

LAILA CRISTINA MADY

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NA UNIDADE DE SAUDE DA MULHER
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE CURITIBA: AÇÖES BASICAS

Trabalho de conclusão da disciplina de Enfermagem na Assistência à Saúde.

Curso de Enfermagem e Obstetrícia do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Prof. Paulo de Oliveira Ferra

CURITIBA

1994

JUSTIFICATIVA

Este trabalho faz parte de uma exigência acadêmica para conclusão da disciplina **Assistência de Enfermagem à Saúde** do 8º período do curso de graduação em Enfermagem.

Escolhi o tema **Vigilância Epidemiológica** pois me preocupo com os problemas coletivos da população: falta de saneamento básico, falta de informações e outros agravos que afetam a saúde das pessoas, especialmente aqueles agravos que acometem as classes trabalhadoras. Assim onde me foi ofertado estágio (no serviço de **Vigilância Epidemiológica da Unidade de Saúde da Mulher**, pertencente a **Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba**) consegui ajudar a iniciar ações básicas no serviço de **Vigilância Epidemiológica** e praticar algumas dessas ações básicas em **vigilância epidemiológica**.

Por ocasião do início do estágio curricular sobre o qual este foi realizado, desenvolvi minhas atividades durante o 2º semestre de 1994.

Este trabalho relata algumas dessas atividades.

CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Universidade Federal do Paraná

Setor de Ciências da Saúde

Curso de Graduação em Enfermagem

Disciplina: Enfermagem na Assistência à Saúde

Docente responsável pela disciplina: Prof. Paulo de Oliveira
Perna

Docente responsável pelo projeto: Prof. Paulo de Oliveira
Perna

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CAMPO DE ESTAGIO

Instituição: Prefeitura Municipal de Curitiba

Unidade: Unidade de Saúde da Mulher

Endereço: Rua Comendador Araújo, 252 - Centro

Período de estágio: agosto à novembro, diariamente das 8:30
às 12:30 e às terças-feiras das 8:30 às 12:30 e 14:30 às
18:30.

Carga horária da disciplina: 270 horas de estágio

Profissional instrutor de campo: Enfermeira Sônia Mara Goes
Shafa.

SUMARIO

CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO.....	i
JUSTIFICATIVA.....	ii
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. EPIDEMIOLOGIA:ALGUMAS CONSIDERAÇÕES HISTORICAS E CONCEITUAIS.....	03
3. O QUADRO SANITARIO NO BRASIL.....	10
4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NO BRASIL.....	14
4.1 A LEI ORGANICA DA SAUDE: n ^o 8080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.....	17
4.2 FUNÇÕES DA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA A NIVEL MUNICIPAL...19	
4.3 A NOTIFICAÇÃO PARA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.....	22
4.4 A PRATICA DA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NOS SERVIÇOS DE SAUDE.....	23
5. SERVIÇO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CURITIBA.....	27
6. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	29
6.1 ASPECTOS SOCIO-GEOGRAFICOS.....	29
6.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS.....	31
6.3 ASPECTOS DE MORBIDADE.....	33
7. ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS NA U.S. DA MULHER.....	45
7.1 O SERVIÇO DE V.E. NA UNIDADE DE SAUDE DA MULHER.....	49
8. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO.....	53
8.1 OBJETIVOS.....	53
8.2 ESTRATEGIAS.....	53
8.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	53
9. CONCLUSÃO/AVALIAÇÃO.....	57
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
ANEXOS.....	61

1. INTRODUÇÃO

O setor de saúde não pode resolver sozinho problemas ligados à qualidade de vida, mas pode contribuir para que os problemas sejam compreendidos, conduzindo à busca de soluções dentro de um universo mais amplo de ações.

Entre a identificação do problema e sua solução há todo um campo de prática educativa que pressupõe levar a ações mais efetivas para solução dos problemas.

Este trabalho fala sobre as ações básicas desenvolvidas no serviço de Vigilância Epidemiológica da Unidade de Saúde da Mulher, entre outras informações sobre a atualização do Núcleo Regional da Matriz, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Durante nossa experiência, observamos que o serviço de Vigilância Epidemiológica necessitava ter normatizadas algumas de suas atividades básicas.

Além disso havia a necessidade de informações técnico-administrativas serem difundidas a nível interno para todos os profissionais, de modo que possam desenvolver ações ligadas à Vigilância Epidemiológica, bem como para aqueles que eventualmente estejam responsáveis pelo serviço de vigilância epidemiológica, na ausência do funcionário titular.

Até o momento, quem detinha as informações e orientações práticas era somente a enfermeira daquele serviço.

Levando em consideração estas questões é que o presente trabalho tem como objetivos elaborar algumas normas e procedi-

mentos básicos com relação a casos de interesse para a Vigilância Epidemiológica, bem como melhorar a compreensão do papel do serviço de Vigilância Epidemiológica naquele serviço.

O trabalho é composto por uma revisão bibliográfica, onde resgatamos um pouco da história e sanções da Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica, Diagnóstico Situacional onde buscamos descrever aspectos sociais, administrativos e políticos do serviço de saúde e sua relação com o contexto onde está instalado; Desenvolvimento onde comunicamos o trabalho prático, como foi desenvolvido - método utilizado, estratégias realizadas; atividades, cronograma e discussão dos resultados, e a conclusão, que é uma avaliação pessoal sobre o trabalho.

2. EPIDEMIOLOGIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS

Segundo Jaime BREIHL, a Epidemiologia vive, no momento atual, sua afirmação como disciplina científica, na medida em que tem demonstrado ser capaz de produzir conhecimentos substanciais sobre os fatores determinantes das doenças e de outros agravos à saúde.

Quando a Epidemiologia surgiu durante o século passado, em torno de 1800, não era considerada como ciência e nem era considerada necessária.

Devido à revolução industrial - processo iniciado em fins do século XVIII na Europa, principalmente na Inglaterra - os trabalhadores migram em massa para os centros urbanos e ali vivem em condições precárias.

Na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, ocorre a ascensão da burguesia ao poder político, através de uma série de reformas políticas, delegando à nobreza uma função meramente figurativa no aparato do Estado.

Devido à ascensão ao poder político, surge a preocupação da burguesia com as más condições sanitárias.

Esta preocupação, mais do que uma preocupação de cunho social, está baseada na possibilidade dos trabalhadores deixarem de produzir com produtividade, devido à deterioração de sua força de trabalho.

O representante da Burguesia responsável por esse processo foi Chadwick, que era político e administrador e não um

profissional da saúde. Ele foi o autor da reforma sanitária implantada em meados do século passado, reforma que fazia parte de um projeto político bem maior. (SILVA, 1985)

Nesta época, entre 1830-1850, o médico John Snow, considerado por muitos como o pai da Epidemiologia, estudou uma doença transmissível que ocorreu epidemicamente em Londres. Esta doença, mais tarde, foi conhecida como o cólera.

Com isso praticou os primeiros estudos epidemiológicos dando início à Epidemiologia - ao analisar separadamente os fatores e determinantes, as pessoas afetadas, as características dos locais afetados pela epidemia de cólera. Inaugurou o método epidemiológico que vem sendo adotado com exclusividade até os dias de hoje, a ponto de ser confundido com a própria Epidemiologia e não como um método explicativo usado em epidemiologia.

Vamos então a alguns conceitos de Epidemiologia.

São várias as definições existentes para a Epidemiologia. Podemos iniciar com aquela que se baseia simplesmente na etimologia da palavra: do grego, *epi*=sobre + *demo*=população.

De início compreendida como o estudo das doenças transmissíveis em caráter epidêmico teve seu conceito ampliado. A definição de FROST, por exemplo, a situa como "a ciência dos fenômenos de massa das doenças infecciosas". (SDUNIS, 1985)

Esse conceito até certo ponto compreensível, deve-se ao fato de que as doenças, de caráter endêmico ou epidêmico, sempre constituírem graves problemas para a humanidade que pagou um alto preço em vidas. As epizootias dizimando rebanhos afetaram sempre a economia das nações.

Atualmente o conceito de epidemia ampliou-se de tal forma que se pode falar tanto de epidemia de febre tifóide, de sarampo, de difteria, etc como de catarata, de hipertensão arterial, de suicídios, de acidentes de aviação ou de trânsito, etc.

A epidemiologia moderna se ocupa das doenças transmissíveis e não transmissíveis (como as crônicas e degenerativas), bem como todo o agravo sobre a vida do homem.

O elevado número de crianças que nasceram com deformações congênitas devidas à talidomida pode ser considerada uma epidemia.

Assim pensando, K. KLOETZEL recomenda a definição de epidemiologia como: "*o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças de elevada prevalência*". (SDUNIS, 1985)

Dentro do mesmo raciocínio a Associação Epidemiológica Internacional propõe como definição "*o estudo dos fatores que determinam a frequência e distribuição das doenças em populações humanas*". (SDUNIS, 1985)

Com o surgimento da microbiologia no último quartel do século passado, até então a Epidemiologia não tinha uma teoria acabada sobre a causa das doenças, tanto que o movimento sanitário inglês era anti-contagionista, afirmando serem as doenças "fruto de ambientes insalubres". (SILVA, L.F., 1985)

Com o surgimento da microbiologia, passou-se a ter uma teoria "completa" sobre a determinação das doenças, que passaram para o domínio exclusivo da explicação biológica.

O conceito de causa única teve a sua grande época com o surgimento da bacteriologia, fazendo com que as causas relacionadas ao hospedeiro e ao ambiente fossem muitas vezes levadas

ao esquecimento pelo entusiasmo suscitado pelo isolamento de agentes vivos específicos de doenças, os chamados agentes etiológicos. A partir daí tornou-se comum acreditar que, uma vez identificados agentes e seus meios de transmissão, a prevenção dessas doenças estaria resolvida.

As práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde e a capacidade de aprofundar a análise dos fatos sociais demonstram que tal conceito explicava apenas em parte o processo saúde/doença. O bacilo da tuberculose, por exemplo, é apenas uma das causas da doença; somente alguns dos indivíduos cujos organismos foram invadidos pelo bacilo apresentam formas clínicas da tuberculose, dependendo sua ocorrência de outras causas adicionais relativas ao ambiente e a hábitos de vida, costumes, constituição física e mental, condições de nutrição, nível sócio-econômico e situação cultural e educacional dos hospedeiros infectados.

Quando algumas ou todas as múltiplas causas envolvidas em um processo de doença são identificadas, a prevenção depende da efetivação de medidas capazes de antagonizar ou interceptar essas causas. Toda a filosofia da prevenção foi expressa por PERKINS (1938) em uma única frase: *"enfrentar ou interceptar uma causa conduz a prevenir ou fazer cessar o efeito"*.

E, então, essencial que se busque a identificação dessas causas e o conhecimento da forma como participam no processo de causação de doença, para que se torne possível a prevenção.

Este é o objetivo fundamental da Epidemiologia. Utilizando metodologia que representa uma adaptação do método científico, ela estuda as condições de saúde e a ocorrência de doenças e agravos na população, procurando identificar os fato-

res (e sua interdependência) que influenciam essas condições e ocorrências, para tornar possível que se atue sobre eles, visando à melhoria das condições de saúde ou à prevenção das doenças.

Com essa conceituação de epidemiologia é dispensável uma definição formal, pois qualquer uma delas procura exprimir com maior ou menor precisão, essas idéias.

Não há interesse na discussão de ser ou não ser a Epidemiologia um ramo específico do conhecimento, importando que se tenha em mente a necessidade de utilização de subsídios de muitas áreas, tais como: a microbiologia, a estatística, a sociologia, a ecologia, a antropologia e até a filosofia.

Façamos uma breve consideração sobre o papel do epidemiologista com base nos textos de E. SOUNIS, que descreve um profissional que seria desejável se ter a nível local dos serviços de saúde: seria um técnico de nível superior, altamente especializado, que deve estar a par de conhecimentos científicos atualizados e capaz de tomar, com rapidez e precisão, as medidas necessárias de combate às doenças e agravos à saúde das coletividades.

Os sólidos conhecimentos de Estatística lhe permitem calcular a frequência das doenças e dos óbitos por elas causados, expressa pela proporção do número de casos e óbitos em uma unidade da população numa dada população e determinada área. A unidade da população geralmente é considerada em 1.000, 10.000 ou 100.000 habitantes. Esses dados determinam os coeficientes de morbidade e mortalidade expressando a frequência dos casos que são conhecidos por morbi mortalidade.

O epidemiologista procura conhecer a frequência de aparecimento de novos casos, calcula a prevalência.

Compara os casos registrados no presente com os casos esperados.

Constrói a curva diária ou semanal dos casos confirmados.

Relaciona os casos surgidos de febre tifóide com a qualidade das águas de abastecimento, ou investiga as relações existentes entre o aumento dos casos de enfarte do miocárdio e o regime alimentar da população, ou entre o fumo e o câncer pulmonar.

Determina a tendência secular de uma doença.

Estabelece a prevalência normal das diversas enfermidades transmissíveis e não transmissíveis de forma a caracterizar um surto epidêmico.

Lança mão da "epidemiologia descritiva" para conhecer a distribuição das doenças e/ou agravos, através de características das pessoas (sexo, idade, ocupação, status sócio-econômico, etc) e distribuição geográfica (áreas atingidas, focos primários, etc). Lança mão da "epidemiologia analítica" para estudar as relações entre os fatores determinantes de epidemias e endemias*, e quais as que são responsáveis pelo seu aparecimento.

Procede a estudos com base cronológica conhecidos por estudos de COORTES feitos em determinados grupos de pessoas no sentido de constatar a existência de associação entre a exposi-

*E a prevalência usual de determinada doença em relação à área. Normalmente considera-se endêmica à doença cuja incidência permanece constante por vários anos, dando uma idéia de equilíbrio entre a doença e a população ou seja, é o número esperado de casos de um evento em determinada época". (NEVES, David Pereira).

ção e as frequências no que tange aos agravos à saúde (estudos prospectivos e retrospectivos)

Procede à formulação de hipóteses e à verificação por meio de testes.

Quando os métodos anteriores se mostram insuficientes, apela para a "epidemiologia experimental" tomando dois grupos que possam ser comparados, provocando em animais expostos, ou não, estímulos a reações que permitam comprovar o papel do agente em estudo. No sentido de esclarecer a relação existente entre um determinado fator e a doença ou o nexo existente entre causa e efeito, promove uma experiência sob controle estatístico, através de um inquérito epidemiológico para conhecer as fontes de infecção e transmissão da doença quando os levantamentos habituais não esclarecem.

3. O QUADRO SANITARIO DO BRASIL

Para desenvolver este tópico, vamos utilizar como referência básica o livro "Epidemiologia e Sociedade" de Cristina Passos.

Segundo esta autora, a avaliação das condições de vida e saúde da população brasileira apontam hoje para um quadro de extrema gravidade, cuja complexa configuração se traduz na sobreposição de padrões de morbidade e modernidade distintos, em que problemas de saúde relacionados ao avanço dos padrões ditos de modernidade—doenças crônico degenerativas, acidentes, intoxicações e doenças mentais entre outras—se associa a persistência de padrões identificados com o atraso e subdesenvolvimento, como as doenças infecciosas e parasitárias.

Cabe de início ressaltar que para dar conta dessa diversidade epidemiológica não basta constatar, como é frequente na literatura a respeito do tema, a existência de um perfil de morbi-morbilidade "combinado", o que de resto não distingue os países centrais dos situados na periferia do sistema.

É necessário avançar na análise de seus determinantes e das condições específicas do desenvolvimento capitalista brasileiro, as quais vêm impedindo que a transição nos padrões epidemiológicos se dê, como nos países centrais, pela superação dos padrões característicos do atraso.

No Brasil as profundas transformações ocorridas nos últimos 3 anos, com expressão da industrialização, da urbanização e expansão capitalista no campo, impuseram um novo ritmo e no-

vas condições à dinâmica populacional, com impacto decisivo na configuração epidemiológica até então existente.

Tais transformações desencadearam extrema mobilidade espacial, através das migrações internas, e ocupacional, associadas às precárias condições de vida nas periferias urbanas e grandes empreendimentos em áreas e fronteira.

A intensidade desse processo migratório, marcado pela violência e pelo sofrimento, já se incorporam à realidade cotidiana da vida brasileira.

Essa mobilidade populacional, aliada a condições extremamente precárias de vida nas periferias urbanas e nas áreas de fronteira, foi certamente o elemento que desencadeou a propagação de várias doenças transmissíveis no país. Antes tendentes a concentrar-se em determinadas localidades circunscritas ao meio rural, estas passaram a disseminar-se por outras regiões, como a esquistossomose, que se estendeu rapidamente da região Nordeste para as regiões Leste e Sul e a doença de Chagas, que se está deslocando do centro do país para as regiões Norte, Sul e Sudeste.

Esta propagação encontrou terreno fértil na maior vulnerabilidade propiciada pela desnutrição, pela promiscuidade das condições de sub-habitação e pela precariedade do saneamento básico.

Simultaneamente uma parcela significativa desta população submetida a condições precárias de vida passa a ser, ainda que muitas vezes de forma temporária e intermitente, absorvida como força de trabalho, seja no setor produtivo urbano, seja em grandes empreendimentos agropecuários.

O desgaste no processo de trabalho capitalista associado ao impacto, na saúde, de condições específicas de ocupação do espaço urbano e de transformação das condições ambientais no capitalismo, é que irá gerar e sobrepor novos padrões de morbidade e mortalidade aos já existentes, a saber: o aumento da incidência de doenças degenerativas, cardiovasculares e mentais, acidentes e doenças do trabalho e outros eventos associados às causas externas.

Através da incorporação de novas tecnologias ao trabalho, por exemplo surgem as patologias associadas à crescente utilização de vídeo-terminais, pela rápida informatização da sociedade brasileira, em particular no setor de serviços: doenças mentais, problemas oftalmológicos e a tenossinovite. Dessa forma, diferentemente dos países centrais, onde os padrões de morbidade e mortalidade se deslocam, ao longo do tempo, das doenças infecciosas e parasitárias para as doenças crônico degenerativas, o Brasil vive hoje uma situação peculiar no que diz respeito às condições de saúde de sua população, que não se resumem à mera transição de padrões.

Configura-se assim no país uma situação de grande complexidade para o sistema de saúde, marcada pela sobreposição, a uma mesma população, de padrões de morbidade e mortalidade distintos.

É frequente - e isto confere certamente especificidade ao quadro sanitário brasileiro - o fato de que um mesmo indivíduo apresente patologias variadas, associadas às condições decorrentes do desenvolvimento e do subdesenvolvimento, o que passa cada vez mais a exigir dos precários serviços locais de

saúde maior diversificação e complexidade do atendimento oferecido, além de considerável aumento de seu volume.

É devido a este panorama vivido pelo Brasil nas últimas décadas, que nos anos 80 sugere o conhecido movimento da Reforma Sanitária. Foi um processo que gradativamente incorporou profissionais, acadêmicos, grupos sindicais e movimentos da população organizada. O ponto máximo desse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, no início de 1986, que consagrou as idéias e propostas da Reforma Sanitária.

Em 20 de agosto de 1986 os Ministros da Saúde Roberto Santos, da Previdência, Raphael de Almeida e da Educação, Jorge Bornhausen constituíram a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, levando em consideração "a reconhecida precariedade do nível de saúde da população brasileira".

As finalidades de tal comissão foram as de "analisar as dificuldades encontradas na rede nacional de saúde, sugerir opções para estrutura organizacional do sistema, examinar os instrumentos de articulação entre os setores de governo que atuavam na área da saúde, propor seu aperfeiçoamento e apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor de saúde".

As posições assumidas pelo Estado quanto aos rumos do Sistema Único de Saúde (SUS) são fruto do amadurecimento do povo brasileiro na luta incessante em busca de melhores condições de vida; lastreiam-se no texto da constituição de 1988 e nas leis específicas da organização do SUS (Lei Orgânica da Saúde, nº 8080 e Lei 8142, sobre o Controle Social).

Durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992 se avaliou a implementação do SUS, que até hoje encontra graves obstáculos.

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NO BRASIL

Segundo a Lei nº 6.259 de 30/10/75, "a ação de Vigilância Epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravo à saúde" (MS/SNABS, 1977). Em todos os Estados da Federação existem as Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVEs) estruturadas nas Secretarias Estaduais de Saúde, que integram o sistema nacional de Vigilância Epidemiológica.

Faremos em breve histórico da Vigilância Epidemiológica no Brasil, segundo informe Epidemiológico do SUS, 1992:

Nas quatro últimas décadas tem-se verificado uma expressiva redefinição da noção de vigilância epidemiológica (V.E). Nas suas origens tal expressão designava a "observação sistemática e ativa de contato e casos,, confirmados ou não, a nível individual. "Tratava-se mais da vigilância de pessoas (isolamento, quarentena) do que de fatores de risco, condicionantes ou determinantes de doenças e agravos à saúde. Posteriormente, o termo foi usado para caracterizar uma etapa das campanhas e programas de erradicação de doenças transmissíveis como a varíola e a malária. Reconhecia-se que "a partir de um certo nível de redução da incidência, só era possível continuar diminuindo esta taxa através de um melhor conhecimento dos focos residuais e dos fatores que estavam influenciando a persistência da transmissão da doença". A partir de um documento apresentado no I Seminário Regional de Sistemas sobre Vigilância

Epidemiológica de Enfermidades Transmissíveis e Zoonozes das Américas, realizado no Rio de Janeiro (dezembro de 1973), em plena epidemia de meningite meningocócica no país, a Vigilância Epidemiológica sofre um grande impulso. Em 1974 foi publicado o artigo de FOSSAERT, LLOPIS e TIGRE baseado no documento apresentado em tal seminário, procedendo uma revisão conceitual da evolução e das definições sobre Vigilância Epidemiológica e estabelecendo uma definição abrangente e explicando o propósito, as funções, as atividades, sistemas e modalidades operacionais da Vigilância Epidemiológica.

No ano seguinte, o Ministro da Saúde promoveu uma reunião de Vigilância Epidemiológica onde propôs o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde sendo promulgada a lei 6.259/75.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que confere o artigo 44 do Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976 resolve:

I- Para os efeitos de aplicação da Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975, e de sua regulamentação, constituem doenças objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional:

I- Febre Amarela, peste, cólera, varíola, hanseníase, tuberculose, poliomelite, tétano, doença meningocócica e outras meningites, raiva humana, febre tifóide, sarampo (apenas os casos internados em hospital), leishmaniose visceral, leishmaniose cutâneo-mucosa.

Segundo a lei 6.259/75, "a ação da vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e a avaliação das medidas de controle

de doenças e de situações de agravos a saúde"; esta definição, como se observa exclui a execução de ações de controle como parte da vigilância epidemiológica porém não as retira do respectivo sistema.

Finalmente a lei que organiza o sistema único de saúde em 1990, denomina Vigilância Epidemiológica "um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos".

Tais definições estabelecidas em lei, além de serem bastante abrangentes (não se restringem às doenças transmissíveis, muito mais às doenças de notificação compulsória) e de envolverem a adoção de medida de controle (o que poder ser entendido como execução no nível local) permitem considerar uma concepção ampliada de vigilância em saúde.

Este é um conceito que tem sido elaborado muito recentemente.

"Na medida em que a saúde é direito de todos, garantido mediante políticas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos (Artigo 196, da Constituição Federal), pode-se admitir que problemas de saúde não se restringem à óbitos, sequelas, doenças e agravos.

As pesquisas epidemiológicas, antropológicas e sociológicas podem ampliar o leque de problemas de saúde reconhecendo os indícios de danos (assintomáticos), os indícios de exposição (suspeitos), a situação de exposição (expostos), as condições e

fatores de riscos (grupos de riscos) e as necessidades sociais de saúde (classes e grupos sociais).

Nessa perspectiva, a vigilância em saúde poderia participar do controle de danos e do controle de riscos. Do mesmo modo, ao incorporar os condicionantes - modo de vida (condições e estilo de vida) e os determinantes sócio-ambientais dos problemas de saúde em populações, a vigilância em saúde poderia se articular com um conjunto de políticas econômicas e sociais visando o controle de causas, além da redução do risco da doença e outros agravos".

Esta concepção em processo de elaboração sobre vigilância em saúde consideraria, por tanto, três dimensões das necessidades de saúde: os danos e os riscos, enquanto parte dos problemas de saúde, e as necessidades sociais de saúde.

4.1 A LEI ORGANICA DA SAUDE: nº 8080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Apesar da lei 8080 já ter sido citada em outras sessões deste trabalho, vamos frisar alguns itens de especial importância para os nossos propósitos:

Art 6º, Cap.I

Inciso 2º: Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (conceito de vigilância epidemiológica)

Art 7º, Cap.II

Parágrafo I: universalidade de acesso aos serviços de

saúde em todos os níveis de saúde, em todos os níveis de assistência. (acesso aos serviços)

Parágrafo IX: descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: (descentralização)

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Art.15, Cap.IV

Parágrafo III: acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais. (melhor acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde)

Art.16, Seção II

Parágrafo III: definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) de vigilância sanitária.

Parágrafo VI: coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica.

Parágrafo XIX

Parágrafo único: a união poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 18º - Cabe a Direção Municipal do SUS

Parágrafo IV - executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador.

4.2 FUNÇÕES DA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA A NIVEL MUNICIPAL

Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos de interesse nesse âmbito.

Análise e acompanhamento epidemiológico de doenças e agravos de interesse do âmbito estadual e federal em articulação com os órgãos correspondentes.

Execução de medidas de controle de doenças e agravos sob vigilância de interesse municipal e colaboração na execução de ações relativas a situações epidemiológicas de interesse estadual ou federal.

Estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimento no campo da vigilância epidemiológica.

Programação, coordenação e supervisão das atividades do âmbito municipal e solicitação de apoio ao nível estadual do sistema de casos de impedimento técnico e/ou administrativo.

Estabelecimento junto às instâncias pertinentes da administração municipal dos instrumentos de coleta e análises de dados, fluxo, periodicidade, variáveis e indicadores necessários ao âmbito municipal.

Identificação de novos agravos prioritários para a vigilância epidemiológica, em articulação com os distritos sanitários.

Apoio técnico-científico para os níveis distritais e locais.

Definição de padrões de controle de qualidade junto com as demais instâncias do SUS.

Elaboração e difusão de boletins epidemiológicos e congêneres.

Funcionamento de centro de informação de saúde ou semelhantes na administração municipal, visando o acompanhamento da situação epidemiológica, adoção de medidas de controle e retroalimentação do sistema de informações.

4.2.1 Nível Estadual

Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos à saúde sob vigilância, de interesse nesse âmbito.

Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos à saúde sob vigilância, de interesse do âmbito municipal nas situações em que os municípios apresentarem dificuldades para fazê-lo.

Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos à saúde sob vigilância de interesse âmbito federal em articulação com o CENEPI.

Promoção de medidas de controle de doenças e agravos junto com os municípios e execução das mesmas em forma supletiva às ações municipais nas situações epidemiológicas de interesse estadual.

Estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimento no campo da vigilância epide-

miológica, ressalvadas as situações em que os municípios disponham de capacidade para efetuar a normatização.

Programação, coordenação e supervisão de ações de vigilância epidemiológica no âmbito estadual.

Coordenação e execução de ações de vigilância em cooperação com os municípios nas situações em que os agravos ultrapassem o âmbito de ação estritamente municipal.

Supervisão é avaliação das ações executadas no nível municipal.

Elaboração de planos de atuação e cadastramento de pessoal capacitado para agir em situações emergenciais.

Identificação de novos agravos prioritários para a vigilância epidemiológica em articulação com as outras instâncias do SUS.

Coleta e análise de informações epidemiológicas no âmbito estadual.

Cooperação técnico-científica para os níveis regionais e municipais.

Definição do controle de qualidade do modelo assistencial e das ações de saúde, junto com as demais instâncias do SUS.

Elaboração e difusão de boletins epidemiológicos e congêneres.

Funcionamento de centro de informação de saúde ou de órgãos assemelhados da situação epidemiológica. Adoção de medidas de controle e retroalimentação do sistema de informações.

4.2.2 Nível Federal

Elaborar as diretrizes e bases técnicas a normatizar as

ações de vigilância de maneira supletiva à normatização nos âmbitos estadual e municipal.

Assessorar, acompanhar e avaliar a execução das ações de vigilância epidemiológica pelo nível estadual, elaborando instrumentos e indicadores adequados para a supervisão e avaliação e estimulando a cooperação técnica entre as diferentes instâncias do sistema e com diferentes organizações.

Coleta e análise de dados necessários ao acompanhamento das condições de saúde da população, em âmbito nacional.

Elaboração e difusão de boletins epidemiológicos e congêneres.

4.3 A NOTIFICAÇÃO PARA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

De acordo com os arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná (Ano VI, nº 22 abril/junho, 1989 pág. 28 e 29) as fontes de notificação são locais onde possam ser detectadas precocemente as doenças de interesse para a Vigilância Epidemiológica, a fim de que medidas de controle possam ser instituídas em tempo hábil, tais como:

Imunoprofilaxia de contatos, detecção de fontes de contaminação e estado de portador.

Fontes de notificação:

- a) consultórios particulares;
- b) hospitais;
- c) clínicas;
- d) centros de saúde;
- e) laboratórios de análises clínicas;
- f) população em geral (leigos, escolas, farmácias, sindicatos, associações).

Assim todos os médicos e outros profissionais de saúde deveriam comunicar aos serviços de saúde pública os casos de doenças e zoonoses transmissíveis e a omissão estaria sujeita as penas previstas em lei (Vide Anexo 1 e 2).

4.4 A PRÁTICA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde na realidade têm feito só diagnósticos superficiais de saúde, ou seja têm se utilizado daquilo que conhecemos por Epidemiologia Descritiva.

A Vigilância Epidemiológica somente tem sido na grande maioria dos serviços um "banco de dados".

Além dessa prática ficar limitada às doenças infecto contagiosas, as atividades de Vigilância Epidemiológica se restringem a elaborar quadros, tabelas e gráficos, como se estes arranjos estatísticos informassem, por si só, o comportamento das afecções que acometem a população.

O trabalho mais fundamental da vigilância epidemiológica é o de produzir informações e análises que indiquem claramente o que está determinando uma certa patologia, que grupos da população são mais atingidos, de que vivem e onde vivem estes grupos, e de que forma se poderia acionar a sociedade em primeiro lugar, obviamente, os serviços de saúde-para o enfrentamento e solução deste problema.

O que hoje se faz como sendo Vigilância Epidemiológica, não é nada mais nada menos que descobrir apenas o "agente biológico causador" de uma doença, se esta foi transmitida de uma pessoa para outra, e se houve cura ou não dos acometidos.

Enfim, a prática de Vigilância Epidemiológica está relacionada quase que somente com as chamadas doenças infecto-contagiosas.

Esta situação já se apresentava em outras épocas. Em 1984, um Boletim Epidemiológico da OPAS alertava para o fato de que as ações de Vigilância Epidemiológica deveriam se estender para outros agravos: desnutrição, intoxicações, doenças crônicas (câncer, diabetes, enfermidades cardíovasculares, etc), contaminação do meio ambiente e aqueles relacionados a condições inadequadas de trabalho (Boletim Epidemiológico - OPAS, v.5, nº 1, 1984).

Sugere-se que nos níveis centrais dos serviços onde trabalham grupos funcionais multidisciplinares, nos quais a epidemiologia está representada adequadamente, se promova o desenvolvimento de atividades de análises conjuntas de diagnóstico e avaliação (Boletim Epidemiológico OPAS, vol.5, nº 1, 1984).

Estes grupos deverão trabalhar em estreita colaboração com os programas desenvolvidos na rede, e sua criação será tão mais importante quanto maior for a complexidade e fragmentação do setor de saúde (Boletim Epidemiológico OPAS, vol.5, nº 1, 1984).

Esta passagem sugere um comentário de nossa parte: enquanto os "programas" de saúde falam de determinados grupos da população (hipertensos, diabéticos, etc), a prática epidemiológica fala desses grupos na população.

Para se fazer, de fato, epidemiologia, os grupos acima citados, deveriam existir à nível regional e local (grupo funcionais multidisciplinares), pois cada um destes níveis tem suas particularidades de análise e diagnóstico.

Destes grupos, daríamos uma importância especial aos grupos de Vigilância Epidemiológica de nível local, baseados em unidades de saúde.

Estes grupos, melhor que ninguém, teriam acesso aos casos de interesse epidemiológico, visitando os locais de residência e de trabalho das pessoas residentes em sua área de atuação. Hoje, as chamam "visitas domiciliares", quase nunca são feitas, geralmente por motivo de falta de pessoal, ou por falta de pessoal capacitado em vigilância epidemiológica.

Se estas visitas aos locais de trabalho e residência fossem rotina permanente da vigilância epidemiológica, os serviços teriam condições de elaborar análises mais complexas da situação de saúde, permitindo, com isso, o estabelecimento de prioridades. Com isto, estariam se orientando para o planejamento estratégico de saúde.

Somente com o conhecimento do perfil epidemiológico populacional é que os serviços estariam aptos a definir quais os "programas" de saúde necessários, e não o contrário, como hoje se faz.

Em Curitiba, isto já é um propósito a ser realizado, segundo o Plano Municipal de Saúde para 1995, conforme o quadro a seguir:

MACRO-DIRETRIZES	PROPÓSITOS
<ul style="list-style-type: none"> - Gestão plena dos serviços e ações de saúde do SUS-Curitiba 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofertar serviços próprios, bem como regular serviços vinculados ao SUS - Buscar a articulação de recursos-serviço visando potencializar sua atuação - Buscar fontes alternativas de financiamento, bem como participação das três esferas governamentais
<ul style="list-style-type: none"> * Descentralização e regionalização 	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar a operacionalização do conceito de distritos sanitários.
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância à saúde da população 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfrentar de modo contínuo os principais problemas de saúde da população, atuando sobre o meio-ambiente, efetivando ações coletivas e atenção individualizada - Atuar nos determinantes da qualidade de vida da população em conjunto com demais setores da sociedade
<ul style="list-style-type: none"> - Controle social 	<ul style="list-style-type: none"> - Aperfeiçoar a atuação do CMS e a estruturação e atuação dos CLS
<ul style="list-style-type: none"> - Busca permanente de qualidade dos serviços 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar sistemática que permita monitorar e avaliar os serviços e o impacto das ações desenvolvidas redirecionando a prática. - Buscar a incorporação de tecnologia adequada e incentivar a pesquisa
<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de política institucional de informação e comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> - Produzir a informação adequada e torná-la acessível aos trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e população usuária do sistema de saúde de Curitiba
<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de política de RH 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter processo de capacitação gerencial com forte ênfase no desenvolvimento de RH - Implementar condições de trabalho compatíveis com área de atuação e serviços prestados - Buscar orientação nas resoluções da Conferência Nacional de RH

5. SERVIÇO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CURITIBA

Em 1987 a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba iniciou o trabalho de Vigilância Epidemiológica criando no seu organograma a Divisão de controle de Doenças e Vigilância Epidemiológica, dentro do Departamento de Saúde comunitária (vide anexo 3).

Com o processo de¹municipalização ocorrendo de forma gradativa a partir de 1990 a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba passou a ter o controle das doenças Imunopreveníveis e o controle dos serviços ambulatoriais como fontes de NOTIFICAÇÃO das doenças.

Durante o processo de municipalização da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba foi se estruturando em termos de capacitação de equipe de nível central, bem como com o treinamento das equipes dos centros de saúde da rede municipal da saúde. Essas equipes foram conscientizadas no que se refere à importância da notificação das doenças, bem como vêm participando da investigação de casos que ocorrem na sua área de abrangência.

¹A descentralização tem que ser compreendida como um processo de transformação que envolve a distribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das esferas central e locais, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de gestão e controle social. (Adaptação feita a partir do Jornal Presença do CONASEMS, janeiro, 1993)

²A municipalização da saúde é, na prática, a defesa do princípio de descentralização. Descentralizar a administração pública é antes de mais nada municipalizar; municipalizar a saúde significa trazer para a gestão municipal a capacidade de definir, junto aos municípios, o que fazer em Saúde naquele dado local.

Ter capacidade para oferecer as respostas devidas dentro dos princípios legais, constitucionais. (Fonte: Jornal Presença do CONASEMS, janeiro, 1993)

O trabalho de sensibilização da importância da notificação das doenças se estendem aos outros serviços ambulatoriais de Curitiba, e atualmente tem se cadastrado 136 destes serviços ambulatoriais da rede da Secretaria Municipal da Saúde, serviços ambulatoriais da rede filantrópica, serviços ambulatoriais da rede da secretaria Estadual de Saúde, Serviços ambulatoriais da rede privada e medicina de grupo e serviços ambulatoriais de institutos (IPE e IFMC).

Segundo o Plano Municipal da Saúde de Curitiba elaborado no ano 199 os problemas apontados como prioritários foram definidos à partir de análises sócio-epidemiológicas que levaram em consideração o planejamento local, a realidade regional e estudos de morbi-mortalidade ambulatorial e hospitalar. Isto não exclui a preocupação com outros tópicos epidemiologicamente indicados para intervenção no âmbito da cidade, porém determinam por onde começa o aprofundamento e sistematização das ações de saúde.

Os problemas priorizados pelo Plano são:

- a) Acidentes toxoscélicos;
- b) AIDS;
- c) Saúde bucal e doenças bucais;
- d) Saúde mental e doenças mentais;
- e) Agravos a saúde do trabalhador;
- f) Hanseníase;
- g) Medicalização e acesso a medicamentos;
- h) Morbi-mortalidade na faixa de 0 a 5 anos;
- i) Problemas relacionados a concepção; e
- j) Tuberculose.

6. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba optou pela estratégia de que o processo de municipalização dos serviços de saúde ocorresse de forma gradativa. Este modelo é ciente de que, quanto mais próximo do usuário estiver a execução do serviço, melhor acontecem o planejamento das atividades, a definição de prioridades e estratégias, a racionalização dos recursos e das despesas e sobretudo o controle do sistema por parte da população diretamente envolvida.

6.1 ASPECTOS SOCIO-GEOGRAFICOS

No município existem 7 regionais de saúde: Santa Felicidade, Boa Vista, Boqueirão, Portão, Pinheirinho, Cajuru e Matriz.

Cada regional de saúde acima citada é responsável por determinados bairros, com exceção dos bairros do Campo Comprido e CIC (Cidade Industrial de Curitiba) que estão localizados em áreas de abrangência de duas ou mais regionais (ver anexo 4: mapa das regionais de saúde).

No modelo assistencial do município de Curitiba a área de influência de uma regional de saúde é aquela onde a U.S. se responsabiliza por todas as ações de Vigilância à Saúde e Vigilância Epidemiológica.

A área de abrangência de uma regional de saúde é aquela onde somente desenvolve-se algumas ações de saúde.

O Núcleo Regional da Matriz, onde o trabalho foi desenvolvido, compreende os bairros da região central da cidade: Alto da XV, Batel, Alto da Glória, Ahú, Centro, Cristo Rei, Centro Cívico, Bom Retiro, Bigorrilho, Capanema, Juvevê, Jardim Social, Hugo Lange, Mercês, Prado Velho, Rebouças (ver anexo 5: mapa dos bairros).

Os bairros do Batel e do Centro são da área de influência e os demais bairros são da área de abrangência da Regional Matriz.

Na área do Núcleo Regional da Matriz (Núcleo Regional da Matriz) localizam-se 6 unidades de saúde: U.S. da Mulher, U.S. Capanema, U.S. da Ouvidor Pardinho, U.S. Boa Vista, U.S. Rosário e U.S. Pediatria (localizada na avenida Marechal Floriano) (ver anexo 6: mapa das U.S.)

O bairro do Centro, onde a U.S. da mulher está instalada é um bairro de classe média alta com a presença de escolas, clínicas, clubes de lazer, clube de serviços, várias igrejas, boates e restaurantes.

A população tem hábitos e valores de sociedades capitalistas típicas de países desenvolvidos.

Outros bairros de sua área de abrangência tem a mesma característica, como o Batel.

Existe no centro da cidade - integrado por pessoas de vários bairros - drogadição, menores abandonados, famílias abandonadas, trazendo um grande problema para a sociedade.

Quanto ao tipo de emprego, esta população vive de atividades comerciais e liberais.

Segundo dados da Regional Matriz da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em 1984 a renda média da população resi-

dente nos bairros de sua área de abrangência era em torno de 7,8 salários mínimos, enquanto a renda média de Curitiba era, em média de 4,3 salários mínimos (ver anexo 7: gráfico dos bairros).

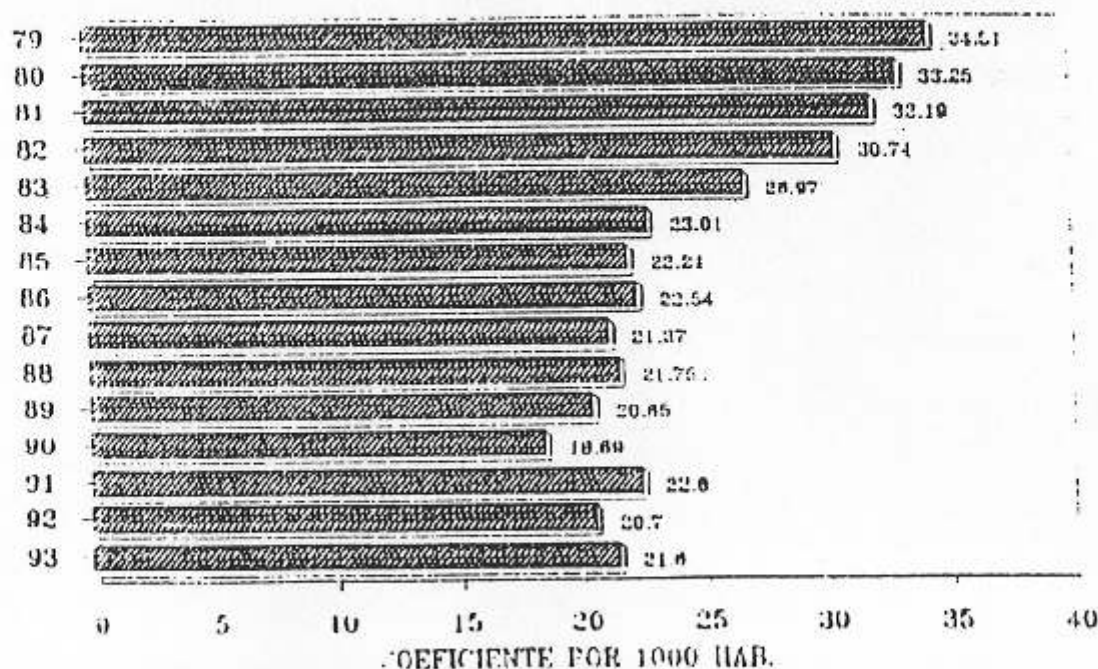
O bairro Prado Velho apresenta renda média em torno de 4,2 salários mínimos, sendo o bairro da Regional da Matriz com a menor renda, e nele está a Vila Pinto, que é um espaço de submoradia onde não há condições mínimas de habitação, saneamento básico, esgoto, segurança pública entre outras deficiências.

A seguir veremos alguns indicadores de saúde de grande importância para ilustrar o nosso trabalho:

6.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS

De acordo com o gráfico abaixo o número de nascidos vivos tem diminuído.

GRAFICO I - COEFICIENTE DE NATALIDADE GERAL
CURITIBA-SERIE HISTORICA



COEFICIENTE POR 1000 HAB.
FONTE:CEPI/SESA/SMS
1992/1993 DADOS ESTIMADOS PELAS DNV

Segundo dados do relatório do programa PAISM, um dado amistoso é que o índice de cesarianas é de 37,12%, mais alto do que o índice do Brasil que é de 31,5%, quando tratam dos problemas ligados a contracepção, pois junto com as cesarianas é realizada quase em todas mulheres a laqueadura, assim diminuindo a natalidade. (ver anexo 8: Problemas relacionados à Concepção)

6.2.1 População de Curitiba

A população de Curitiba para a década de 80 foi estimada a partir de dados do censo de 81 e quando comparada ao censo de 91 deu-se superestimada.

TABELA I - POPULAÇÃO DE CURITIBA-SERIE HISTORICA DE 1981 à 1993

ANO	POP.GERAL	NASCIDOS VIVOS
1981	1.060.722	34.770
82	1.102.417	34.986
83	1.189.772	32.236
84	1.253.540	29.590
85	1.320.721	30.088
86	1.343.017	30.273
87	1.404.891	30.026
88	1.469.616	31.696
89	1.537.324	31.160
90	1.608.151	30.058
91	1.313.377	29.683
92	*1.343.584	27.859
93	*1.374.486	29.671

Fonte: população - IBGE/⁴ estimativas SMS - Ctba
nascidos vivos registro civil (alguns anos são estimativas)
a partir de 1992 as fontes são as declarações de Nascidos Vivos - SNS - Ctba.

A população da regional matriz que é de 201.224 pessoas, segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, quando comparada a população geral de Curitiba do mesmo ano (1991) é de 1.313.584 representa 15,3% da mesma.

6.3 ASPECTOS DE MORBIDADE

6.3.1 Mortalidade Geral em Curitiba

A mortalidade geral em Curitiba vem decaindo a partir de 1979 conforme a Tabela II e Gráfico II.

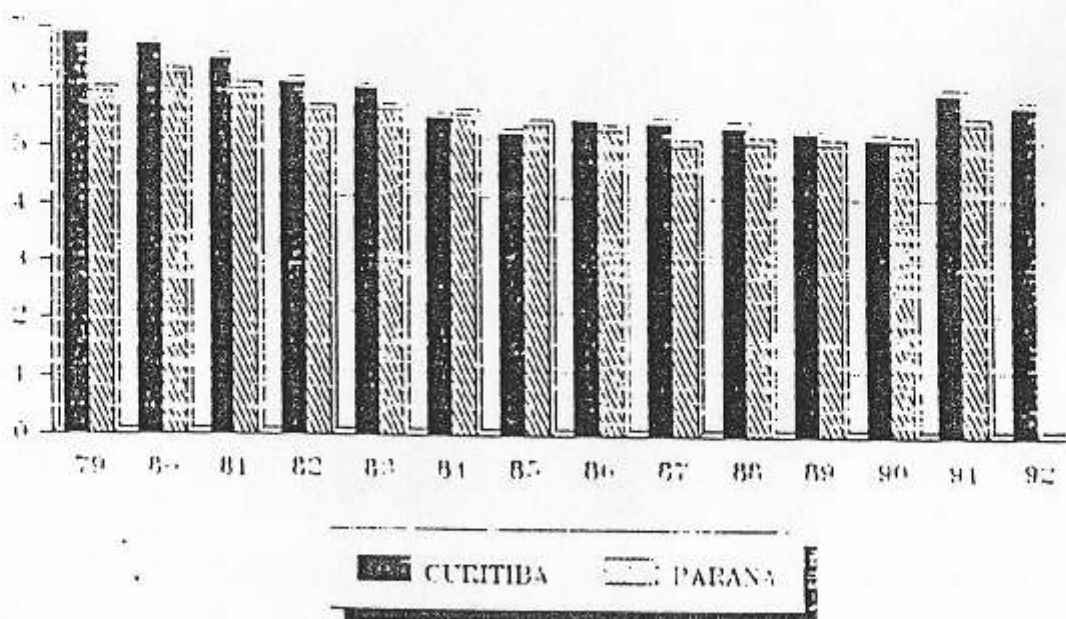
TABELA II- COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL POR 1000 HABITANTES

	CURITIBA	PARANA
1979	6.92	5.92
1980	6.72	6.21
1981	6.48	5.97
1982	6.07	5.59
1983	5.96	5.61
1984	5.46	5.53
1985	5.20	5.35
1986	5.43	5.27
1987	5.39	5.00
1988	5.33	5.05
1989	5.21	5.02
1990	5.12	5.09
*1991	5.92	5.42
*1992	5.72	

Fonte: CEPI/SESA

*Dados Preliminares

GRAFICO II - MORTALIDADE GERAL - CURITIBA E PARANA
COEFICIENTE POR 1000 HABITANTES

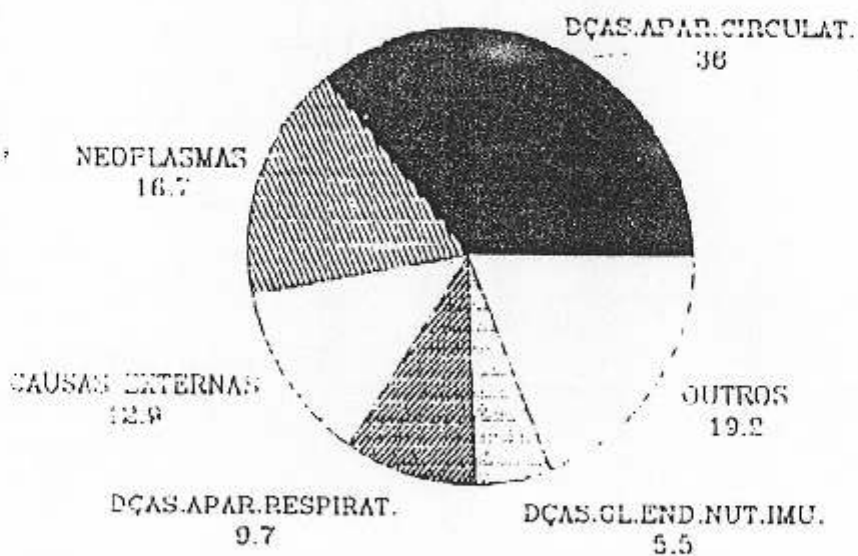


DADOS PRELIMINARES

FONTE: CEPI/SESA

Quanto às causas de mortalidade, sua distribuição pode ser vista no Gráfico III.

GRAFICO III - MORTALIDADE GERAL - PRINCIPAIS CAUSAS
CURITIBA/1992 - GRUPOS DO CID



FONTE: DES/SMS

As duas primeiras causas: doenças do aparelho circulatório e neoplasmas, colocam Curitiba junto a padrões de mortalidade de países desenvolvidos.

Ressaltam-se o grande número de óbitos por causas externas (12,9%) e o aumento progressivo de coeficiente do grupo das doenças das glândulas endócrinas e nutrição imutária, onde se inclui a AIDS que evoluiu de 1.65/10.000 em 1981 para 3.15/10.000 em 1992.

O grupo de doenças infecciosas e parasitárias também revela diminuição em seus coeficientes na mortalidade geral, passando de 5/10.000 em 1981 para 1,6/10.000 em 1992. (Dados da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba/D.E.S)

Ao analisar mortalidade por 1.000 causas, observa-se que, isoladamente, as 5 patologias que mais ocasionaram óbitos em Curitiba, 1992 foram:

- a) Infarto do Miocárdio e Doença isquêmica do coração;
- b) Acidentes Vasculares Cerebrais;
- c) Acidentes de Trânsito;
- d) Pneumonias e Broncopneumonias;
- e) Diabetes

(Dados da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba)

Da análise desses dados, faz-se uma constatação: apesar da diabete ser a 5ª maior causa de óbitos em Curitiba, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba não dispõe de um atendimento sistemático à pessoas portadoras dessa patologia, diferente em indivíduos como os hipertensos, que dispõem de atendimento mais específico.

Quanto à mortalidade por Neoplasmas, a tabela que se segue nos mostra o seguinte:

TABELA III

1) Ca de pulmão	12,7%
2) Ca de estômago	10,9%
3) Ca de mama	6,7%
4) Ca de útero	6,4%
5) Ca de esôfago	5,3%
TOTAL	32,0%

Fonte: Regional Matriz - Setor de Epidemiologia da Secretaria
Municipal da Saúde de Curitiba, 1993.

Quanto à mortalidade por causas externas, 45% são mortes causadas pelo trânsito, 15,9% por violência pessoal e 4,9% por afogamento.

O grande número de óbitos por acidentes de trânsito é um problema de saúde pública e deve questionar o trabalho da Regional de Saúde e a unidade em relação a este fenômeno urbano.

6.3.2 Mortalidade Geral na Regional Matriz

A mortalidade geral por grupo de causas na Regional Matriz não difere muito da mortalidade no município; com exceção da 3ª causa de morte que na Regional Matriz são as doenças respiratórias (166 casos) e no município de Curitiba são as causas externas, todas as demais causas mantêm a mesma ordem (ver Gráfico III).

TABELA IV - COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL 7.4
POR 1000 HABITANTES

NÚMERO DE ÓBITOS SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS

1. Doenças do aparelho circulatório	612	38,2%
2. Neoplasias	352	21,9%
3. Doenças do aparelho respiratório	166	10,3%
4. Causas externas	130	8,1%
Total de óbitos		78,5%

Fonte de notificação: Regional Matriz - Setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 1993.

Estes quatro grupos representam 78,5% do total de atendimentos e nos permite traçar um perfil da demanda da regional matriz. Essa avaliação confirma a valorização pelo Serviço da Atenção Primária à Saúde onde a prevenção e o controle das doenças são prioridades.

Vejamos a mortalidade por causas na Regional do Pinheirinho que é a regional com os bairros de menor poder sócio-econômico e a Regional da Matriz com os bairros de maior poder sócio-econômico:

CAUSAS	REGIONAL PINHEIRINHO TOTAL %	REGIONAL MATRIZ TOTAL %
1. Doenças do aparelho circulatório	265 (29,9%)	612 (38,2%)
2. Causas externas	116 (13,1%)	130 (8,1%)
3. Doenças do aparelho respiratório	110 (12,%)	166 (10,3%)
4. Neoplasmas	102 (11,5%)	352 (21,9%)
5. Doenças das Glândulas endócrinas e transtornos imunitários	51 (5,7%)	108 (6,7%)
6. Doenças infecciosas e parasitárias	50 (5,6%)	27 (1,7%)
7. Algumas afecções originadas no período perinatal	48 (5,4%)	33 (2,0%)
8. Doenças do Aparelho digestivo	48 (5,4%)	70 (4,3%)
9. Anomalias congênitas	26 (2,9%)	18 (1,1%)
10. Doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido	20 (2,2%)	31 (1,9%)
11. Doenças do Aparelho geniturinário	16 (1,8%)	16 (0,4%)
12. Sinais e sintomas de afecções mal definidas	14 (1,5%)	17 (1,0%)
13. Transtornos Mentais	12 (1,3%)	7 (0,4%)
14. Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos	4 (0,4%)	2 (0,1%)
15. Complicações da gravidez parto e puerpério	2 (0,2%)	0
16. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1 (0,1%)	5 (0,3%)
17. Doenças da pele e tecido subcutâneo	0	1 (0,05%)
TOTAL	885	1.601

Fonte: Departamento de Epidemiologia em Saúde/Divisão de Diagnóstico em Saúde-Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

NOTA: As porcentagens para cada grupo de causas de óbitos é realizada com o número do grupo de causa dividido pelo total.

Ex.: Doenças do aparelho circulatório (Regional Matriz)

612 00 acresce 2 zeros

----- = 38,2%

1.601 (Total)

A mortalidade geral por causas de óbitos mostra diferenças significativas entre as regionais da Matriz e Pinheirinho como:

- Na regional Matriz 38,2% dos óbitos foram devidos a doenças do aparelho circulatório, enquanto na Regional do Pinheirinho foi 29,9%; a Regional Matriz apresenta população com maior longevidade, pois 34,4% das pessoas que faleceram tinham mais de 80 anos (primeira causa de morte);

- Em relação às Neoplasias enquanto na Regional do Pinheirinho representou apenas 11,5% dos óbitos.

Dos 358 óbitos por neoplasias na Regional Matriz 316 pessoas tinham mais de 50 anos ou seja 88,2%, enquanto na Regional do Pinheirinho dos 120 óbitos por neoplasias, 74,0% foram de pessoas com mais de 50 anos, mostrando o maior nível de vida média das pessoas. (na Regional Matriz é segunda causa e na regional do Pinheirinho é a quarta causa);

- Quanto às doenças do aparelho respiratório a Regional do Pinheirinho apresenta um percentual maior de óbitos que a Regional Matriz.

12,4% óbitos Regional Pinheirinho

10,3% óbitos Regional da Matriz

Estas causas na Regional Pinheirinho afetou principalmente os idosos, podendo refletir a falta de assistência à saúde e condições precárias de saúde da população da Regional (141

óbitos ou seja 84% dos óbitos ocorreram em pessoas com mais de 60 anos) enquanto na Regional Matriz 60% dos óbitos ocorreram nesta mesma faixa

- Mortalidade por causas externas

Esta causa de morte é a 4ª causa na Regional da Matriz e a 2ª causa na regional Pinheirinho.

Representa 13,1% dos óbitos ocorridos na Regional do Pinheirinho, e 8,1% dos óbitos da Regional da Matriz.

Ligada a questão da violência urbana (na Regional do Pinheirinho devido a agressões e na Regional da Matriz ligada ao trânsito).

- Mortalidade por doenças do aparelho endócrino (glândulas endócrinas) nutrição e metabolismo e transtornos imunitários, mostra percentuais aproximados. Enquanto na Regional Matriz representa 6,7% dos óbitos na regional do Pinheirinho 5,7% dos óbitos.

- As causas de óbitos ligadas a afecções originadas no período perinatal, mostra diferenças significativas, quase o dobro na Regional do Pinheirinho (5,4%) enquanto na Regional Matriz (2,0%) caracterizando aumento desta causa, que deve estar ligada às condições de vida das mulheres, assistência ao pré-natal e parto, com melhor condições de vida e de assistência na Regional Matriz.

- O total de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias reflete o nível de vida e de saúde da população, destas 2 Regionais, onde as condições de vida são bem distintas.

Enquanto na Regional da Matriz foi apenas 1,7% dos óbitos, na Regional do Pinheirinho 5,6% dos óbitos ocorridos na área da Regional

- As anomalias congênitas apresentam na Regional do Pinheirinho baixa taxa de óbitos entre as 2 regionais.

Pinheirinho 22,9% dos óbitos e Regional da Matriz, 1,1% dos óbitos

- Os transtornos mentais, responsáveis por 1,3% dos óbitos na regional do Pinheirinho e apenas 0,4% dos óbitos na regional da Matriz, o que reflete melhor acesso da população das Regionais (Pinheirinho e Matriz) à atenção psiquiátrica.

- Complicações da gravidez parto/puerpério mostra que não houve nenhum óbito materno na Regional da Matriz, enquanto na Regional do Pinheirinho foi responsável por 0,2% dos óbitos, sendo grave a sua ocorrência em 2 mulheres jovens entre 20-29 anos.

A análise das causas demonstra a grande diferença existente entre as condições de vida da Regional da Matriz e Pinheirinho, e as condições de assistência à saúde, o acesso a área hospitalar, as condições de saneamento da população e a atenção à saúde da mulher na fase pré-natal e assistência ao parto.

Ao comentarmos dos óbitos na regional da matriz, observamos um contraste com os outros bairros, que segundo a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba a renda média da população residente nos bairros de abrangência da regional da Matriz é em torno de 7,8 salários mínimos em 1984, portanto, bairros de um bom nível sócio-econômico, contrastando com a Vila Pinto que se localiza na sua área de abrangência, localizado no Prado Velho cuja a renda em salários mínimos em 1984 segundo a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba é em torno de 4,2 salários mínimos, o bairro com renda mais baixa.

Vamos nos deter só à Vila Pinto:

- a) População de mais ou menos 1.500 famílias (5.000 pessoas (censo de 1991));
- b) saneamento básico deficiente (ver anexo 9: mapa de Condições de Saneamento Básico);
- c) baixa renda familiar;
- d) grande número de animais vetores;
- e) organização social deficiente (não separam lixo e papel)
- f) miserabilidade;
- g) alta incidência de doenças infecto-contagiosas como:
 - hepatite
 - tuberculose
 - meningite
 - mordedura de animais
 - acidente com aranha marrom
 - verminoses
 - hipertensão
 - doenças respiratórias

Dados nutricionais do 1º semestre de 1993 comparando a Vila Pinto e Curitiba.

TABELA V - 1º SEMESTRE/1993 - (0-5 ANOS)

	VILA PINTO	CURITIBA
Desnutrição leve	97,4%	26,5%
Desnutrição moderada	8,3%	5,2%
Desnutrição grave	-	1,0%
TOTAL DE DESNUTRIÇÃO	*45,7%	32,8%

Fonte: Dados da Regional Matriz: departamento de vigilância epidemiológica-Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Na Vila Pinto localizada em um bairro de Curitiba, dos 75 bairros, atinge um percentual maior de desnutrição do que em Curitiba (ver anexo 10: mapa Projeto nascer em Curitiba).

O limite (ponto crítico de desnutrição) pela Classificação de Gomes é o percentil 10 (onde somente 10% das crianças estariam abaixo deste).

Mortalidade infantil na Vila Pinto:

- a) 6 óbitos: prematuridade (menos que 1 semana);
- b) 1 óbito: gastroenterite -> desnutrição (2 meses);
- c) 1 óbito: broncopneumonia (3 meses).

Determinantes:

- a) assistência ao parto/gravidez precária;
- b) má qualidade de vida (ver anexo 11: mapa Localização dos óbitos).

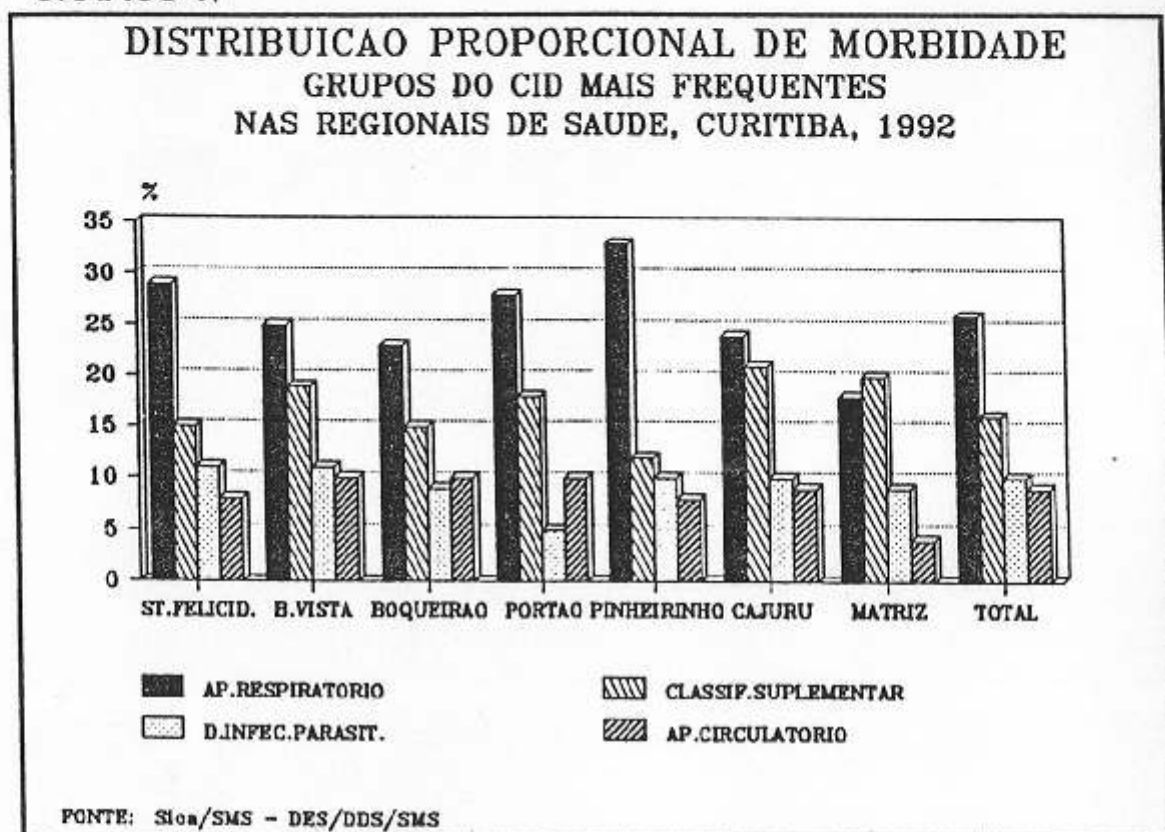
6.3.3 Morbidade em Curitiba

A morbidade pode ser avaliada em 2 aspectos: ambulatorial e hospitalar.

O Gráfico IV mostra a morbidade ambulatorial por regionais de saúde no município de Curitiba.

GRAFICO IV - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE MORBIDADE
 GRUPOS DO CID MAIS FREQUENTES NAS REGIONAIS
 DE SAUDE, CURITIBA, 1992

GRÁFICO IV



Comentário:

As peculiaridades de cada Regional de Saúde não podem ser observadas quando analisadas nos grandes grupos do CID (Classificação Internacional das Doenças) não podemos, no entanto, ignorar a possibilidade de ocorrência de diferentes inerentes a cada local (número populacional, idade ou faixa etária etc) (Boletim Epidemiológico de Curitiba, ano V, nº 2, 1993).

7. ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS NA U.S. DA MULHER

A Unidade de Saúde da Mulher está situada na Rua Comendador Araújo, 252, em pleno centro urbano da cidade de Curitiba.

Gerenciada pelo antigo INAMPS por 31 anos, desde meados de 1960, a unidade passou a ser gerenciada pela Secretaria Estadual da Saúde em 1990 e municipalizada em 1992, sendo então denominada Unidade de Saúde da Mulher.

Dentro do Sistema Municipal de Saúde, seu objetivo é ser uma unidade de referência à saúde da mulher, para toda a população de Curitiba.

A clientela atual é de 2/3 de mulheres ou seja, de cada 3 atendimentos 2 são de mulheres; e 80% dos atendimentos são de fora da área de abrangência, representa 1,7% dos atendimentos feitos na rede municipal de saúde.

Acessibilidade, horários e serviços ofertados

Uma vez que se localiza no centro, perto de vários terminais de ônibus, a unidade é de fácil acesso (ver anexo 12).

A demanda é espontânea para algumas especialidades (como a oftalmologia) ou agendada (por exemplo, o pré-natal).

Atualmente o horário de atendimento é de 6:00 às 20:00 de 2ª a 6ª feira.

Serviços ofertados:

Pré-natal (baixo e alto risco); exame preventivo para o câncer de colo uterino; ações educativas; serviços de vigilan-

cia à saúde em escolas e creches da área de influência; planejamento familiar; terapia alternativa em Psiquiatria: homeopatia, serviço de vigilância epidemiológica.

Especialidades Médicas

Obstetrícia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Oftalmologia, Psiquiatria, Ginecologia, Otorrinologia, Proctologia, Gastrologia, Ortopedia, Oncologia.

Além disso a unidade de saúde da mulher mantém apoio laboratorial para os usuários, serviço de RX e farmácia.

Ações Educativas

São desenvolvidos cursos aos sábados, para hipertensos, clientela do planejamento familiar, além de atividade rotineira em creches e escolas, e serviço de vigilância epidemiológica.

Recursos Humanos

Na U.S. da mulher convivem funcionários com 3 tipos de vínculo empregatício: com o município, com o Estado do Paraná e com o nível federal.

No nível municipal há um plano de carreira, cargos e salários, cujas progressões ocorrem de 6 em 6 meses, servindo para promoção salarial e promoção de nível, conforme a avaliação de desempenho na forma de auto-avaliação.

Os funcionários de nível federal, embora também tenham alguma forma de progressão, têm regime de trabalho bastante diversificado em relação aos outros 2 segmentos. Os funcionários estaduais não têm, até o momento, nenhum plano de carreira.

Administrar estes grupos de trabalhadores numa mesma unidade, é muito complicado e o fato sempre aparece como ponto bastante negativo nas avaliações do trabalho, são três grupos com culturas institucionais diferentes, tendo que desempenhar os mesmos papéis, com salários diferentes e regras diferentes.

Os funcionários em atividade estão, hoje, assim distribuídos:

	n ^o	%
Município	30	95
Estado	11	13
Federal	45	52
TOTAL	86	100

A equipe de Enfermagem, por sua vez, está assim composta:

	n ^o	%
Enfermeiros	10	28,5
Técnicos de Enfermagem	1	2,8
Auxiliares de Enfermagem	24	68,7
TOTAL	35	100,0

Agentes administrativos = 9

Pelos critérios do serviço os médicos devem realizar 5 atendimentos/hora, nem abaixo, nem acima.

Os enfermeiros devem realizar 4 atendimentos/hora.

Os trabalhos são divididos em 2 turnos, manhã e tarde, e não há plantões.

Aspectos do Controle Social

O conselho local de saúde da Unidade de Saúde da Mulher foi organizado em 7 de agosto de 1993 por grupos organizados de mulheres.

Nota: a grande maioria das unidades de saúdes pertencentes a Curitiba possui conselho local.

Composição atual do Conselho Local da Unidade de Saúde da Mulher

O segmento dos usuários é formado por oito pessoas, representando:

- a) Movimento popular de mulheres do Paraná;
- b) União de mulheres de Curitiba;
- c) Federação de mulheres de Curitiba;
- d) Conselho Estadual da Condição Feminina;
- e) Grupo de hipertensos da unidade;
- f) Núcleo de desenvolvimento das mulheres Bahais.

A U.S. da mulher está representada por oito de seus funcionários:

- a) Irene Alves Machado Host;
- b) Maria Celi de Albuquerque;
- c) Tânia Mara Cunha Schaffer;
- d) Dzonett Quarentei Mercer;
- e) Edgar Schiefelbein;
- f) Sônia Mara Goes Shafa;
- g) Antonio Rocha Gonçalves;
- h) Edmira Silva.

7.1 O SERVIÇO DE V.E. NA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

Se iniciou em 1993, com o único objetivo de ser um local de notificação de doenças transmissíveis ocorridas nos usuários da área de abrangência da U.S. da mulher.

Com o tempo o serviço inclui alguns agravos a saúde como notificação, de acidentes por cão, picada de aranha; ainda não notifica as doenças dos trabalhadores e outras doenças citadas no trabalho como crônico-degenerativas, mas é um objetivo a ser alcançado, assim como informatizar o serviço, aumentar visitas domiciliares.

No momento está sendo concluído um manual em forma de rotina para outros profissionais que não a enfermeira do serviço, para atender os casos encaminhados ao serviço de Vigilância Epidemiológica (ver anexo: Informativo Epidemiológico).

Observação: de todas as unidades de saúde pertencentes a regional Matriz, a unidade de saúde da mulher é a única unidade com enfermeira própria para o serviço de Vigilância Epidemiológica.

DOENÇAS E AGRAVOS DE INTERESSE PARA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NOTIFICADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER - 1994

	A.C.	D.S.T	A.A.	C.K.	S.D.C	P.H.	I.A.	A.A.	C.D.C	S.T.	V.E.	I.O.	
Semana 5	1												Semana 5
Semana 6								5					(30 de jan a 06 de fev)
Semana 7			2										
Semana 8			1										
Semana 9							1						

	A.C.	D.S.T	A.A.	C.H.	S.D.C	P.H.	I.A.	A.A.	C.D.C	S.T.	V.E.	I.B.
Semana 38	1	1										
Semana 39	1	6	1						1			
Semana 40		4							1			
Semana 41		2										
Semana 42		7							1			
Semana 43		3	5									
Semana 44											1	
Semana 45		5	1									
Semana 46		6	2									
Semana 47		7							1			
TOTAL	21	58	16	4	3	5	2	6	4	1	2	1

Semana 47
(25 a 30 de
novembro)

FONTE: U.S. da Mulher/Serviço de V.E.

LEGENDA: A.C.: Acidente por cão
 A.A.: Acidente por aranha
 C.H.: Caso de Hepatite
 S.D.C.: Suspeito de Doença de Chagas
 P.H.: Portador de Hepatite
 I.A.: Intoxicação Alimentar
 A.A.: Acidente por artrópodes
 C.D.C.: Caso de Doença de Chagas
 S.T.: Suspeito de Tuberculose
 V.E.: Verminose Endêmica
 I.B.: Intoxicação Química

O número de notificações na Unidade de Saúde da Mulher não reflete a realidade dos atendimentos na Unidade, principalmente na área de doenças sexualmente transmissíveis (D.S.T), que aumentou após o lançamento do 1º informe epidemiológico a nível interno em outubro de 1994 (ver anexo 14).

E os portadores de hepatite B estavam tendo diagnóstico de caso confirmado de hepatite B, assim se explica o pequeno número de notificações, para os portadores de hepatite B; os usuários foram informados sobre a relação entre hepatite B e

AIDS por isso eles mesmos procuram auxílio médico e logo são encaminhados à sala de Vigilância Epidemiológica.

O Fluxo das Notificações na Unidade de Saúde da Mulher

Ao término de cada semana epidemiológica, são enviadas as R.N.D.O (Registro de Doenças de Notificação Obrigatória) por malote do N.R. Matriz, das doenças e agravos de interesse para a Vigilância Epidemiológica.

Essas comunicações devem ser feitas havendo ou não ocorrência de doenças e agravos notificáveis.

No último caso não havendo notificação, a R.N.D.O deve ser preenchida o que se chama de notificação negativa.

Ocorrendo casos é imprescindível que se notifique imediatamente, e para isso o telefone pode ser um meio bastante eficaz. Posteriormente, a confirmação será feita através da R.N.D.O (ver anexo: Registro de Doenças de Notificação Obrigatória).

Os formulários de R.N.D.O são reunidos em condensados semanais pelo N.R. Matriz e posteriormente enviados ao CEPI (Centro de Epidemiologia do Paraná-Secretaria do Estado de Saúde), que também recebe uma cópia das fichas epidemiológicas de investigação de cada caso de doenças.

O CEPI reúne os dados de todo o Estado e os envia para o Ministério da Saúde.

8. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

8.1 OBJETIVOS

- a) Contribuir para a melhor compreensão do papel do Serviço de V.E. no âmbito da U.S. da Mulher;
- b) incentivar a melhoria na comunicação de fatos de interesse epidemiológico entre os diversos serviços da U.S. da Mulher e destes com o Serviço de V.E.;
- c) desenvolver um trabalho educativo com a clientela usuária no sentido de procurar e/ou utilizar o serviço de V.E. da unidade.

8.2 ESTRATEGIAS

- a) Elaboração de um manual de rotinas do Serviço de V.E. da unidade;
- b) publicação de um informativo epidemiológico a nível interno;
- c) reuniões de serviço com os vários segmentos da unidade de saúde da mulher.

8.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- As visitas domiciliares foram para usuários da U.S. da Mulher acometidos com acidentes por animais (cão, gato, aranha marrom) e portadores do vírus da Hepatite B, residentes na área de abrangência do Núcleo Regional da Matriz.

- Reuniões com a diretoria da U.S. da Mulher, Enf^a Maria Celi de Albuquerque com a diretoria a equipe de enfermagem,

Enf^a Helena Cardoso e a Enf^a Sônia Mara Goes Schafa responsável pelo serviços de V.E. da U.S., para tratarmos de assuntos relacionados à organização do serviço de V.E.

- Ações educativas sobre a função e a importância do Serviço de V.E. e da notificação, desenvolvidas nos demais serviços da U.S. - Clínica Médica, Ginecologia, Pré-natal, Laboratório, salas de pré-consulta, buscando atingir os funcionários destes serviços.

- Presença na palestra sobre "Epidemiologia e Sociedade", realizada no Hospital de Clínicas, anexo 2.

- Palestra sobre AIDS e a Mulher, realizada pela Enf^a Sônia Mara Goes Schafa com a nossa colaboração (acadêmica Laila Cristina Mady).

- Pesquisas na Regional Matriz; nos setores de Epidemiologia, Diagnóstico em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

- Co-autoria na produção de um Informativo Epidemiológico para os funcionários da U.S. da Mulher.

- Reunião com a Enf^a Maria Celi de Albuquerque e as outras acadêmicas de Enfermagem que também foram estagiárias na U.S. da Mulher para pesquisa sobre recursos humanos da U.S. da Mulher e o nome dos componentes dos conselhos local e regional.

- Visita à Vila Pinto, uma área de favelas em plena área urbana da cidade de Curitiba, e considerada uma das mais pobres do município, localizada na área de abrangência da U.S. da Mulher.

Com o objetivo de conhecer de perto aquela realidade social e compará-la com outros padrões de vida dos bairros da área de abrangência da U.S. da Mulher.

8.3.1 Cronograma

ATIVIDADE	DATA	HORARIO	RESPONSAVEL	CLIENTELA
1. Visitas domiciliares	quando necessario	8:30 as 12:30 hs e 14:30 as 18:30 hs	Enfermeira Sonia Goes Schafa e Academica de Enfermagem Laila Cristina Mady	Moradores da area de Abrangencia da U.S. da Mulher
2. Reuniao para apresentar os objetivos do estagio na U.S da Mulher	02/09/94	8:30 as 12:30 hs	Professor Enfermeiro Paulo de Oliveira Perna	Unidade de Saude da Mulher, Prof. Paulo O. Perna e Academicas de Enfermeiras
3. Reuniao na U.S da Mulher sobre Recursos Humanos do servico	29/09/94	11:00 as 12:00 hs	Academicas de Enfermagem	Academicas de Enfermagem, Diretora da U.S. da Mulher Enfermeira Maria Celi de Albuquerque
4. Palestra sobre Epidemiologia	20/10/94	18:00 as 20:00 hr		
5. Reuniao sobre avaliacao do estagio	21/10/94	14:00 as 16:00 hr	Professor Enfermeiro Paulo de Oliveira Perna	Academicas de Enfermagem, Prof. Enfermeiro Paulo O. Perna e Diretora da U.S. da Mulher Enfermeira Maria Celi de Albuquerque
6. Consultas a Biblioteca da Secretaria Municipal da Saude para Revisao Bibliografica	21/11/94 a 24/11/94	8:30 as 12:30 hs	Academica de Enfermagem Laila Cristina Mady	
7. Consultas a Biblioteca da Escola de Saude Publica da Ouidor Pardinho	16/11/94 a 18/11/94	14:00 as 18:00 hr	Academica de Enfermagem Laila Cristina Mady	

ATIVIDADE	DATA	HORARIO	RESPONSAVEL	CLIENTELA
8. Palestra sobre AIDS	26/11/94	8:30 as 12:00 hr	Enfermeira do Serviço de V.E e Acadêmica de Enfermagem Laila Cristina Mady	Funcionários da U.S da Mulher e U.S. da Ouvidor Pardino
9. Visita a Vila Pinto para realizar um diagnóstico de Saúde	12/03/94	10:00 as 11:00 hr	Acadêmica de Enfermagem Laila Cristina Mady	Moradores da Vila Pinto
10. Pesquisa na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba	06/10/94 17/11/94 22/11/94 24/11/94	8:00 as 12:00 hr	Acadêmica de Enfermagem Laila Cristina Mady	Regional da Matriz Setor de Epidemiologia; Setor de Diagnóstico em Saúde
11. Reunião para Avaliação final do estágio na U.S da Mulher	29/11/94	10:00 as 12:00 hr	Professor Enfermeiro Paulo de Oliveira Perna	Acadêmicas de Enfermagem; Prof Enfermeiro Paulo de Oliveira Perna; Enfermeira Fatima Hamdar
12. Entrega de um Informativo Epidemiológico	09/94	8:30 as 12:30 hr	Enfermeira Sonia Goes Schafa e Acadêmica de Enfermagem Laila Cristina Mady	Funcionários da U.S. da Mulher

9. CONCLUSÃO/AVALIAÇÃO

Ao longo do trabalho, desenvolvendo as diferentes atividades previstas, estivemos utilizando mecanismos de avaliação, reformulando objetivos, repetindo procedimentos, redefinindo funções e tarefas.

Pudemos experimentar o trabalho num serviço de saúde não-hospitalar; esta constatação se torna importante porque durante a graduação de Enfermagem em nossa universidade, os alunos vivenciam grande parte da carga horária prática em ambientes hospitalares, conhecendo mais as relações com pessoas doentes, procedimentos rotineiros e rígidos, ambientes mais normatizados, e a presença médica sempre mais forte. Uma das poucas exceções fica por conta da disciplina "Enfermagem em Saúde Coletiva", onde se inicia um contato mais próximo com outros segmentos da população, através da prática de ações em vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e saúde do trabalhador.

A experiência na U.S. da Mulher nos possibilitou aprofundarmos mais as relações com uma clientela sadia, ações mais criativas e menos rígidas, clientes menos passivos, menos atos médicos e maior interação entre os profissionais de saúde. É importante ressaltar que a diretoria da unidade, ocupada por uma enfermeira, sempre esteve acessível aos estagiários, mostrando um perfil positivo e bastante profissional.

O maior desafio foi, sem dúvida, termos estagiados num serviço recém-implantado (1993) e que tem muito para ser feito.

Não pudemos ter caminhado tanto quanto gostaríamos na realização dos objetivos propostos inicialmente - mas fica a experiência do processo; isto é, o contacto com novas pessoas: funcionários e clientes.

Achamos que o Serviço de V.E. deve manter contacto mais frequente e rotineiro com os demais serviços de saúde da unidade. A realização do 1º número de um boletim epidemiológico mostrou, que este contacto é produtivo, pois o número de notificações aumentou depois da circulação do informe. Isto é importante para dar um retorno àqueles que notificam.

Sugerimos que as edições do informe epidemiológico se tornem regulares.

Pensamos que o serviço de V.E. poderá continuar recebendo estagiários, pois ali há muito para se fazer e se aprender.

Acrescentariamos, porém, que o aluno deveria se envolver mais com atividades externas: visitas domiciliares, contatos com comunicantes, investigações de casos, etc. Achamos que este tipo de envolvimento foi muito pouco na experiência.

Uma outra experiência sentida durante o estágio foi a de ter entrado em contacto mais próximo com a realidade dos mais pobres.

A busca e análise dos indicadores de saúde citados no trabalho já serviu para mostrar um pouco dos contrastes que existem em Curitiba. Se pode ver isso nas ruas do Centro, onde passam e até vivem muitos chamados "sem teto".

Outra realidade que vimos mais de perto, motivados pelo trabalho, foi a da Vila Pinto, uma favela que se situa na área de abrangência do Núcleo Regional da Matriz, regional que insere os bairros da área de abrangência, da U.S. da Mulher como

citada no trabalho - em plena área central da cidade. Tudo isto nos faz entender concretamente que a saúde não é só a ausência de doenças mais é o resultado que se tem quando um universo de fatores pode ser vivido pelas pessoas: casa, comida, escola, afeto, lazer.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- COSTA, Dina Czeresnia; BREILH, Jaime; GOLDBERG, Marcebetal. Epidemiologia teoria e objeto. São Paulo: HUCITEC, 1986.
- DEVER, Alan G.E. A Epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira, 1988.
- E.SOUNIS. Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985.
- _____. Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985, v.2.
- FORATTINI, Osvaldo Paulo. Epidemiologia Geral. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1976.
- LESER, W; BARBOSA, V; BARUZZI, R.G. et al. Elementos de Epidemiologia Geral. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.
- PASSOS, Cristina. Epidemiologia e Sociedade. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia. Epidemiologia e Saúde. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 1983.
- _____. Epidemiologia e Saúde. 3ª ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1988.
- SILVA, L.J. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em Epidemiologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.19, nº 4, p. 377-383, 1985.
- Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Revista Saúde em Debate, Londrina, nº 38, p.14, mar/1993.
- SOUZA, José Alberto Hermógenes de. Criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (C.N.R.S). Jornal da Reforma Sanitária, nº 1, mar/1987.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde, Brasília, ago/1992.

ANEXOS

CÓDIGO SANITÁRIO

CAPÍTULO VIII NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 39 — Todo o caso confirmado ou suspeito de doenças que, por sua gravidade, incidência ou possibilidade de disseminação, exigir medidas especiais de controle, deverá ser notificado compulsoriamente à autoridade sanitária, dentro de 24 horas de seu conhecimento.

Art. 40 — Serão compulsoriamente notificadas, no Estado do Paraná, as doenças previstas na legislação federal, além de outras que ofereçam interesse epidemiológico da região.

§ 1º — A regulamentação desta Lei, estabelecerá as doenças de que trata o presente artigo, bem como os responsáveis pela notificação.

§ 2º — A notificação poderá ter caráter sigiloso.

Art. 41 — A recusa comprovada e reiterada, por parte do médico, da comunicação de casos de doença notificável, será levada ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina, sem prejuízo das sanções previstas na regulamentação desta Lei.

Art. 42 — O veterinário ou qualquer pessoa que verificar a ocorrência de zoonose transmissível ao homem, deverá notificá-la imediatamente, à autoridade sanitária.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 14 — O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

CAPÍTULO III RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 40 — Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 41 — Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 44 — Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

CONHEÇA A LEGISLAÇÃO

Cada Estado, de acordo com sua realidade específica e com seu Código Sanitário, pode ampliar o elenco das doenças de notificação compulsória, que deverá ser observado apenas por profissionais e entidades de saúde locais. Isto costuma ocorrer quando acontecem epidemias ou epidemias regionais. A legislação em vigor, de caráter nacional, é a seguinte:

1 - Lei nº 6.259, de 30/10/75, dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e em seu Artigo 8º determina que "é dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde, no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças de notificação compulsória e das que requerem isolamento ou quarentena".

2 - Portaria nº 314, de 27/09/76, do Ministério da Saúde, que regulamentava a Lei 6.259, classifica como doenças de notificação compulsória, em todo o território nacional, a febre amarela, peste, cólera, hanseníase, tuberculose, poliomielite, tétano, doença meningocócica e outras meningites, raiva humana, febre tifóide, sarampo, leishmaniose visceral e leishmaniose cutâneo-mucosa.

3 - Decreto Lei nº 785, de 27/08/76, dispõe sobre as infrações às normas relativas à saúde e respectivas penalidades. Em seu Artigo 9, que especifica quais são as infrações sanitárias, o item VI determina que "oatizar de notificar doença ou zoonose transmissível ao homem sujeita o infrator a advertência ou multa de um terço a três vezes o maior salário-mínimo vigente no país".

LEI Nº 6.259

LEI Nº 6.269 DE 30 DE OUTUBRO DE 1975

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

TÍTULO III

Da Notificação Compulsória de Doenças

Art. 7º - São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

§ 1º - Na relação de doenças de que trata o inciso II deste artigo será incluído item para casos de "grave frustrado à saúde".

§ 2º - O Ministério da Saúde poderá exigir dos Serviços de Saúde a notificação negativa da ocorrência de doenças constantes da relação de que trata os itens I e II deste artigo.

Art. 8º - É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º.

Art. 9º - A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 10º - A notificação compulsória de casos de doenças tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

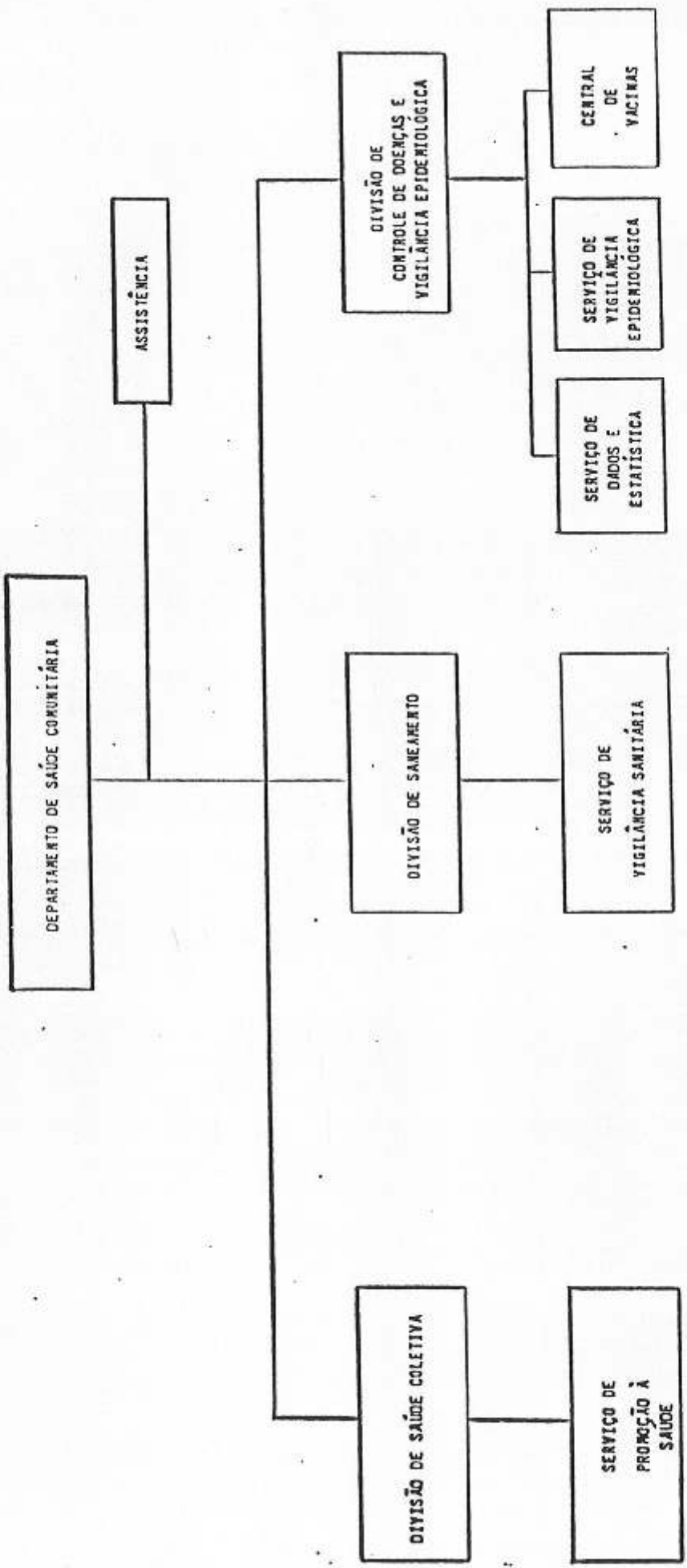
Parágrafo único - A identificação do paciente de doenças referidas neste artigo, fora do âmbito médico-sanitário, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de grande risco à comunidade, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio do paciente ou do seu responsável.

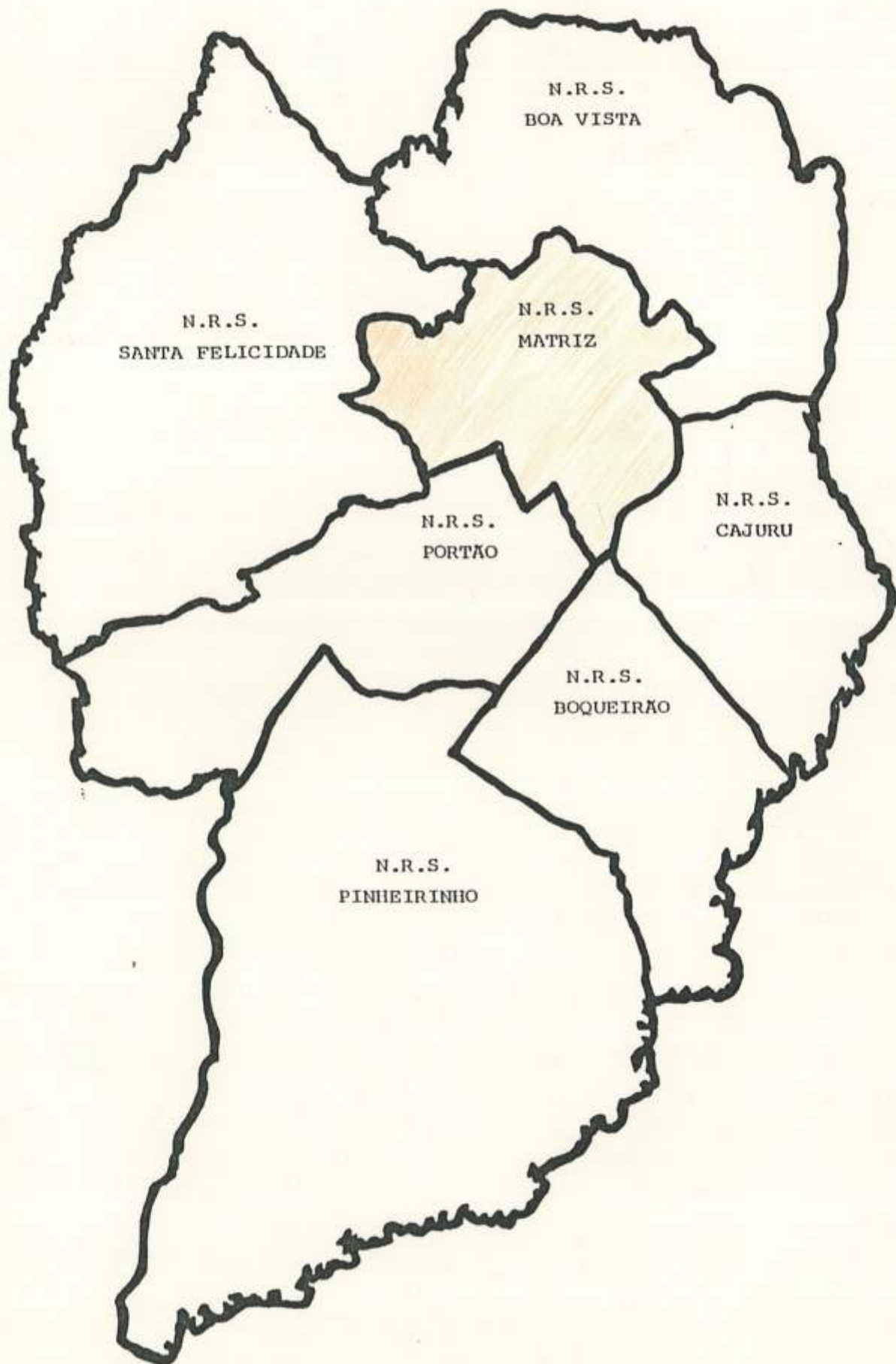
Art. 11º - Recebida a notificação, a autoridade sanitária é obrigada a proceder a investigação epidemiológica pertinente, para elucidação do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população sob o risco.

Parágrafo único - A autoridade poderá exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno visando à proteção da saúde pública.

Art. 12º - Em decorrência dos resultados, parciais ou finais, das investigações, dos inquéritos ou levantamentos epidemiológicos de que trata o artigo 11º e seu parágrafo único, a autoridade sanitária fica obrigada a adotar, prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença, na que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente.

Art. 13º - As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas pelas medidas referidas no artigo 12º, ficam sujeitas ao controle determinado pela autoridade sanitária.





N.R.S.
BOA VISTA

N.R.S.
SANTA FELICIDADE

N.R.S.
MATRIZ

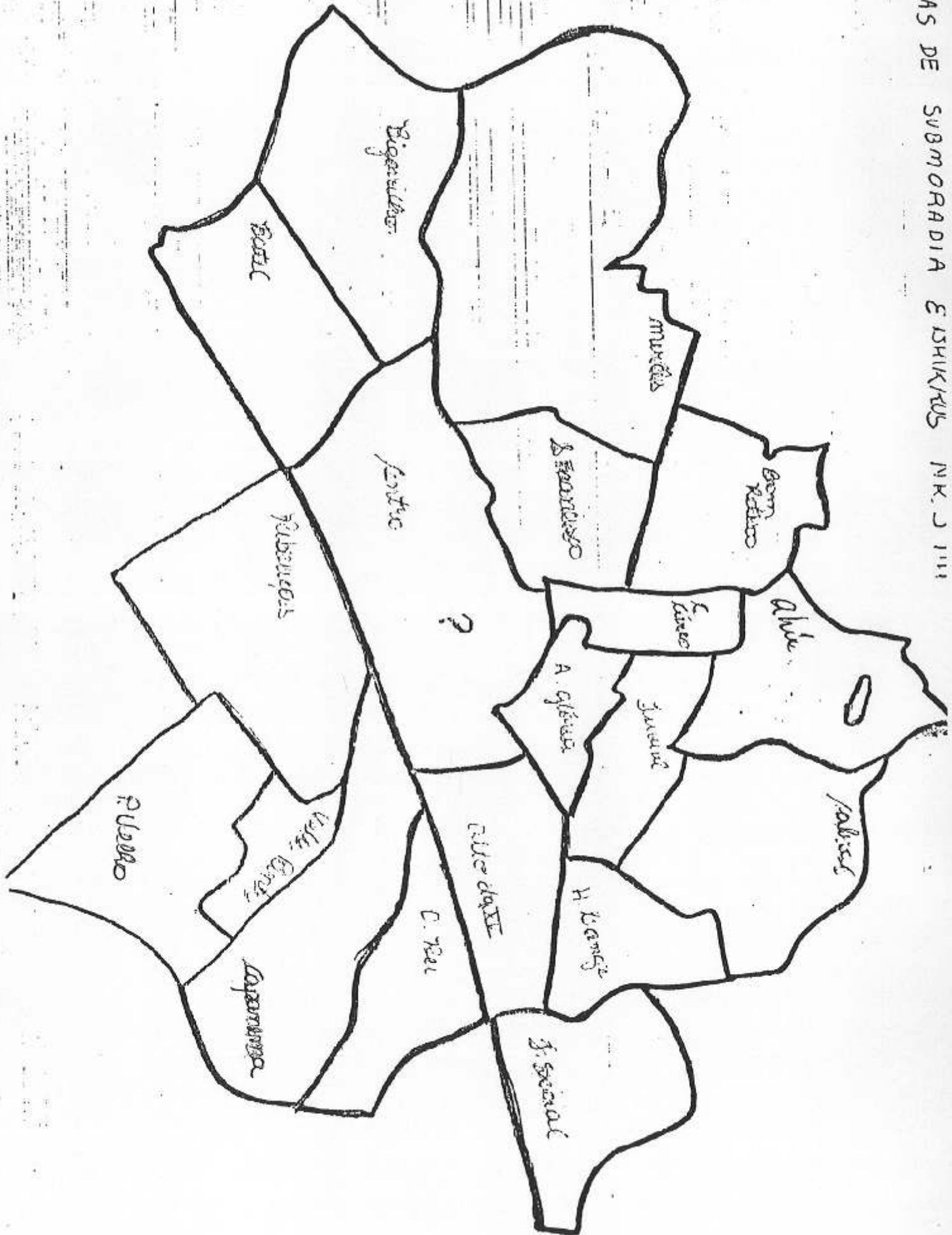
N.R.S.
PORTÃO

N.R.S.
CAJURU

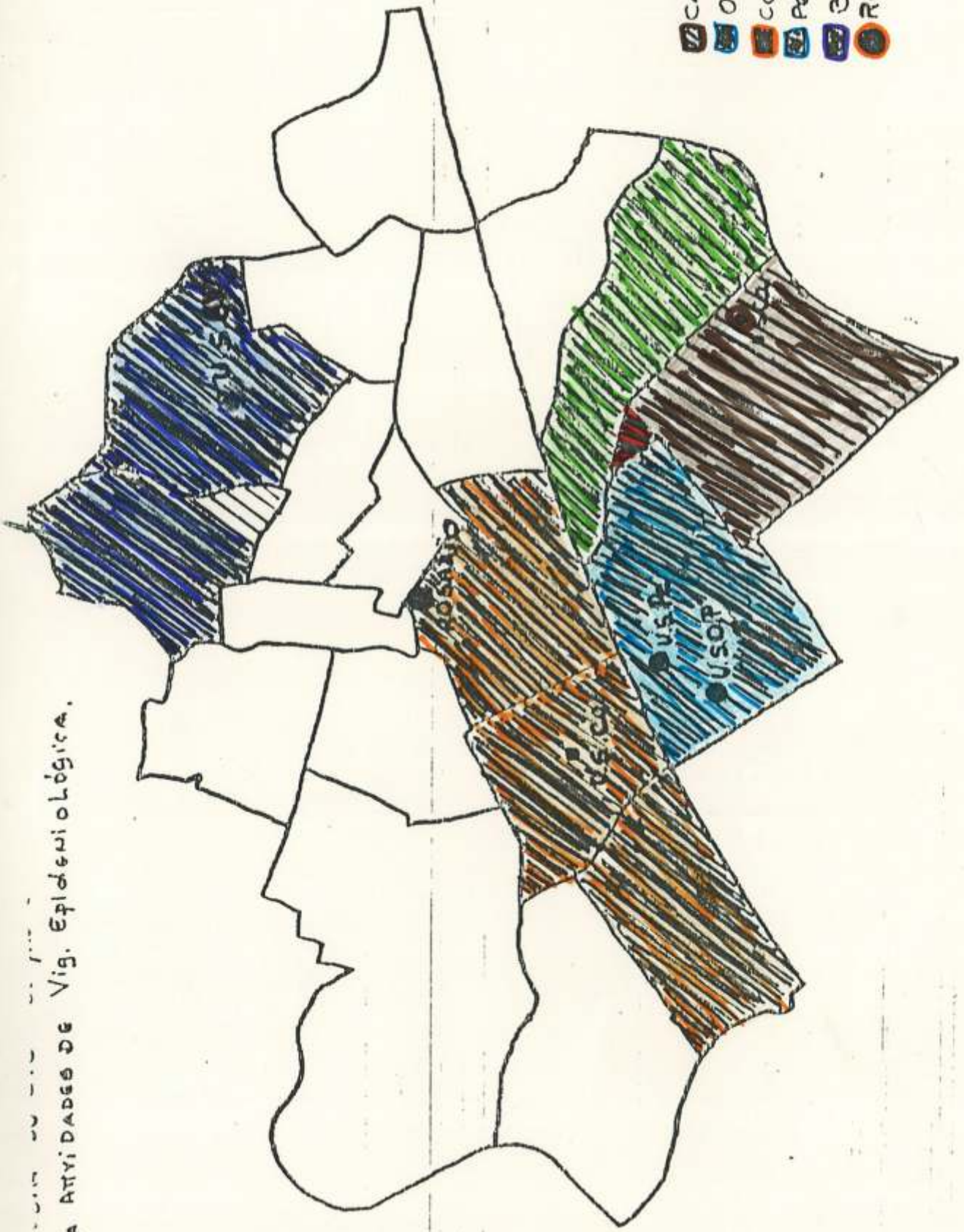
N.R.S.
BOQUEIRÃO

N.R.S.
PINHEIRINHO

AREAS DE SUBMORADIA E SHIKIKUS N.K. 2 1111

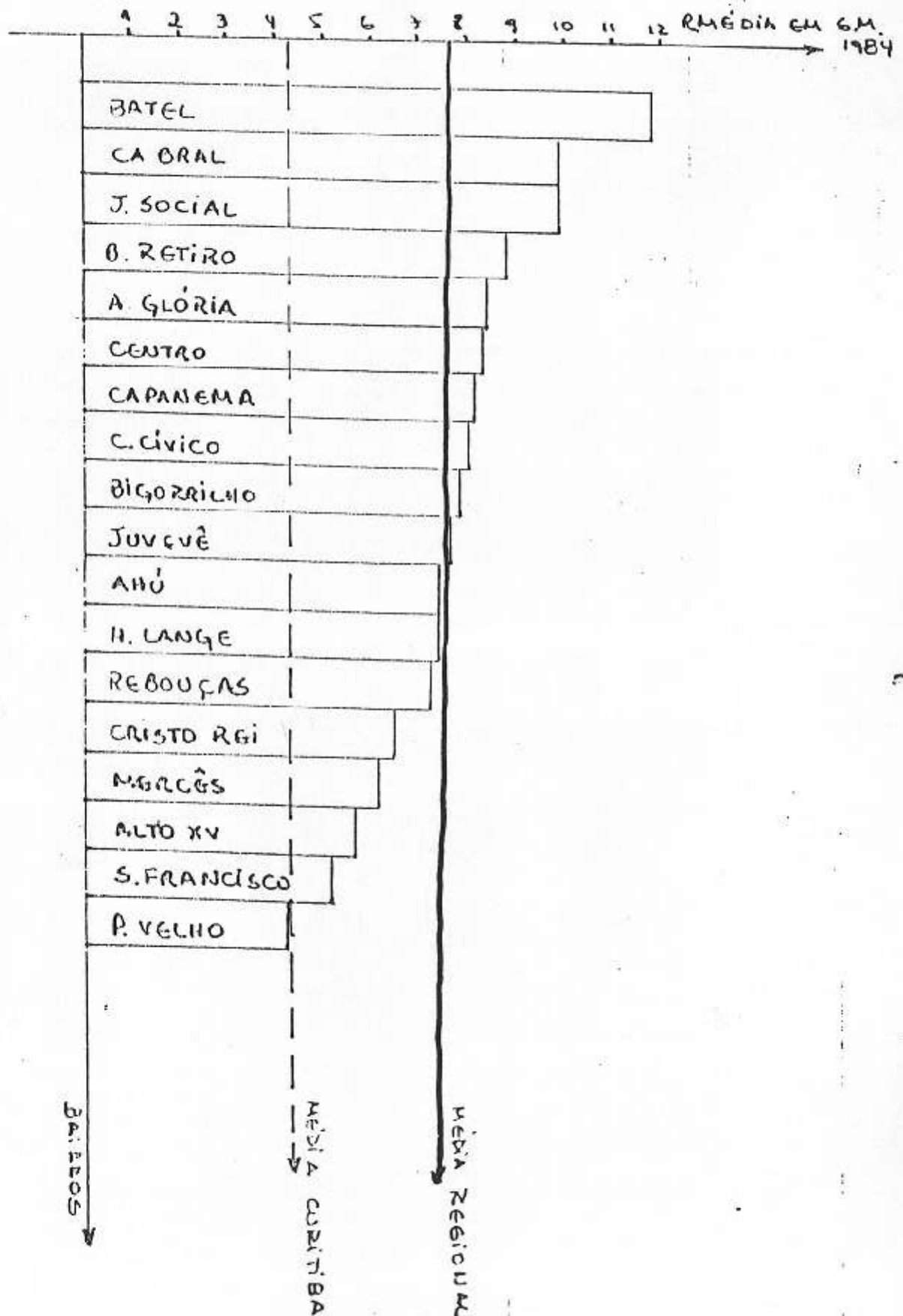


PARA ATIVIDADES DE Vig. Epidemiológica.



- CAPANGUA.
- O. BARDINHO.
- COMENDADOR.
- PE DIATRIA.
- BOA VISTA.
- ROSA EJO.

REnda MÉDIA, SEGUNDO BAIRROS, EM SALÁRIOS
MÍNIMOS 1984. NRS MATRIZ



PROBLEMAS RELACIONADOS À CONCEPÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA: Em Curitiba os problemas relacionados à concepção caracterizam-se por aborto, gravidez indesejada (incluindo na adolescência em larida), elevado índice de cesáreas - que contribuem a ocorrência de esterilização - e baixo pólar aquisitivo da população, dificultando acesso aos métodos contraceptivos. Retratando esta situação encontramos um coeficiente de mortalidade de morte materna em 1991 de 53,9/100.000, sendo que o parâmetro da OMS é de 10-20/100.000. Dados de 1986 apontam o Brasil como campeão mundial em cesáreas, com índice de 31,5%. Este coeficiente no Paraná é de 37,12%, quando a OMS preconiza um índice de até 15%. Ainda, em 1991 em Curitiba foram registrados 140.736 pacientes internados pelo SUS. Desdas, partos, cesáreas e complicações da gravidez representaram 23% dos internamentos, e cirurgias pós-aborto representaram 2,04%.

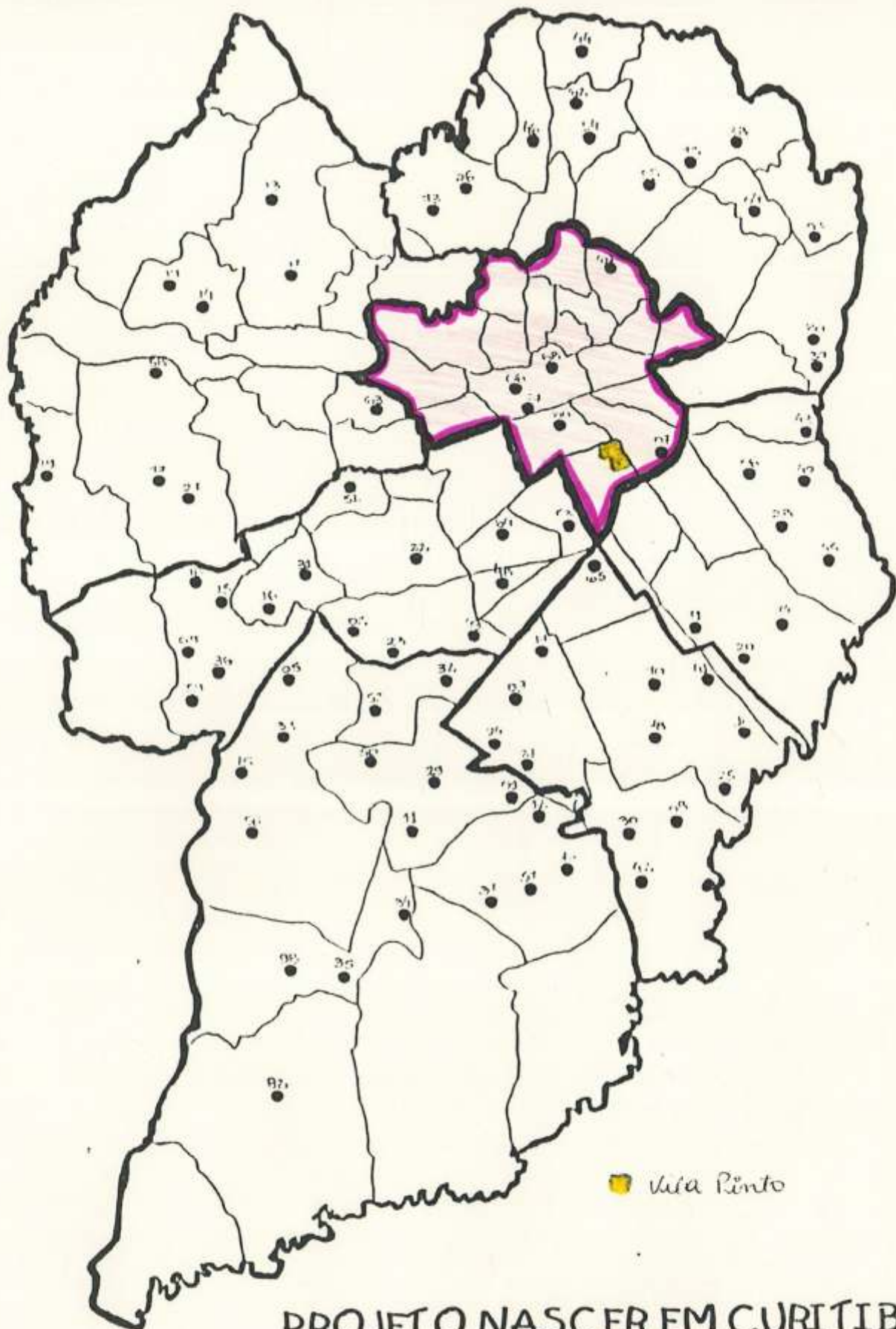
SAÚDE SOCIAL	VIGILÂNCIA À SAÚDE	ASSISTÊNCIA À SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar campanha de comunicação em massa na divulgação dos métodos contraceptivos, estímulo ao acompanhamento pré-natal, preventivos do câncer, riscos da gestação precoce ou a gestação tardia, DST e demais assuntos relacionados à saúde da mulher. * - Introduzir matéria de Educação em Saúde no currículo escolar a partir do 1º grau. - Ampliar acesso à preservativos negociando com empresas e locais de grande circulação de pessoas (bares, banheiros públicos, hotéis, etc.), para que sejam vendidos por preço acessível ou, até mesmo, fornecidos visando controlar DST/AIDS. - Promover intersetorialmente ações de ocupação e trabalho para a jovem mulher. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações de educação em saúde de forma participativa em todas atividades desenvolvidas, estimulando envolvimento igualitário de homens e mulheres nas ações de assistência à concepção, preventivos do câncer, DST, vaginitis e vulvovaginites. US - Estimular formação de grupos de mulheres, e de adolescentes para discussão e participação de ajuda mútua comunitária. US - Intensificar ações de saúde mental - Realizar estudo antropológico para aprofundar questões de comportamento sexual do jovem para dar direcionalidade nas ações de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, ação em planejamento familiar, etc. US - Desenvolver de forma continuada recursos humanos para tratar das questões de saúde da mulher e planejamento familiar. US 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer assistência integral à saúde da mulher, com assistência à concepção e à contracepção. US - Oferecer métodos contraceptivos legalizados para comunidades de risco biológico e social US - Oferecer controle clínico no uso dos métodos contraceptivos. - Fornecer preservativos a grupos de risco à DST/AIDS. US. - Realizar acompanhamento pré-natal, gravidez, parto e puerpério. US.

Carta de saneamiento de la NPS Matiz 89

- áreas descubiertas
- áreas de agua
- submeradía



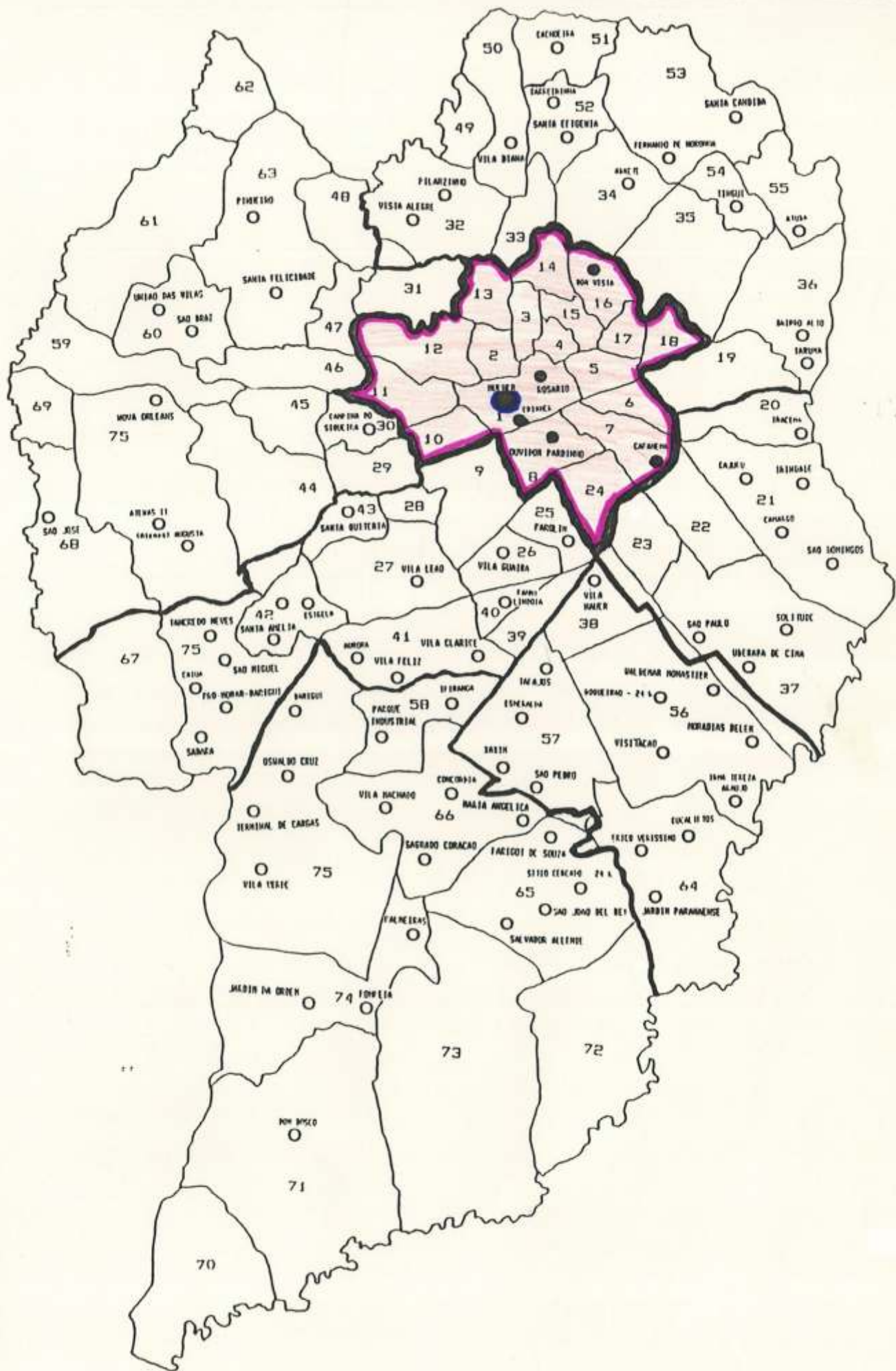
Condición de saneamiento básico N.P.S Matiz 1989



■ Vila Pinto

PROJETO NASCER EM CURITIBA/ VALE A VIDA.







PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

REGISTRO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

POSTO DE NOTIFICAÇÃO _____

SEMANA Nº _____

_____ FOLHA

MUNICÍPIO _____

RS Nº _____

TÉRMINO EM ____/____/____

DE _____ FOLHAS

OCORRENDO CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADO DE:

- MENINGITE MENINGOCÓCCICA
- MENINGOCOCCEMIA
- MENINGITE TUBERCULOSA
- MENINGITE VIRAL
- MENINGITE DE OUTRA ETIOLOGIA
- MENINGITE NÃO ESPECIFICADA
- PARALISIA FLÁCIDA AGUDA
- RAIVA HUMANA
- DIFTERIA

- FEBRE TIFÓIDE
- TETANO
- LEPTOSPIROSE
- OCORRÊNCIA TOXICOLÓGICA
- COQUELUÇHE
- SARAMPO
- HEPATITE VIRAL
- FEBRE REUMÁTICA
- DENGUE

- AIDS
- DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (SÍFILIS, GONORRÉIA, CÂNCER MCLC, LINFOGRANULOMA VENEREO, CONDILOMA ACUMINADO, HERPES GENITAL, URETRITES E VAGINITES NÃO GONOCÓCCICAS E DONOVANOSE)
- LEISHMANIOSE

- NEUROCISTICERCOSE
- INTOXICAÇÃO DE QUALQUER NATUREZA (INCLUSIVE ANIMAIS PEÇONHENTOS E PLANTAS)
- OUTRAS DOENÇAS DE INTERESSE EPIDEMIOLÓGICO

NOME	IDA- DE	DATA INÍCIO DOENÇA	DIAGNÓSTICO	DATA ÓBITO	ENDEREÇO/MUNICÍPIO

OBS.:

ATENÇÃO: CASOS SUSPEITOS DE VARIOLA, FEBRE AMARELA, PESTE E CÓLERA DEVEM SER NOTIFICADOS IMEDIATAMENTE

____/____/____
DATA

NOME DO RESPONSÁVEL

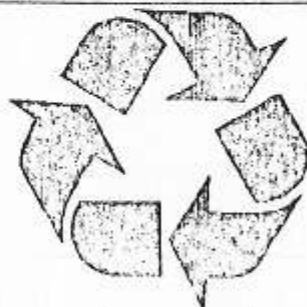
ASSINATURA

INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO

UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

EDIÇÃO 01

CURITIBA, SETEMBRO/94



◦ INTRODUÇÃO

Este boletim tem o objetivo de manter os funcionários da Unidade informados:

- das principais causas de doenças diagnosticadas no mês (morbidades);
- dos casos de doenças de notificação obrigatória atendidas na U.S.Mulher;
- dados de imunização.

Desta forma se pretende tornar a equipe ciente da situação da sua clientela, seja da área de abrangência ou não.

◦ DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

<u>Notificadas</u>	
Sexo masculino	2
Sexo feminino	4
Total	6
<u>Residência</u>	
Curitiba	4
Pinhais	2
<u>Doenças</u>	
Acidentes p/cão	2
Portador HIV	1
Teníase	1
Blenorragia	1
Sífilis	1

ATENÇÃO

Tem sido baixo o número de notificações, que não reflete a realidade do atendimento da Unidade, principalmente na área da DST. Analisando os dados do mês de setembro, para 242 diagnósticos de doenças infecciosas parasitárias, onde 36 foram monilíase e 19 sífilis, não ocorreu qualquer notificação.

Além disso, tem se verificado situações, em que "portadores de hepatite B" sob investigação estão tendo diagnóstico de hepatite. O código de portador é 20026/3.

NORMAS E PROCEDIMENTOS NO ATENDIMENTO DE

PACIENTES PORTADORES DE

DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS
ACIDENTADOS TOXICOLÓGICOS

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

1994