificação de casos suspeitos de sarampo.*
- *Desativação de algumas unidades de notificação integradas ao sistema.*

Recomendações:

- *Ampliar as fontes de notificação alternativas, incluindo escolas, creches, associações de bairro e outros segmentos sociais, ao sistema de saúde.*
- *Sensibilizar os profissionais de saúde para pensarem na suspeita de casos de sarampo, principalmente considerando as baixas coberturas vacinais e a comprovação da circulação do vírus no Estado.*
- *Elaborar guias simplificadas para a vigilância do sarampo e divulgar para toda a comunidade (gestores e trabalhadores da saúde, e outras organizações sociais).*
- *Reavaliar a estrutura das fontes notificadoras e reativar o sistema de notificação.*
- *Assegurar que todos os hospitais de*

referência tenham uma unidade de vigilância epidemiológica.

- *Garantir o cumprimento da lei que normatiza a notificação compulsória em todas as instituições de saúde.*

b) Investigação epidemiológica

Pontos positivos:

- *Existência de ficha de investigação padronizada na maioria dos lugares visitados (ficha do SINAN).*
- *Realização de investigação epidemiológica por alguns municípios e distritos sanitários.*

Problemas:

- *Ausência de incorporação do conceito de investigacão epidemiológica pela maioria do pessoal de nível local.*
- *Atraso na realização da maioria das investigações dos casos que geralmente são incompletas e sem desencadeamento das medidas de controle.*
- *Ausência de sistematização da rotina de coleta de amostra, que na maioria das vezes não é colhida ao primeiro contato com o caso e o paciente é encaminhado para outras unidades.*
- *Inexistência de registro das fichas de investigação no nível local.*

Recomendações:

- *Estruturar os serviços locais de saúde para desenvolverem as ações de investigação epidemiológica.*
- *Assegurar o registro adequado de dados mínimos na ficha e manter um arquivo destes registros no nível local.*
- *Fazer com que as ações de investigação sejam realizadas em tempo oportuno a fim de que se possa identificar a fonte de infecção e desenvolver as medidas de controle.*
- *Implantar a coleta das amostras ao primeiro contato com o paciente nos serviços de saúde.*
- *Simplificar a ficha de investigação epidemiológica de casos suspeitos.*

c) Laboratório

Pontos positivos:

- *Existência de capacidade instalada e competência técnica para realizar o diagnóstico no Laboratório Central do Estado.*
- *Existência de boa coordenação entre o LACEN e a vigilância epidemiológica do sarampo no nível central estadual.*
- *Conhecimento pelos profissionais de saúde, na maioria dos lugares visitados, dos procedimentos relacionados ao manejo da amostra sorológica.*

Problemas:

- *Atraso no envio das amostras ao LACEN por falta de recursos financeiros.*
- *Processo deficiente e irregular de retroalimentação oportuna dos resultados.*
- *Insuficiência de recursos humanos e equipamentos de comunicação e microinformática específicos para o Plano.*

Recomendações:

- *Assegurar o envio oportuno de resultados às regionais e demais níveis correspondentes.*
- *Garantir o suprimento de kits diagnósticos para o laboratório central.*
- *Garantir recursos financeiros para o envio oportuno das amostras.*
- *Suprir a necessidade de recursos humanos e equipamentos a fim de melhorar o desempenho das atividades do laboratório.*
- *Garantir a aquisição de telefone e fax exclusivo para o Plano de Eliminação do Sarampo no LACEN.*

d) Análise e retroalimentação

Pontos positivos:

- *Existência de informação parcial do nível central estadual para as regionais.*
- *Existência de um boletim epidemiológico.*

Problemas:

- *Ausência de disponibilidade de uma base de dados computadorizado para análise epidemiológica que oriente as ações de vigilância regionais e o nível municipal.*
- *Limitação do controle de qualidade da informação nos níveis estadual e regional.*
- *Ausência de material informativo e educativo para divulgação do Plano de Eliminação e do comportamento epidemiológico do sarampo no Estado.*
- *Deficiência de vigilância ativa nas áreas de risco devido à ausência de análise dos dados epidemiológicos.*
- *Insuficiência da retroalimentação do nível regional para os municípios.*
- *Ausência de avaliação de coberturas vacinais não disponíveis no nível municipal e distritos sanitários.*

Recomendações:

- *Realizar a análise integrada da informação disponível da vigilância e coberturas vacinais.*
- *Implantar o subsistema de Avaliação do Programa de Imunizações (API) no nível municipal.*
- *Assegurar a distribuição regular do Boletim Epidemiológico contendo informações do Plano de Eliminação nos diversos níveis.*
- *Identificar, monitorizar a análise de dados epidemiológicos e intensificar a vigilância nas áreas de risco.*
- *Elaborar, em larga escala, material informativo e educativo para distribuição na comunidade (gestores, trabalhadores de saúde e demais segmentos sociais).*
- *Implantar uma base de dados de vigilância nas regionais, distritos e municípios que possa proporcionar uma análise da situação epidemiológica.*

e) Área de alto risco

Pontos positivos:

- *Não foram identificados pontos positivos.*

Problemas:

- *Inexistência no nível estadual de uma definição dos critérios para a identificação das áreas de risco com vistas à vigilância epidemiológica do sarampo.*
- *Ausência de priorização das ações de maneira a otimizar o uso dos recursos disponíveis.*

Recomendações:

- *Definir critérios para identificação de áreas de alto risco.*
- *Implementar as ações de maneira a priorizar e otimizar o uso dos recursos disponíveis.*

Conclusões e comentários

Esta avaliação mostra claramente que o Plano de Eliminação do Sarampo não representou prioridade política nos últimos anos, após sua implantação, conforme compromisso assumido na XXIV Conferência Sanitária Pan-Americana, pelos Ministros da Saúde dos países membros da OPAS.

Em São Paulo, verificou-se que o Sistema de Vigilância Epidemiológica é capaz de detectar a circulação do vírus do sarampo, porém não de forma oportuna como demonstrado no surto, detectado no início de dezembro de 1997, mas os primeiros casos ocorreram no início de setembro do mesmo ano.

Existem muitos dados, mas pouca informação. Isto se deve ao grande número de formulários e dados, tornando o fluxo de informação complexo nos diferentes níveis. Há demora na chegada dos dados no nível central do Estado, onde a informação é digitada e devolvida aos níveis intermediários, ou seja, os dados demoram a ser consolidados no nível

central dificultando a tomada de decisões nos níveis regionais. Na maioria dos municípios visitados só ocorre a retroalimentação até o nível regional. A comunicação entre o laboratório e a vigilância nem sempre é suficiente assim como o contato entre esses níveis. Os recursos humanos e financeiros para o Plano de Eliminação do Sarampo são insuficientes para a execução das atividades necessárias ao cumprimento da meta de eliminação do sarampo e a notificação, a investigação e o encerramento do caso de sarampo são realizados de forma segmentada, nos diversos níveis de execução dos serviços de saúde.

Apesar da insuficiência apontada nas respostas das entrevistas, existe uma padronização do modelo de coleta de dados e fluxo de informações definidos e a eficiência de coordenação em nível central, regional e municipal é perceptível através das atividades de atualização dos mesmos, quanto a normas técnicas e prioridades. Existe ainda, agilidade no processo de produção e divulgação do material utilizado na capacitação e compromisso pessoal. Observou-se também que os níveis locais e regionais são organizados de acordo com as normas estaduais e respondem às atividades quando solicitados e que os recursos humanos envolvidos nos níveis de gerência são capacitados, o que permite facilitar melhorias futuras.

Na Bahia, concluiu-se que o sistema de vigilância epidemiológica não é capaz de detectar de forma oportuna a ocorrência de casos e surtos de sarampo, assim como as possíveis importações. A transmissão do vírus do sarampo não está interrompida no Estado, haja vista a ocorrência de 8 (oito) casos isolados confirmados, em 1996.

Não obstante os resultados das classificações das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde na Bahia, existe uma estrutura organizada com capacidade para operacionalizar o Plano de Eliminação do Sarampo no Estado. Há uma gerência estadual e regional para a vigilância epidemiológica, bem como coordenação entre os níveis regional e central estadual e as normas operacionais e estratégias do Plano são conhecidas pelas regionais de saúde e nível central estadual.

Existe um sistema formal de notificação compulsória de doenças transmissíveis em todos os níveis. Em geral, os profissionais de saúde conhecem a definição clínica do sarampo, bem como notificações procedentes de outras instituições, tais como setor privado e área hospitalar. A maioria dos profissionais conhece o fluxograma de notificação nos diversos níveis, porém a sensibilidade para a notificação é parcial nas instituições privadas e públicas.

O processo de municipalização tem avançado onde o Estado trabalha em parceria com os municípios, e alguns municípios e distritos sanitários realizam investigação epidemiológica, mas, na maioria dos municípios visitados, a investigação de casos é centralizada nas Diretorias Regionais. Há disponibilidade de formulários específicos, incluindo a ficha de notificação e investigação para de casos suspeitos na maioria dos lugares visitados. Existe uma retroalimentação parcial do nível central estadual para as regionais, através de um boletim epidemiológico.

O Laboratório Central dispõe de capacidade instalada e competência técnica para realizar o diagnóstico, existindo uma boa coordenação entre o LACEN e a vigilância epidemiológica do sarampo no nível central estadual, e na maioria dos lugares visitados, os profissionais de saúde conhecem os procedimentos relacionados ao manejo da amostra sorológica. A falta de kits diagnósticos para o processamento das amostras sorológicas no LACEN prejudicaram o processo de vigilância do sarampo. Foram realizadas capacitações específicas dos profissionais de saúde dos níveis Central Estadual, Regional e Distritos Sanitários.

Nos dois Estados, os profissionais do nível local apontaram uma maior ineficiência do sistema, quando comparados aos que

exercem funções de gerência, indicando a necessidade de priorizar e implementar o Plano de Eliminação no nível local, sobretudo por meio de investimentos em recursos humanos, financeiros, capacitações e supervisões sistemáticas.

A avaliação dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica do sarampo denunciam a morosidade do sistema, uma vez que a avaliação foi realizada no mês de março de 1997 e os dados de 1996 eram bastante preliminares, não permitindo, em nenhum nível, a avaliação oportuna. A centralização da digitação dos dados no nível central dos Estados avaliados não permite aos profissionais do nível local acompanhar a situação da doença na população e o pressuposto básico da Vigilância Epidemiológica - informação para a ação, não vem sendo utilizado para intervir oportunamente no curso da situação epidemiológica de uma doença que é objeto de eliminação.

O perfil observado através desta avaliação deve refletir a situação dos sistemas de vigilância epidemiológica do sarampo de grande parte dos Estados da Federação.

No entanto, a base estrutural de vigilância epidemiológica existente torna possível vislumbrar a reversão do atual cenário, não só em relação ao Plano de Eliminação do Sarampo nos dois Estados avaliados, como também na maioria dos Estados que já contam com uma estrutura básica de vigilância epidemiológica. Para isto, é preciso que haja sobretudo decisão política que priorize as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Em relação aos outros países que também realizaram esta avaliação, o México foi o primeiro a aplicar esta metodologia. Verificou-se que o compromisso político pode ser observado nos vários níveis do sistema, representado pela priorização das ações, permitindo manter-se o controle da doença[9].

Na Nicarágua, concluiu-se que não há evidencia de circulação do vírus do sarampo e que existe um sistema de vigilância epidemiológica ativa em nível nacional, capaz de detectar oportunamente a presença de casos e surtos de sarampo. A ausência de casos é um indicador da eficácia das estratégias utilizadas para a eliminação do sarampo, bem como as ótimas coberturas vacinais alcançadas com a vacina contra o sarampo[10].

Na Venezuela, todo pessoal de saúde reconhece o impacto na redução da incidência do sarampo depois da campanha em massa de vacinação realizada em 1994. O Sistema de Vigilância Epidemiológica é capaz de detectar surtos de sarampo. Foram encontradas falhas na vigilância que podem impedir a detecção oportuna de casos, não se podendo afirmar que a transmissão do vírus do sarampo foi interrompida[11].

Em El Salvador, concluiu-se que não havia, até 29 de janeiro de 1996 (data da finalização da pesquisa naquele país), evidência de circulação do vírus do sarampo e que o Sistema de Vigilância era capaz de detectar oportunamente a ocorrência de surtos na maior parte dos municípios, resultado de atividades de campanhas de vacinação em massa e manutenção de boas coberturas vacinais[12].

No Panamá, não foi encontrada evidência de circulação do vírus do sarampo no país e o Sistema de Vigilância não estava em condições de detectar casos oportunamente, nem de prevenir a ocorrência de surtos[13].

O instrumento utilizado nesta avaliação mostrou-se adequado e permitiu o conhecimento do funcionamento dos procedimentos de detecção, notificação, investigação, classificação e apoio laboratorial, além da identificação de problemas em relação ao Sistema de Vigilância Epidemiológica do Sarampo nos diferentes níveis de gestão. Esta metodologia permite que técnicos envolvidos com o Plano, participem como entrevistadores e avaliadores, com exceção dos técnicos dos Estados avaliados, que participam como observadores, proporcionando a oportunidade para que ambos conheçam mais profundamente o desenvolvimento das ações e a verdadeira situação do Sistema de Vigilância do Sarampo. Esta mesma avaliação estará sendo realizada em outros Estados brasileiros e outros países.

Algumas diferenças metodológicas ocorreram, principalmente na forma da apresentação dos resultados nos relatórios finais

por Estado. Para a publicação deste trabalho e com intuito de padronizar o máximo possível a apresentação, algumas informações tiveram que ser resgatadas nos roteiros das entrevistas feitas na Bahia. Algumas informações não foram resgatadas por não estarem disponíveis, como é o caso dos pontos positivos em relação a cada sinalizador dos componentes Gerência e Sistema de Vigilância Epidemiológica de São Paulo.

Agradecimentos

A equipe de avaliação agradece às Secretarias Estaduais, Prefeituras Municipais, Diretorias Regionais, Secretarias Municipais de Saúde e Coordenações Regionais da Fundação Nacional de Saúde de São Paulo e da Bahia; aos profissionais de saúde dos serviços de saúde (públicos e privados) dos municípios visitados que responderam as entrevistas e a todos os outros profissionais que colaboraram durante a realização desta avaliação. Agradecimentos especiais a: Marlene Tavares Carvalho, Maria Mazarello F. Vilaça, Irani Dorzeé - do Departamento de Vigilância à Saúde da Secretaria Estadual da Bahia; Lílian Fátima Barbosa Marinho - Técnica da Fundação Nacional de Saúde/Coordenação Regional Bahia; Maria Cláudia Camargo, Maria Lúcia Melo Rocha - Departamento de Doenças Respiratórias do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo - Departamento de Doenças Respiratórias do CVE/SES/SP; Marilda Siqueira - Centro Nacional de Referência para o Sarampo/ FIOCRUZ/MS; Geruza Moraes - Laboratório de Saúde Pública - Referência para Sarampo - SES/BA; Ana Maria Sardinha - Laboratório de Referência Adolfo Lutz - SES/SP.

Bibliografia

1. *Programa Ampliado de Imunización. Eliminación del sarampión para el año 2000!* **Boletim Informativo PAI** *ano XVI n. 5, 1994.*
2. *Organización Panamericana de La Salud. Oficina Sanitária Panamericana, Informe Final, 1995.*
3. *BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Plano Nacional de Controle e Eliminação do Sarampo, 1991.*
4. *A Evolução do Sarampo no Brasil e a Situação Atual.* **Informe Epidemiológico do SUS** *Ano VI, nº 1 - p. 7-19, 1997.*
5. *SÃO PAULO, Secretaria Estadual da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Documentos Internos (Mimeo).*
6. *Anuário Estatístico do Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v. 55, p 2 -13, 1995.*
7. *BAHIA, Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde, 1996-1999. 161 p. 1996.*
8. *BAHIA, Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Vigilância à Saúde. Relatório interno (Mimeo), 1996.*
9. *OPAS. Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sarampión en México, 1995.*
10. *OPAS. Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sarampión en Nicarágua, 1996.*
11. *OPAS. Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sarampión en Venezuela, 1996.*
12. *OPAS. Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sarampión en El Salvador, 1996.*
13. *OPAS. Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sarampión en Panamá, 1997.*