



ANAIIS 2017

IV Encontro Estadual de Vigilância em Saúde

**III Etapa de Monitoramento do Painel de Indicadores
Estratégicos de Vigilância em Saúde do Ceará.**

**II Mostra de Experiências Bem Sucedidas em Vigilância
em Saúde.**

**13 a 15 de dezembro de 2017.
Caponga, Ceará.**



IV ENCONTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**III ETAPA DE MONITORAMENTO DO PAINEL DE INDICADORES
ESTRATÉGICOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO CEARÁ**

**II MOSTRA DE EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS EM
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

13 A 15 DE DEZEMBRO DE 2017

FORTALEZA, CEARÁ - BRASIL

Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE
Centro de Investigação Científica – CENIC
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA
Coordenação de Promoção e Proteção à Saúde - COPROM

ANAIS

IV Encontro Estadual de Vigilância em Saúde
III Etapa de Monitoramento do Painel de Indicadores Estratégico de
Vigilância em Saúde do Estado do Ceará
II Mostra de Experiências Bem-Sucedidas em Vigilância em Saúde

Fortaleza – Ceará. 13 a 15 de dezembro de 2017

Fortaleza, 2017

Equipe de Elaboração dos Anais do IV Encontro Estadual De Vigilância Em Saúde

Maria Verônica Sales da Silva
Daniele Rocha Queiroz Lemos
Alice Maria Correia Pequeno Marinho
Juliana Vieira Sampaio

Ficha Catalográfica Elaborada por:
Maria Helena Carvalheda Farias e João Araújo Santiago Martins

E56a Encontro Estadual de Vigilância em Saúde –
 (4., 2017: Fortaleza, CE).

Anais do IV Encontro Estadual de Vigilância em Saúde / III Etapa de Monitoramento do Painel de Indicadores Estratégicos em Vigilância em Saúde do Ceará; II Mostra de Experiências Bem Sucedidas de Vigilância em Saúde / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / Escola de Saúde Pública do Ceará. – Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2017.

135 p.

Evento realizado de 13 a 15 de dezembro de 2017

ISBN: 978-85-88124-19-6

1. Vigilância em Saúde. 2. Vigilância Ambiental. 3. Vigilância Sanitária. 4. Vigilância Epidemiológica. I. Título.

CDD: 362.1068 20. ed.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ-BRASIL

Camilo Sobreira de Santana
Governador

Maria Izolda Cela de Arruda Coelho
Vice-Governadora

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Henrique Jorge Javi de Sousa
Secretário

Marcos Antônio Gadelha Maia
Secretário Adjunto

Lilian Alves Amorim Beltrão
Secretária Executiva

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

Salustiano Gomes de Pinho Pessoa
Superintendente

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Henrique Jorge Javi de Sousa
Secretário

Marcos Antônio Gadelha Maia
Secretário Adjunto

Lilian Alves Amorim Beltrão
Secretária Executiva

Maria de Fátima Nepomuceno Nogueira
Assessoria jurídica

Cristiane Guilherme Bonfim
Assessora de Comunicação e Informação

Ismael Sousa Maia
Coordenador COAFI

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior

Coordenador COPAS

Fernanda França Cabral
Coordenador COASF

Moacir Tavares Martins Filho
Coordenador CORES

Maria Áurea Pinheiro de Oliveira
Coordenador CGTES

Márcio Henrique de Oliveira Garcia
Coordenador COPROM

Ana Lúcia da Costa Mello
Presidente CESAU

COMITÊ ORGANIZADORA IV ENCONTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Presidente: Daniele Rocha Queiroz Lemos

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenação: Daniele Rocha Queiroz Lemos

Ana Rita Paulo Cardoso

Jocasta Nascimento Antonia Relma

Josielton de Freitas Castro

Sarah Mendes

COMISSÃO CIENTÍFICA

Coordenação: Daniele Rocha Queiroz Lemos e Maria Verônica Sales da Silva

Alice Maria Correia Pequeno Marinho

Ana Débora Assis Moura

Ana Rita Paulo Cardoso

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Fabíola Monteiro de Castro

Francivânia Brito de Matos

José Osmar Vasconcelos Filho

Juliana Vieira Sampaio

Lindélia Sobreira Coriolano

Marcos Vinícius De Barros Pinheiro

Maria Lourdes dos Santos

Maria Sônia Felício Magalhães

Marta Maria Caetano De Souza

Sâmara Gurgel Aguiar

Susyane Cortez Barcelos

Telma Alves Martins

Thaís Nogueira Facó De Paula Pessoa

Vivian da Silva Gomes

Coordenação: Daniele Rocha Queiroz Lemos

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO E IMPRENSA

Ana Rita Paulo Cardoso

Jocasta Nascimento Antonia Relma

Josielton de Freitas Castro

Sarah Mendes

COMISSÃO DE INFORMÁTICA

Coordenação: Irlene Alves Rodrigues

Rafael Moreira Assunção

COMISSÃO DE SECRETARIA:

Coordenação: Daniele Rocha Queiroz Lemos

Ana Rita Paulo Cardoso
Jocasta Nascimento Antonia Relma

Josielton de Freitas Castro
Sarah Mendes

COMISSÃO CULTURAL:

Coordenação: Daniele Rocha Queiroz Lemos

Ana Rita Paulo Cardoso
Jocasta Nascimento Antonia Relma

Josielton de Freitas Castro
Sarah Mendes

Capa: Deborah Araújo Muniz

Apresentação

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, representada pela Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde, em 2017 realizou o **IV Encontro Estadual de Vigilância em Saúde**; III Etapa de Monitoramento do Painel de Indicadores Estratégico de Vigilância em Saúde do Estado do Ceará e a II Mostra de Experiências Bem-Sucedidas em Vigilância em Saúde, no período de 13 a 15 de dezembro de 2017. Esses eventos divulgaram os serviços de saúde, em especial, a Vigilância em Saúde do estado do Ceará, que se destacaram no período de 2016 a 2017, com resultados alcançados, através de experiências bem sucedidas nos seguintes temas: 1) Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador; 2) Vigilância Epidemiológica; 3) Vigilância Sanitária; 4) Ações de Imunizações; 5) Controle de vetores de Zoonoses; 6) Informação e análise em Saúde; 7) Vigilância Laboratorial; 8) Verificação de óbitos importantes para a Saúde Pública; 9) Ferramentas para gestão, monitoramento e avaliação dos processos de Vigilância em Saúde.

A organização do encontro recebeu 47 trabalhos de registro de experiências bem-sucedidas, sendo um encontro competitivo entre os participantes, dos quais 9 foram selecionados para comunicação oral e 38 para apresentação em formato de pôster. Ao final, 3 experiências foram premiadas, entre as apresentadas oralmente, recebendo um tablete e 5 receberam Menção Honrosa em reconhecimento de seus méritos científicos. O objetivo foi estimular a produção de experiências bem-sucedidas para o diálogo científico das práticas profissionais da Vigilância em Saúde do Estado do Ceará. **OIV Encontro Estadual de Vigilância em Saúde** foi inovador, haja vista que os próprios participantes do evento escolherem as melhores experiências.

As experiências selecionadas para menção honrosa foram as seguintes: 1) Implantação da rede de atenção integral as crianças com infecção congênita associada a STORCH ao vírus Zika no município do Crato em 2017; 2) Óbito materno, infantil e fetal por causas evitáveis: uma realidade que exige mudanças na 8ª região de saúde de Quixadá; 3) Estratégias de gestão para integração das ações de vigilância em saúde e atenção primária na 8ª região de saúde de Quixadá; 4) Surto de Doença Meningocócica no município de Parambu, Ceará, maio de 2017; 5) Planejamento Integrado e Governança Regional na Vigilância e Controle das Arboviroses: a experiência da Região de Saúde de Icó. As experiências premiadas na apresentação oral foram as seguintes: 1) Avaliação da implantação do novo protocolo diagnóstico canino de Leishmaniose Visceral; 2) Itinerário terapêutico dos óbitos por neoplasia mamária em mulheres jovens residentes na 2ª região de saúde de Caucaia; 3) Qualidade da Água Para consumo Humano Em Estabelecimento de Ensino Fundamental da cidade Canindé Ceará.

Esta publicação reúne os resumos das experiências apresentadas no **IV Encontro Estadual de Vigilância em Saúde**, divulgando, os resultados do evento para os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde, em especial os do Estado do Ceará. As experiências demonstram o crescente aprimoramento dos serviços de vigilância em saúde, bem como as ações de prevenção e controle de doenças.

Atividades doIV Encontro Estadual De Vigilância Em Saúde

• PAINEL

O Painel refere-se à apresentação de um tema considerado atual e relevante que será apresentado e discutido por autoridades no assunto. Após apresentação será promovido um debate da Mesa com os participantes buscando esclarecimentos e novas diretrizes acerca da temática apresentada.

• WORKSHOP

O Workshop de trabalho se traduz em um espaço de produção coletiva de conhecimentos, na qual se busca também, o estabelecimento de novas relações de parcerias com as organizações e pessoas participantes. Desse modo, o workshop visa captar ideias, percepções, sentimentos e opiniões dos participantes sobre a questão que está sendo discutida, e finaliza com uma proposta de ação.

• CONFERÊNCIA

As conferências são espaços especialmente criados e organizados para congregar os diversos profissionais participantes do evento para tratar dos temas preconizados pela EXPOESP. Constituem-se em fóruns privilegiados para a apresentação de diversos temas, informações ou atualizações que geram ou ampliam conhecimento.

• MESA REDONDA

Envolve apresentação de pontos de vista ou análises diferentes ou mesmo divergentes sobre um mesmo tema, promovendo-se um debate entre os componentes da mesa e a audiência. Cada Mesa-Redonda pode ser composta por três ou quatro integrantes.

• MINICURSO

Os Cursos têm a importância de atualizar, qualificar as pessoas e difundir conhecimentos para melhorar a capacidade de atuação dos profissionais junto à população usuária do Sistema de Saúde.

PROGRAMAÇÃO

HORA	ATIVIDADE	LOCAL
DIA 13 DE DEZEMBRO		
8h00	Credenciamento	Auditório Dra. Dina Cortez
8h30	Abertura do Encontro	Auditório Dra. Dina Cortez
9h00min às 11h30min	<p>3ª Etapa de Monitoramento do Painel de Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9h00 – NUVIS • 9h20 – NUIAS • 9h40 –NUIMU • 10h00 –NUVAM • 10h20 – NUVET • 10h40 –NUVEP • 11h00 –Plenária 	Auditório Dra. Dina Cortez
11h30	<p>Apresentação do novo Painel de Indicadores Estratégicos de Vigilância em Saúde do Ceará- Daniele Rocha Queiroz Lemos - Coordenadora de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM</p>	Auditório Dra. Dina Cortez
13h30min	<p>Abertura da II Mostra de Experiências Bem Sucedidas de Vigilância em Saúde no CearáDr. Salustiano Gomes de Pinho Pessoa - Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará -ESP/Ce</p> <p>13h40min - PROMOÇÃO DA SAÚDE - Experiência do VAPT VUPT - Fernanda Costa Campos - Núcleo de Promoção à Saúde</p> <p>14h00min - Experiência da implantação do Painel como ferramenta de gestão para as ações de vigilância em saúde no Nível Regional - Benedita de Oliveira - Coordenadora da 3ª CRES - Maracanaú</p> <p>14h20min - SVO Móvel em Fortaleza - Dr Francisco José Ferreira Simão - Diretor do SVO</p>	Auditório Dra. Dina Cortez
15h00	<p>Mesa 1 - Moderador: Edenilo Baltazar Barreira Filho e Maria Dolores Fernandes Apresentação das exposiçõesorais</p>	Sala Dr. Manoel Dias da Fonseca
15h00	<p>Mesa 2 - Moderador: Sheila Maria Santiago Borges e Roberta de Paula Oliveira Apresentação das exposiçõesorais</p>	Auditório Dra. Dina Cortez
15h00	<p>Mesa 3 - Moderador: Ana Vilma Leite Braga e Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa Apresentação das exposiçõesorais</p>	Sala Dra. Cícera Borges

16h00min	<p>Lançamento dos Planos de Vigilância e Controle de doenças e agravos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano Estadual de Eliminação da Sífilis Congênita • Plano Estadual de Vigilância e Controle das Arboviroses <p>Plano Estadual de Vigilância e Controle de Epizootias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano Estadual de Vigilância e Controle da Tuberculose 	Auditório Dra. Dina Cortez
16h00min	<p>Lançamento dos Planos de Vigilância e Controle de doenças e agravos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guia de Vigilância da Melioidose • Plano de Gerenciamento de Resíduos Imunobiológicos • Análise de Risco de Introdução de Doenças Imunopreveníveis • Guia de Resposta Rápida em Emergências em Saúde Pública 	Sala Dr. Manoel Dias da Fonseca
17h30min	Apresentação do Pôster	Espaço aberto
19h30min	Conferência com Dr. Henrique Javi	Auditório Dra. Dina Cortez
DIA 14 DE DEZEMBRO		
8h00 -12h00	<p>Workshop com apresentação dos avanços e desafios da Vigilância em Saúde – COPROM</p> <p>Núcleo de Vigilância Epidemiológica</p> <p>Núcleo de Informação e Análise em Saúde</p> <p>Núcleo de Imunização</p> <p>Laboratório Central de Saúde Pública</p> <p>Serviço de Verificação de Óbitos</p> <p>Núcleo Vigilância Ambiental</p> <p>Núcleo de Vigilância Sanitária</p> <p>Núcleo de Controle de Vetores</p>	Auditório Dra. Dina Cortez
13h00	Mini curso- Como elaborar um boletim de vigilância em saúde? - Ana Rita Paulo Cardoso - Assessora Técnica da COPROM	Auditório Dra. Dina Cortez (35 Pessoas)
13h00	Mini curso- Os 10 passos da Investigação de Surto - Marcos Vinícius de Barros Pinheiro Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)- Faculdade de Medicina e Secretária de Saúde de Maricá – RJ	Sala Dra. Cícera Borges (34 pessoas)

13h00	Reunião da Câmara Técnica de Vigilância Ambiental e Sanitária - Edenilo Baltazar Barreira Filho e Maria Dolores Duarte Fernandes	Sala Dr. Manoel Dias da Fonseca (31 pessoas)
13h00	Mini curso - Oficina de Implementação de vigilância do Óbito - Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa - Supervisora do Núcleo de Informação e Análise em Saúde - NUIAS/COPROM/SESA	Academia (26 pessoas)
17h00min	<p>Capacitação e educação permanente como estratégia de fortalecimento da Vigilância em Saúde - Daniele Rocha Queiroz Lemos - Coordenadora de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM</p> <p>17h10 Avaliação da execução do Plano de Capacitação COPROM/ESP - Ligia Lucena – Coordenadora da Cevig</p> <p>17h30 Programa de Formação de Epidemiologistas de Campo. Experiência do EPISUS Fundamental no Brasil - Marcos Vinícius de Barros Pinheiro - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/Faculdade de Medicina e Secretaria de Saúde de Maricá/RJ</p> <p>17h50 Plano de Capacitação 2018 - Daniele Rocha Queiroz Lemos - Coordenadora de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM</p>	Auditório Dra. Dina Cortez
20h30min	PREMIAÇÃO DA MOSTRA	Restaurante “Delicias da Caponga”
DIA 15 DE DEZEMBRO		
	<p>Apresentação dos avanços e desafios das regionais de saúde</p> <p>1ª e 22ª CRES - Fortaleza/Cascavel - 8h 2ª CRES - Caucaia - 8h30min</p> <p>3ª CRES - Maracanaú - 8h45min 4ª CRES - Baturité - 9h</p> <p>5ª CRES - Canindé - 9h15min 6ª CRES - Itapipoca - 9h30min 7ª CRES - Aracati - 9h45min 8ª CRES - Quixadá - 10h</p> <p>9ª CRES - Russa - 10h15min</p> <p>10ª CRES - Limoeiro do Norte- 10h30min 11ª CRES - Sobral - 10h45min</p> <p>12ª CRES - Acaraú - 11h</p> <p>13ª CRES - Tianguá - 11h15min 14ª CRES - Tauá -</p>	Auditório Dra. Dina

8h00 às 13h30min	11h30min 15ª CRES - Crateús - 11h45min 16ª CRES - Camocim - 12h 17ª CRES - Icó - 12h15min 18ª CRES - Iguatu - 12h30min 19ª CRES - Brejo Santo - 12h45min 20ª CRES - Crato - 13h 21ª CRES - Juazeiro do Norte - 13h15min	Cortez
------------------	---	--------

PROGRAMAÇÃO

HORA	ATIVIDADE	LOCAL
DIA 13 DE DEZEMBRO		
8h00	Credenciamento	Auditório Dra. Dina Cortez
8h30	Abertura do Encontro	Auditório Dra. Dina Cortez
9h00min às 11h30min	3ª Etapa de Monitoramento do Painel de Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • 9h00 – NUVIS • 9h20 – NUIAS • 9h40 –NUIMU • 10h00 –NUVAM • 10h20 – NUVET • 10h40 –NUVEP • 11h00 –Plenária 	Auditório Dra. Dina Cortez
11h30	Apresentação do novo Painel de Indicadores Estratégicos de Vigilância em Saúde do Ceará- Daniele Rocha Queiroz Lemos - Coordenadora de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM	Auditório Dra. Dina Cortez
13h30min	Abertura da II Mostra de Experiências Bem Sucedidas de Vigilância em Saúde no CearáDr. Salustiano Gomes de Pinho Pessoa - Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará -ESP/Ce 13h40min - PROMOÇÃO DA SAÚDE - Experiência do VAPT VUPT - Fernanda Costa Campos - Núcleo de Promoção à Saúde 14h00min - Experiência da implantação do Painel como ferramenta de gestão para as ações de vigilância em saúde no Nível Regional - Benedita de Oliveira - Coordenadora da 3ª CRES - Maracanaú 14h20min - SVO Móvel em Fortaleza - Dr Francisco José Ferreira Simão - Diretor do SVO	Auditório Dra. Dina Cortez
15h00	Mesa 1 - Moderador: Edenilo Baltazar Barreira Filho e Maria Dolores Fernandes Apresentação das exposiçõesorais	Sala Dr. Manoel Dias da Fonseca
15h00	Mesa 2 - Moderador: Sheila Maria Santiago Borges e Roberta de Paula Oliveira Apresentação das exposiçõesorais	Auditório Dra. Dina Cortez
15h00	Mesa 3 - Moderador: Ana Vilma Leite Braga e Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa Apresentação das exposiçõesorais	Sala Dra. Cícera Borges

16h00min	<p>Lançamento dos Planos de Vigilância e Controle de doenças e agravos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano Estadual de Eliminação da Sífilis Congênita • Plano Estadual de Vigilância e Controle das Arboviroses <p>Plano Estadual de Vigilância e Controle de Epizootias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano Estadual de Vigilância e Controle da Tuberculose 	Auditório Dra. Dina Cortez
16h00min	<p>Lançamento dos Planos de Vigilância e Controle de doenças e agravos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guia de Vigilância da Melioidose • Plano de Gerenciamento de Resíduos Imunobiológicos • Análise de Risco de Introdução de Doenças Imunopreveníveis • Guia de Resposta Rápida em Emergências em Saúde Pública 	Sala Dr. Manoel Dias da Fonseca
17h30min	Apresentação do Pôster	Espaço aberto
19h30min	Conferência com Dr. Henrique Javi	Auditório Dra. Dina Cortez
DIA 14 DE DEZEMBRO		
8h00 -12h00	<p>Workshop com apresentação dos avanços e desafios da Vigilância em Saúde – COPROM</p> <p>Núcleo de Vigilância Epidemiológica</p> <p>Núcleo de Informação e Análise em Saúde</p> <p>Núcleo de Imunização</p> <p>Laboratório Central de Saúde Pública</p> <p>Serviço de Verificação de Óbitos</p> <p>Núcleo Vigilância Ambiental</p> <p>Núcleo de Vigilância Sanitária</p> <p>Núcleo de Controle de Vetores</p>	Auditório Dra. Dina Cortez
13h00	Mini curso - Como elaborar um boletim de vigilância em saúde? - Ana Rita Paulo Cardoso - Assessora Técnica da COPROM	Auditório Dra. Dina Cortez (35 Pessoas)
13h00	Mini curso - Os 10 passos da Investigação de Surto - Marcos Vinícius de Barros Pinheiro Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)- Faculdade de Medicina e Secretária de Saúde de Maricá – RJ	Sala Dra. Cícera Borges (34 pessoas)

13h00	Reunião da Câmara Técnica de Vigilância Ambiental e Sanitária - Edenilo Baltazar Barreira Filho e Maria Dolores Duarte Fernandes	Sala Dr. Manoel Dias da Fonseca (31 pessoas)
13h00	Mini curso - Oficina de Implementação de vigilância do Óbito - Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa - Supervisora do Núcleo de Informação e Análise em Saúde - NUIAS/COPROM/SESA	Academia (26 pessoas)
17h00min	<p>Capacitação e educação permanente como estratégia de fortalecimento da Vigilância em Saúde - Daniele Rocha Queiroz Lemos - Coordenadora de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM</p> <p>17h10 Avaliação da execução do Plano de Capacitação COPROM/ESP - Ligia Lucena – Coordenadora da Cevig</p> <p>17h30 Programa de Formação de Epidemiologistas de Campo. Experiência do EPISUS Fundamental no Brasil - Marcos Vinícius de Barros Pinheiro - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/Faculdade de Medicina e Secretaria de Saúde de Maricá/RJ</p> <p>17h50 Plano de Capacitação 2018 - Daniele Rocha Queiroz Lemos - Coordenadora de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM</p>	Auditório Dra. Dina Cortez
20h30min	PREMIAÇÃO DA MOSTRA	Restaurante “Delicias da Caponga”
DIA 15 DE DEZEMBRO		
	<p>Apresentação dos avanços e desafios das regionais de saúde</p> <p>1ª e 22ª CRES - Fortaleza/Cascavel - 8h 2ª CRES - Caucaia - 8h30min</p> <p>3ª CRES - Maracanaú - 8h45min 4ª CRES - Baturité - 9h</p> <p>5ª CRES - Canindé - 9h15min 6ª CRES - Itapipoca - 9h30min 7ª CRES - Aracati - 9h45min 8ª CRES - Quixadá - 10h</p> <p>9ª CRES - Russa - 10h15min</p> <p>10ª CRES - Limoeiro do Norte- 10h30min 11ª CRES - Sobral - 10h45min</p> <p>12ª CRES - Acaraú - 11h</p> <p>13ª CRES - Tianguá - 11h15min 14ª CRES - Tauá -</p>	Auditório Dra. Dina

8h00 às 13h30min	11h30min 15ª CRES - Crateús - 11h45min 16ª CRES - Camocim - 12h 17ª CRES - Icó - 12h15min 18ª CRES - Iguatu - 12h30min 19ª CRES - Brejo Santo - 12h45min 20ª CRES - Crato - 13h 21ª CRES - Juazeiro do Norte - 13h15min	Cortez
------------------	---	--------

EIXOS TEMÁTICOS

1. Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador;
2. Vigilância Epidemiológica;
3. Vigilância Sanitária;
4. Ações de Imunizações;
5. Controle de vetores de Zoonoses;
6. Informação e análise em Saúde;
7. Verificação de óbitos importantes para a Saúde Pública;
8. Ferramentas para gestão, monitoramento e avaliação dos processos de Vigilância em Saúde.

SUMÁRIO

Apresentação oral

1. Vigilância ambiental e saúde do trabalhador.....	20
1.1 Relato de experiência bem-sucedida no Cerest-CE entre 2016 e 2017.....	20
2. Vigilância epidemiológica.....	23
2.1 Ações da vigilância em saúde na busca precoce dos casos de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, através dos testes rápidos.....	23
2.2 Implantação da vigilância sentinela e implementação da vigilância universal da melioidose no estado do Ceará, Brasil.....	25
2.3 Novos casos de melioidose no Ceará em 2017: investigação de dois casos na mesma família.....	28
2.4 Raiva animal no município de russas, Ceará, 2017: uma investigação de epizootia em bovinos.....	32
2.5 Itinerário terapêutico dos óbitos por neoplasia mamária em mulheres jovens residentes na 2ª região de saúde de Caucaia.....	35
3. Vigilância sanitária.....	38
3.1 Qualidade da água para consumo humano em estabelecimento de ensino fundamental da cidade Canindé Ceará.....	38
4. Controle de vetores de zoonoses.....	41
4.1 Avaliação da implantação do novo protocolo diagnóstico canino de leishmaniose visceral.	41
5. Ferramentas para gestão, monitoramento e avaliação dos processos de vigilância em saúde.	

.....	44
5.1 Fortalecimento da câmara técnica de vigilância para o alcance das metas de saúde pactuadas na 18ª CRES de Iguatu.....	44

Pôster

6. Vigilância ambiental e saúde do trabalhador.....	47
6.1 Qualidade da água para consumo humano nos estabelecimentos de ensino fundamental no município de Canindé Ceara.....	47
7. Vigilância epidemiológica.....	49
7.1 Análise das fichas de investigação de Aids em crianças menores de cinco anos e gestante HIV+ no Ceará, 2015 e 2016.....	49
7.2 Análise do Perfil Epidemiológico dos Pacientes de Tuberculose na Região de Saúde de Russas e os Programas de Transferência de Renda do Governo.....	51
7.3 Análise Situacional da Dengue nos Municípios da 20ª Região de Saúde do Crato/CE de 2015 até a semana Epidemiológica 39 de 2017.....	53
7.4 A vigilância da raiva animal integrada a adequada profilaxia anti rábica humana na 6ª Cres	55
7.5 Fortalecimento da vigilância dos óbitos através da reestruturação do Comitê Regional de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal.....	57
7.6 Implantação da rede de atenção integral às crianças com infecção congênita associada a STORCH ao vírus Zika no município do Crato em 2017.....	59
7.7 Incentivo Todos Contra o Mosquito: cenário atual das Arboviroses nos 24 Municípios da Região Norte do Ceará que compõem a 11ª CRES/SOBRAL em 2017.....	61
7.8 Surto de Doença Meningocócica no município de Parambu, Ceará, maio de 2017.....	63
8. Vigilância sanitária.....	65
8.1 Capacitação das merendeiras da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde em Boas Práticas de Fabricação de Alimentos.....	65
8.2 Fomento à Instauração de Processo Administrativo Sanitário através da Educação Permanente	69
8.3 Fortalecimento das ações de Vigilância Sanitária na Região de Saúde de Juazeiro do Norte	70
8.4 Gerenciamento dos resíduos de saúde em um hospital localizado na cidade de Sobral –Ceará	72
8.5 Pesquisa de helmintos do gênero clinostomum sp. em peixes na bacia do rio salgado em Icó – Ce.....	74
9. Ações de imunizações.....	76
9.1 Monitoramento dos indicadores de imunização na região de saúde de Acaraú.....	76

9.2 Planejamento e organização do fluxo do soro antiostróptico na Macrorregião do Cariri: garantindo o atendimento no interior do Ceará	78
9.3 Vacinação nos Núcleos de Saúde dos VaptVupt: uma experiência voltada no âmbito da promoção da saúde em Fortaleza, Ceará	82
10. Controle de vetores de zoonoses.....	84
10.1 Análise de tratamento profilático antirrábico humano na 15ª CRES - Crateús, anos de 2013 a 2016.....	84
10.2 Enfretamento das Arboviroses: A experiência da Implantação dos Comitês Intersectorial nos Municípios da 18ª CRES.....	86
10.3 Identificação de Potenciais Vetores da Febre Maculosa Brasileira.....	88
10.4 Implantação das Brigadas e ovitrampas como estratégia de acompanhamento e eliminação de focos do Aedes aegypti na 13ª região de saúde.....	90
10.5 Monitoramento das brigadas de combate ao Aedes.....	92
10.6 Monitoramento do Incentivo "Todos Contra o Mosquito".....	94
10.7 Racionalização do uso de larvicida no controle das arboviroses nos municípios da 2ª região de saúde de Caucaia.....	95
10.8 Raiva silvestre: Monitoramento como prática de prevenção na região da Ibiapaba.....	97
10.9 Implantação da unidade de vigilância em zoonoses nos municípios da 2ª região de saúde de Caucaia.....	99
11. Informação e análise em saúde.....	101
11.1 Medicação de Alto Custo Para Portadores de Esquizofrenia: Estudo Sobre Pacientes dos Municípios da Região Norte Atendidos na 11ª CRES em 2016.....	101
11.2 Tecendo redes de vigilância epidemiológica: uma experiência de capacitação nos equipamentos regionais da 7ª Região de Saúde.....	103
12. Verificação de óbitos importantes para a saúde pública.....	105
12.1 Chikungunya: um desafio à vigilância do óbito.....	105
12.2 Óbito materno, infantil e fetal por causas evitáveis: uma realidade que exige mudanças na 8ª região de saúde de Quixadá.....	107
13. Ferramentas para gestão, monitoramento e avaliação dos processos de vigilância em saúde	109
13.1 A importância da Câmara técnica da Vigilância à Saúde no monitoramento dos Indicadores de Saúde.....	109
13.2 Análise Regional e Estratégias no combate as Arboviroses nos Comitês Municipais na região de Baturité.....	111
13.3 Desafios vivenciados pelo enfermeiro no acolhimento de um hospital secundário de Fortaleza	113

13.4 Estratégias de gestão para integração das ações de vigilância em saúde e atenção primária na 8ª região de saúde de Quixadá.....	115
13.5 Instrumento de acompanhamento da execução das ações municipais para o controle das arboviroses como ferramenta de monitoramento.....	117
13.6 Monitoramento, análise e avaliação dos indicadores de vigilância da 03ª Região de Saúde de Maracanaú: ferramenta de gestão da Câmara Técnica.....	119
13.7 Monitoramento Dos Parâmetros Do Incentivo "Todos Contra O Mosquito" Nos Municípios Da 12ª CRES – ACARAÚ.....	121
13.8 Planejamento Integrado e Governança Regional na Vigilância e Controle das Arboviroses: a experiência da Região de Saúde de Icó.....	123

APRESENTAÇÃO ORAL

1. VIGILÂNCIA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

1.1 RELATO DE EXPERIÊNCIA BEM-SUCEDIDA NO CEREST-CE ENTRE 2016 E 2017

Maria de Fátima Duarte Bezerra

INTRODUÇÃO: A Portaria n.º 1.823/2012 institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) e tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância. Além disso, a Portaria n.º 1.378/2013, que Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelece que a Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde em ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo a vigilância da Saúde do Trabalhador (ST), que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos por meio das ações desenvolvidas na programação anual em saúde do trabalhador do Centro Estadual de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CEREST-CE). **OBJETIVOS:** Vigilância da Situação de Saúde dos Trabalhadores; Inspeção Sanitária em ST, nos ambientes e processos de trabalho; Registro e monitoramento do número de registros de notificações de Acidentes e Agravos em Saúde do Trabalhador no SINANNET; Apoio matricial nos diversos pontos da Vigilância em Saúde; Recebimento de denúncias/reclamações. **DESCRIÇÃO DA**

EXPERIÊNCIA: A Vigilância da Situação de Saúde dos Trabalhadores (VISAT) visa a articular com os setores responsáveis a sua inserção nas demais Vigilâncias em saúde da COPROM/SESA (Sanitária, Ambiental, Vetores e Epidemiológica), NUAAT/COPAS, CEREST Regionais, Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador e Setores da Intersetorialidade, como o TRT7, PRT, SRTE e Sindicatos. Nos ambientes e processos de trabalho, a Inspeção Sanitária em ST realiza ações de vigilância, com ênfase nas Inspeções Sanitárias em Saúde do Trabalhador por meio de demandas eletivas e emergenciais nos diversos setores produtivos, público e privado (Serviços, Saúde, Transporte, Construção Civil, Trabalho Informal). Houve Reuniões de Planejamento, Ações de Inspeção Sanitária em Ambientes de Trabalho e Avaliação das Ações de Inspeção realizadas, com a articulação das três vigilâncias de Saúde do Trabalhador, Sanitária e Meio Ambiente, como as ações desenvolvidas no viaduto em construção dos cruzamentos das avenidas Raul Barbosa com Murilo Borges, Companhia Siderúrgica do Pecém – CSP, postos de revenda de combustível, empresa de equipamentos e instalações para o processamento de cereais e seus derivados, entorno da Praça da Lagoinha entre outros processos e ambientes de trabalho, e empresa no ramo de confecções e lingerie, na cidade de Amontada, atendendo à solicitação da Procuradoria Regional de Sobral. O registro e o monitoramento do número de notificações de Acidentes e Agravos em Saúde do Trabalhador no SINANNET são realizados por meio de busca ativa de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT em sindicatos e no INSS para registro de notificação no SINANNET e promoção da ampliação do número de registros de notificações de Acidentes e Agravos em Saúde do Trabalhador no SINANNET nos 184 municípios cearenses. O apoio matricial nos diversos pontos da Vigilância em Saúde é realizado em visitas técnicas de avaliação e monitoramento nos diversos pontos da Vigilância em saúde, especialmente, nos CEREST Regionais e nas Unidades Sentinelas em Saúde do Trabalhador Pactuadas em CIB. O recebimento de denúncias/reclamações visa a acolher e a encaminhar demandas do movimento sindical e popular, sociedade civil e população em geral para realização e encaminhamento de ações de promoção, prevenção e vigilância em ST de instituições como a Ouvidoria/SRU(MOVA-SE), Procuradoria Regional do Trabalho da 7ª Região – PRT. Movimento sindical: (MOVA-SE), SINTEST, SINTECT, FETRACE; SINTEPAV; CUT; Sindicato dos Trabalhadores na indústria da Construção Civil; SINTRO; SINDCOMERCIÁRIOS; ASSEPUMA. O CEREST CE sempre recebeu e encaminhou denúncias e/ou reclamações de demandas em Saúde do Trabalhador para ações de vigilância – Inspeções de Ambientes e Processos de

Trabalho e atividades educativas para os trabalhadores/categorias profissionais e população em geral, com orientações para prevenção das doenças e acidentes de trabalho. Agindo de forma articulada intra e intersetorialmente, a Unidade ainda investe na formação continuada de seus técnicos para uma intervenção qualificada nas ações de vigilância em saúde. Em ação de vigilância epidemiológica, o CEREST-CE participou no Porto do Mucuripe da Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho Portuário com a Palestra sobre Prevenção de Dengue, Zika e Chikungunya, com distribuição de material educativo, além de ações de Educação Permanente promovidas pelo CEREST-CE, como a promoção e realização do Curso de Repasse de Protocolos de Atenção Integral à saúde dos trabalhadores nos agravos de notificação universal e compulsória em rede sentinela: Introdutório Dermatose; PAIR; Intoxicação Exógena/Toxicologia Ocupacional; LER/DORT; e transtorno mental relacionado ao trabalho. **RESULTADOS:** Dentre os principais resultados encontrados, destacamos: realização de Inspeções Sanitárias em Ambientes de Trabalho com as Vigilâncias de Saúde do Trabalhador, Sanitária e Meio Ambiente, elencados por demandas eletivas e emergenciais do movimento sindical e popular, sociedade civil e população em geral, finalizando com a elaboração de relatórios técnicos e recomendações; visitas técnicas de avaliação e monitoramento como apoio matricial nos CEREST Regionais e Unidades Sentinelas pactuadas em Saúde do Trabalhador; ações de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador para gestores e profissionais do SUS, com ênfase na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **CONCLUSÃO:** O CEREST-CE teve a iniciativa de implantar uma política de Vigilância em Saúde do Trabalhador, primando pela capacitação da Rede e com ações de inspeções sanitárias em ambientes e processos de trabalho, funcionando como articulador de outros setores envolvidos (vigilâncias estaduais e municipais, CEREST Regionais e entidades demandantes). **RECOMENDAÇÃO:** É importante que, conforme suas legislações, a Saúde do Trabalhador possa acontecer de forma articulada em suas interfaces com as demais vigilâncias em saúde (ambiental, epidemiológica, sanitária e de vetores), e que as ações de saúde do trabalhador aconteçam de forma planejada com a participação de todos os atores envolvidos, além das Inspeções Sanitárias de Ambientes e Processos de Trabalho de forma articulada, fazendo parte do PPA e PAS, com o estabelecimento de metas e indicadores.

2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

2.1 AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA BUSCA PRECOCE DOS CASOS DE HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C POR MEIO DOS TESTES RÁPIDOS

Luciana Barreto Araújo; Anna Florença Araújo Pinho

INTRODUÇÃO: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no mundo, consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Desde 2005, por meio da Atenção Básica, o SUS vem utilizando os testes rápidos para o diagnóstico das IST, possibilitando o atendimento à crescente demanda, e, conseqüentemente, o acesso da população ao serviço de saúde (BRASIL, 2015). Com o objetivo de qualificar e ampliar o acesso da população ao diagnóstico do HIV e à detecção da Sífilis, no sentido da redução de sua transmissão vertical, os gestores da Região de Saúde de Icó decidiram implantar a realização dos testes rápidos em todas as Unidades Básicas de Saúde. **OBJETIVO:** Descrever as ações da Vigilância em Saúde voltadas para o diagnóstico precoce de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C por meio dos testes rápidos, nos anos de 2016 e 2017. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A implantação dos testes rápidos na região de Icó ocorreu em dezembro de 2015, por meio da capacitação de profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica. Foi formado um grupo de multiplicadores capacitados pelo Ministério da Saúde e, após essa formação, foram planejadas as qualificações dos executores. O Ministério da Saúde habilitou os coordenadores das CRES acerca da utilização do Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB), que tem como objetivos: melhorar a capacidade de resposta da área de logística do Ministério da Saúde; ampliar a capacidade de planejamento das aquisições dos kits; aprimorar a qualidade das informações geradas no controle dos kits; otimizar o fluxo das atividades desenvolvidas no processo logístico; e controlar o estoque mensal dos kits disponíveis na rede de serviços. Baseada nesses objetivos, a Coordenadoria da Vigilância Epidemiológica capacitou e descentralizou o sistema para os municípios. A descentralização dos testes foi aceita como estratégia, visando ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e triagem de Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, à facilitação do acesso pela população e à qualificação das ações voltadas para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno desses agravos. Os testes são fornecidos por meio da

Regional de Saúde pelo SISLOGLAB, que dispensa e acompanha o consumo por meio dos kits ofertados, dos testes realizados e dos casos reagentes. Na rotina da Unidade de Saúde, realizam-se palestras educativas, triagem e sensibilização da população vulnerável aos testes rápidos. Após realização desses testes, são feitas orientações, encaminhamentos para tratamento, realização de exames complementares, conduta terapêutica no caso de Sífilis, busca ativa de parceiros e notificação dos resultados reagentes, em tempo oportuno, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). São utilizadas campanhas com divulgação em rádios, carros de som, panfletos e palestras em escolas, com o intuito de agregar o teste àquela população que não procura a Unidade de Saúde rotineiramente. Periodicamente, realizam-se oficinas de capacitação pela Regional de Saúde aos coordenadores da Atenção Básica e coordenadores da Vigilância Epidemiológica para discussão das necessidades de ampliação da busca ativa de casos, buscando melhorar o sistema e evitar a subnotificação dos agravos. Nas reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR) são pactuadas ações e estratégias voltadas para o público vulnerável e sugestões nas ações de prevenção. São apresentados dados epidemiológicos dos municípios da região com a proposta de mostrar a importância dos testes ofertados e a identificação precoce de novos casos. **RESULTADOS:** A descentralização dos testes trouxe para a região alguns resultados, como a consolidação de conceitos e estratégias necessárias para a melhoria do serviço ofertado na Rede de Atenção Básica, o diagnóstico rápido para gestantes e população vulnerável, e a reorganização das práticas no interior dos serviços. No final de 2015, foram recebidos cerca de 360 kits entre Sífilis, HIV 1 e HIV 2. Já em 2016, foram recebidos 870 kits entre Sífilis, HIV 1 e HIV 2, hepatite B e C. Os testes rápidos foram ofertados em todas as Unidades de Saúde dos oito municípios. Nesse período, detectaram-se resultados reagentes para Sífilis em um total de 19 pessoas, sete reagentes para HIV 1, e um para HIV 2. Nesse mesmo período, foram notificadas no SINAN 13 pessoas para Sífilis, uma notificação para HIV 1, e quatro pessoas para Hepatites Virais. Em 2017, foram detectados resultados reagentes para Sífilis em um total de 30 pessoas: para HIV 1, 05 reagentes; para HIV 2, 02 reagentes; Hepatite B, 06 pessoas; e Hepatite C, 05 reagentes. Já no SINAN, foram notificadas 33 pessoas para Sífilis: HIV, 01 notificação; e Hepatites Virais, 05 notificações. **CONCLUSÃO:** Analisando os dados expostos, compreende-se a importância da realização dos testes rápidos que facilitam a notificação do Sistema de Agravos de Notificação e o tratamento em tempo hábil. Observou-se o aumento progressivo dos casos detectados por meio dos testes

rápidos anualmente, e, conseqüentemente, a notificação desses agravos no SINAN. Percebeu-se a valorização do serviço ofertado e aceitação da testagem pelos usuários do SUS, que vem aumentando gradativamente. **RECOMENDAÇÃO:** O emprego dos testes rápidos nas Unidades de Saúde apresenta vantagens: na otimização do serviço, na acessibilidade e resposta imediata, evitando a espera dos exames laboratoriais para o tratamento das pessoas sob cuidados; no monitoramento dos tratados e oferta periódica em pessoas com vulnerabilidade aumentada; na notificação oportuna dos casos após a confirmação diagnóstica; e no acompanhamento dos casos encontrados.

2.2 IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA SENTINELA E IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA UNIVERSAL DA MELIOIDOSE NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL

Kellyn Kessiene de Sousa Cavalcante; Daniele Rocha Queiroz Lemos; Sheila Maria Santiago Borges; Maria Iracema de Aguiar Patrício

INTRODUÇÃO: Melioidose é uma doença infecciosa, cujo agente etiológico é a bactéria *Burkholderia pseudomallei*, altamente patogênica, sendo o solo e a água seus principais habitats. A infecção ocorre por inalação de poeira ou gotículas de água, ingestão de água contaminada ou contato com o solo contaminado. Pneumonia é a manifestação clínica mais comum. A doença é endêmica em, pelo menos, 45 países. O maior número de casos de Melioidose é relatado na Tailândia, Malásia, Cingapura e Norte da Austrália. Mundialmente, estima-se que no ano de 2015 tenham ocorrido 165 mil casos, com taxa de incidência de cinco para 100 mil habitantes nas áreas de risco e 89 mil óbitos. No Brasil, os primeiros registros de Melioidose ocorreram em 2003, na zona rural do município de Tejuçuoca, Ceará, quando um surto ocorreu com quatro crianças irmãs, em que três evoluíram para óbito em consequência de sepse e pneumonia grave. De acordo com a Portaria n.º 1.786, de outubro de 2005, a Melioidose é uma doença de notificação e investigação compulsórias no Ceará, devendo todo caso suspeito ser notificado de modo imediato às autoridades sanitárias. Entretanto, a vigilância da Melioidose no Estado ainda precisa de aporte para que consiga captar mais casos suspeitos e confirmados. Com componente ambiental importante, doença é um problema desafiador para a saúde pública, pois possui alta taxa de letalidade e se manifesta de forma semelhante a muitas outras doenças infecciosas, o que dificulta seu diagnóstico. Estudos epidemiológicos e ambientais são necessários para determinar a origem do problema. **OBJETIVOS:** Construir um sistema de vigilância epidemiológica da Melioidose, baseado na estratégia de vigilância sentinela e laboratorial, por meio da padronização de técnicas e protocolos a nível estadual, tendo início a partir de janeiro de 2017. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Em 2016, foram avaliadas e selecionadas cinco Unidades de Saúde nas três Macrorregiões de saúde do Ceará para compor a rede sentinela de vigilância da Melioidose no Estado: Hospital Regional Norte e Santa Casa de Misericórdia de Sobral, na Macrorregião de Sobral; Hospital Regional do Cariri e Hospital e Maternidade São Vicente de Paula, na Macrorregião Sul; e o Hospital São José de Doenças Infecciosas, na

Macrorregião de Fortaleza. Para isso, todos os Diretores Gerais assinaram a "Carta de intenção de participação no projeto piloto de implantação da vigilância sentinela da Melioidose no Ceará". Dentre as ações executadas, no período de janeiro a agosto de 2017, destacam-se: Elaboração de Nota Técnica (em janeiro e em maio de 2017), que foi divulgada aos profissionais de saúde e de laboratório das Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES, municípios e unidades hospitalares; modificação e atualização da ficha de notificação e investigação da Melioidose; capacitação realizada de forma presencial para as unidades sentinelas e via Web-Palestra, realizada no dia 05 de junho de 2017 para médicos infectologistas/clínicos, farmacêuticos dos laboratórios e técnicos da vigilância epidemiológica das CRES e das unidades sentinelas, abordando assuntos como aspectos gerais, situação epidemiológica, ações de vigilância e controle, diagnóstico e tratamento da Melioidose; elaboração de relatórios técnicos referentes aos casos confirmados investigados *in loco*, contendo a descrição dos casos em tempo, lugar e pessoa, e investigação de possíveis casos novos (expostos); visita técnica *in loco* realizada no Hospital Santa Casa de Misericórdia e no Hospital Regional Norte de Sobral para monitoramento e avaliação das atividades; elaboração dos Manuais de Procedimentos Operacionais Padrões - POP das vigilâncias sentinela e laboratorial; elaboração do Guia de Vigilância da Melioidose contendo fluxogramas e ficha de notificação como anexos; elaboração de boletim epidemiológico, porém ainda sob conclusão da revisão para consequente divulgação no site da SESA; inclusão da ficha de notificação da Melioidose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, como agravo de interesse estadual; criação de uma máscara do EPI Info para alimentação dos dados epidemiológicos recebidos; e solicitação da produção de um sistema de informação *on-line* para registro de informações concernentes à investigação epidemiológica dos casos confirmados da doença, os quais não podem estar incluídos na ficha de notificação do SINAN. Os participantes do Projeto foram profissionais representantes da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), em parceria com o CDC de Atlanta. Como principal limitação do estudo, não foi possível conseguir o resgate das notificações manuais anteriores ao ano de 2017, devido à ausência de informações da vigilância da Melioidose em Sistema de Informação. **RESULTADOS:** No estado do Ceará, entre março de 2003 e junho de 2017, foram confirmados 29 casos em 17 municípios, o que representa 91% dos casos de Melioidose do Brasil, destacando-se os municípios de Tejuçuoca, Ipu e Granja, com 4 casos cada. Os anos com maior número de casos foram 2003 (04), 2011 (05) e 2014 (04), sem notificação da doença em 2006 e 2007. Os últimos registros da doença

são de 2017, no município de Granja (Ceará), sendo um caso confirmado laboratorialmente, e o outro por critério clínico epidemiológico. **CONCLUSÃO:** Foi implantado o Sistema de Vigilância Sentinela e implementado o Sistema de Vigilância Epidemiológica Universal da Melioidose no Ceará. Embora os profissionais da saúde das Unidades Sentinelas da Macrorregião de Sobral tenham sido os mais sensíveis na detecção dos casos, percebeu-se que as notificações de casos de Melioidose ainda precisam ser melhoradas quanto à quantidade. **RECOMENDAÇÕES:** Aos profissionais da saúde do Estado: detectar precocemente a ocorrência da doença e divulgar orientações à população, principalmente em municípios que já confirmaram casos da doença; coletar amostras para exame microbiológico e encaminhar para o Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará para diagnóstico laboratorial; iniciar tratamento específico com antibióticos o mais precocemente possível para reduzir a elevada letalidade da doença; e identificar contatos expostos que não adoeceram para melhor esclarecimento epidemiológico do agravo.

2.3 NOVOS CASOS DE MELIOIDOSE NO CEARÁ EM 2017: INVESTIGAÇÃO DE DOIS CASOS NA MESMA FAMÍLIA

Kellyn Kessiene de Sousa Cavalcante; Sheila Maria Santiago Borges; Tatiana Cisne Souza; Aline Albuquerque Barros Holanda

INTRODUÇÃO: Melioidose é uma doença infecciosa, cujo agente etiológico é a bactéria *Burkholderia pseudomallei*, altamente patogênica, sendo seus principais habitats o solo e a água. A infecção ocorre por inalação de poeira ou gotículas de água, ingestão de água contaminada ou contato com o solo contaminado. Pneumonia é a manifestação clínica mais comum. As pessoas podem adquirir a infecção durante as atividades ocupacionais ou de lazer, por meio de exposição ambiental. O diagnóstico é laboratorial e realizado por meio de cultura microbiológica obtida de sangue, escarro urina, secreções de feridas ou abscessos, liquor, lavado brônquico ou outros espécimes clínicos disponíveis. Entretanto, é necessário o envio da cepa isolada ao Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen, para confirmação diagnóstica por Reação em Cadeia Polimerase – PCR. É uma doença endêmica em pelo menos 45 países. No Brasil, os primeiros registros ocorreram em 2003, no município de Tejuçuoca, Ceará. Entre março de 2003 e junho de 2017, foram confirmados 29 casos em 17 municípios. De acordo com a Portaria n.º 1.786, de outubro de 2005, a Melioidose é uma doença de notificação e investigação compulsórias no Ceará. A doença possui alta taxa de letalidade e exige o diagnóstico precoce e início de tratamento imediato. Diante de seu comportamento endêmico e de sua importância como um problema de saúde pública emergente, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA alerta os profissionais para a vigilância contínua e detecção precoce de casos, que podem garantir maiores níveis de evolução para cura. **OBJETIVOS:** Descrever os casos de Melioidose ocorridos no distrito de Timonha do município de Granja–CE, no ano de 2017, e propor recomendações de prevenção e controle. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Os últimos dois casos de 2017 foram notificados, via telefone, ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS, da Secretaria da Saúde do Ceará – SESA, no final de mês de abril. Realizou-se, então, uma descrição desses casos, baseando-se em um formulário semiestruturado com questões da ficha de notificação estadual da Melioidose, em maio de 2017. A investigação epidemiológica foi baseada em dados coletados de prontuários médicos nos hospitais de atendimento, e a

busca ativa de expostos foi realizada em um raio de 300 metros dos casos confirmados, no distrito de Timonha do município de Granja, localizado a 332 km de Fortaleza, com uma população estimada em 54.146 habitantes. Foram realizadas as seguintes ações: assessoria e cooperação técnica à CRES – Camocim e município de Granja para notificação e investigação dos casos; divulgação da nota técnica e ficha de notificação da Melioidose aos profissionais de saúde; análise de prontuários médicos junto aos hospitais de atendimento dos casos; e busca ativa de novos casos no distrito e treinamento sobre a vigilância da Melioidose aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS. Considera-se caso confirmado de Melioidose toda pessoa com história epidemiológica de exposição a solo e/ou águas em qualquer região do Ceará, seja ocupacional ou recreativa, recente ou não, que apresenta doença febril aguda acompanhada de sintomas sugestivos de pneumonia e sepse comunitárias graves, pneumonias comunitárias comuns e infecções supurativas crônicas que não respondem à terapia antimicrobiana convencional, além de quadro clínico sugestivo de tuberculose que não responde ao tratamento tuberculostático, com isolamento da bactéria *B. pseudomallei* por cultura microbiológica e confirmação por PCR. A equipe que auxiliou na investigação *in loco* foi composta por técnicos do Núcleo de Vigilância Epidemiológica/SESA – CIEVS, além da Vigilância Epidemiológica e Mobilização Social da Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal da Saúde de Camocim–CE. Dentre as limitações detectadas, destacam-se: ausência da coleta de dados de hospitalização nos boletins de atendimento das Unidades de Saúde do município, sendo essas informações obtidas no momento do inquérito epidemiológico; e dificuldade no resgate das notificações realizadas nos anos anteriores a 2017.

RESULTADOS: Os últimos registros da doença são de 2017, no município de Granja–CE, sendo um caso confirmado laboratorialmente, e o outro por critério clínico epidemiológico, ambos da mesma família. O primeiro caso foi um homem de 100 anos de idade, agricultor. O início dos sintomas (pneumonia, choque séptico e disfunção respiratória) foi no dia 03/01, com resultado laboratorial positivo para *B. pseudomallei*. Além disso, apresentou história de exposição a banho de cachoeira, localizada no mesmo distrito, e de chuva nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas. Evoluiu para óbito no dia 16/01. O segundo caso foi uma criança de três anos de idade, estudante, sobrinha-neta do primeiro caso. O início dos sintomas (tosse, febre e vômito) foi no dia 23/04, com hemocultura negativa para *B. pseudomallei*, história de exposição a banho de cachoeira no dia 13/04, mas não se expôs à chuva nos 30 dias antes do início dos sintomas. Evoluiu para cura, com alta hospitalar em 19/05. Ao ser realizada busca ativa de novos casos no distrito de Timonha,

por meio do inquérito epidemiológico de 171 contatos investigados, têm-se os seguintes resultados: a mediana da idade dos contatos foi de 36 anos, sendo 90 (52,6%) do sexo masculino e 81 (47,4%) do sexo feminino. Dentre as ocupações, 48 (28,1%) são agricultores, e 123 (71,9%) possuem outras profissões não relacionadas à exposição de água ou solo. Apenas 3 (1,8%) apresentaram sinais e sintomas sugestivos de doenças respiratórias, porém nenhum se enquadrava na definição de caso suspeito de Melioidose. Dentre os sintomas, houve predomínio de tosse (5; 2,9%) e dor torácica (3; 1,8%). Febre, dispneia e perda de peso aconteceram em 2 (1,2%) pessoas e lesões cutâneas e náusea/vômito em apenas uma pessoa (0,6%), respectivamente. Todos esses sintomáticos evoluíram para a cura. Dentre os investigados, 39 (22,8%) pessoas tiveram fonte de exposição ocupacional e apenas nove (5,3%), fonte de exposição de lazer, especificamente a Cachoeira dos Macacos, localizada no distrito de Timonha, também frequentada dias antes do aparecimento dos primeiros sintomas dos dois casos confirmados de 2017. Em relação às doenças preexistentes como fatores de risco, 24 (14,0%) pessoas relataram hipertensão arterial, apenas 3 (1,8%) relataram insuficiência renal, e nenhuma diabetes, nem doença pulmonar crônica. **CONCLUSÃO:** O evento caracterizou-se como um agregado de casos de Melioidose, sendo um confirmado laboratorialmente, que evoluiu para óbito, e o outro, por critério clínico epidemiológico. Dentre os contatos investigados (embora tenham sintomas respiratórios, de acordo com a definição de caso), não foram encontrados novos casos suspeitos de Melioidose, sendo a Cachoeira dos Macacos, no distrito de Timonha, o local com maior suspeita de exposição à *B. pseudomallei*. **RECOMENDAÇÕES:** à população, utilizar equipamento de proteção individual se houver exposição ambiental direto com a água ou o solo e procurar a Unidade de Saúde mais próxima caso apresente sintomas sugestivos de Melioidose; aos profissionais da saúde do município de Granja, articulação com os ACS para detecção de novos casos, sensibilização dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a vigilância da Melioidose, detecção precoce dos casos e tratamento específico oportuno, busca retrospectiva de óbitos dos últimos anos no Sistema de Informação sobre Mortalidade e nos hospitais da região, e ações de educação em saúde e mobilização social junto à população.

2.4 RAIVA ANIMAL NO MUNICÍPIO DE RUSSAS–CEEM 2017: UMA INVESTIGAÇÃO DE EPIZOOTIA EM BOVINOS KELLYN

Kessiene de Sousa Cavalcante; Luciana Sávia Masullo Vieira; Sheila Maria Santiago Borges; Marta Maria Caetano de Souza; Gisela Maria Matos Serejo

INTRODUÇÃO: A raiva é uma zoonose transmitida ao homem pela inoculação do vírus rábico contido na saliva do animal infectado, principalmente, pela mordedura. Essa doença ocorre em quase todos os continentes, com exceção da Oceania. No Brasil, a raiva é endêmica, em grau diferenciado, de acordo com a região geopolítica. De 1980 a julho de 2012, foram registrados 1.457 casos de raiva humana no Brasil, sendo 54,1% no Nordeste, 19,2% no Norte, 16,7% no Sudeste, 9,7% no Centro-Oeste e 0,3% no Sul. A raiva bovina é transmitida por morcegos hematófagos, que também atuam como reservatórios do vírus, sendo mais conhecida a espécie *Desmodus rotundus*. Em 1966, foi instituído o Plano de Combate à Raiva dos Herbívoros, que atualmente é denominado Programa Nacional de Controle da Raiva dos Herbívoros (PNCRH), executado pelo Departamento de Saúde Animal (DSA), do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). O PNCRH estabelece suas ações visando ao efetivo controle da raiva dos herbívoros por meio da vacinação estratégica de espécies susceptíveis e do controle populacional do principal transmissor, *D. rotundus*, associados a outras medidas profiláticas. Na vigilância da raiva, os dados epidemiológicos são essenciais para os profissionais de saúde, para que seja tomada a decisão de profilaxia de pós-exposição em tempo oportuno, e para os veterinários, que devem adotar medidas de bloqueio de foco e controle animal. Considerando-se a prática da vigilância epidemiológica como um dos subsídios importantes para o controle da raiva no estado do Ceará, com este estudo, objetivou-se descrever a epizootia por raiva em bovinos e realizar busca ativa de novos casos de raiva em animais e/ou em humanos no município de Russas–CE, no ano de 2017. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Realizou-se um estudo transversal, com descrição de casos por meio de inquérito epidemiológico aos funcionários e respectivos familiares, além dos criadores de animais da Fazenda Açude das Melancias (origem dos casos de raiva em bovinos) e localidades fronteiras (São Pedro, Sítio Piauí e Assentamento Mundo Novo), pertencentes ao município de Russas–CE, no período de 15 a 18 de agosto de 2017. O formulário utilizado foi baseado nas informações da ficha de notificação/investigação da raiva humana, do Sistema de Informação de Agravos de

Notificação (SINAN). Define-se caso suspeito de raiva humana todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico. Já o confirmado consiste em todo caso suspeito em que tenha confirmação para raiva por meio de uma das técnicas laboratoriais (soroneutralização, imunofluorescência direta, prova biológica, ou reação de cadeia de polimerase – PCR). Caso suspeito de raiva animal é todo animal doente que apresenta quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes epidemiológicos, e o confirmado consiste em todo animal com quadro clínico compatível de encefalite rábica associado epidemiologicamente a um caso laboratorial, sempre evoluindo ao óbito. A equipe de investigação foi composta por técnicos do Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS), do Núcleo de Vigilância Ambiental (NUVAM) e do Núcleo de Vetores (NUVET) da Secretaria da Saúde do Estado, e por técnicos da Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) e Secretaria Municipal da Saúde de Russas. Quanto às ações executadas, concomitantemente à busca ativa, foram feitas: orientações sobre raiva, além das medidas de prevenção e controle frente à ocorrência de agressões por animais; identificação de funcionários expostos à saliva ou secreções dos animais suspeitos para realização de profilaxia antirrábica humana pós-exposição; controle populacional de morcegos *Desmodus rotundus*, utilizando-se pasta vampiricida; georreferenciamento de todos os abrigos de morcegos para medir a distância cartográfica com a Fazenda (20 Km); investigação sobre a existência de outras espécies animais com sintomatologia de raiva; recomendação quanto à vacinação antirrábica nos herbívoros; início da vacinação de bloqueio de cães e gatos em todas as localidades visitadas; e reunião com técnicos de endemias de 8 (oito) municípios que compõem a CRES de Russas, abordando-se os assuntos raiva e morcegos hematófagos. **RESULTADOS:** No dia 10/08, uma profissional da CRES de Russas informou à SESA sobre os óbitos de 9 (nove) animais da espécie bovina pertencentes à Fazenda Açude das Melancias, com quadros clínicos suspeitos de raiva que se iniciaram em 24 de junho de 2017, sendo um confirmado laboratorialmente. No dia 15/08, deslocou-se uma equipe do CIEVS e do NUVAM para investigação epidemiológica nas localidades de Russas, em que os casos animais foram notificados, e para ações de controle da população de quirópteros em um raio de 20 Km. No período de 15 a 18 de setembro, foram investigados 80 funcionários e respectivos familiares, além dos criadores de animais da Fazenda e localidades fronteiras (São Pedro, Sítio Piauí e Assentamento Mundo Novo). A mediana da idade dos investigados foi de 34 anos, variando de 17 a 74 anos, sendo 70 (87,5%) do sexo masculino. A maioria dos

investigados reside na localidade Fazenda Açude das Melancias (66; 82,5%), sendo 26 (32,5%) pertencentes à categoria de ocupação: vaqueiro. Dentre os investigados, 35 (43,8%) relataram não ter tido nenhuma exposição aos bovinos doentes/ mortos, e 45 (56,2%) tiveram exposição direta (contato com saliva ou secreções) aos bovinos doentes, sendo que 25 (31,2) aconteceram no mês de julho, e 20 (25,0%) no mês de agosto de 2017. Apenas 7 (sete) já haviam iniciado o tratamento antirrábico humano de pós-exposição. Em relação à última campanha de vacinação antirrábica animal realizada, em 2016, no município, foram vacinados 9.247 cães (83,4%). Os animais da espécie bovina não eram vacinados contra a raiva há cinco anos, aproximadamente. Algumas limitações foram detectadas no estudo: difícil acesso às localidades da zona rural e resistência inicial de informações por parte da administração da Fazenda Açude das Melancias.

CONCLUSÃO: Os casos descritos configuram-se como uma epizootia por raiva em bovinos, devido às seguintes observações: morte de 39 animais da espécie bovina apresentando sintomatologia característica de raiva; resultado laboratorial positivo para a doença em um dos animais mortos; ausência de vacinação antirrábica nos bovinos da Fazenda; e presença de uma alta quantidade de morcegos hematófagos no entorno. Não foram identificados casos de raiva humana em Russas. Diante da gravidade apresentada e da existência de circulação do vírus rábico, para evitar casos humanos de raiva no município, necessita-se um controle efetivo da raiva por meio da intensificação da campanha de vacinação animal, do monitoramento das profilaxias antirrábicas humanas de pré e pós-exposição, e do controle de morcegos hematófagos.

RECOMENDAÇÕES: Aos assessores técnicos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Russas, monitorar semestralmente.

2.5 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA MAMÁRIA EM MULHERES JOVENS RESIDENTES NA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DE CAUCAIA

Kedimam Celis Barros Bastos; Izaildo Tavares Luna; Juliana Benício Muniz; André Schimidt da Silva Oliveira; Marina Barros Franca; Francisca Verônica Moraes de Oliveira

INTRODUÇÃO: Na Região de Saúde de Caucaia (cerca de 607 mil habitantes), os dez municípios organizam a atenção ao Controle de Câncer de Mama à Policlínica Regional Dr. José Correia Sales, em Caucaia, responsável pelo atendimento especializado ambulatorial da população da região de saúde. A Região de Saúde de Caucaia–CE apresentou 189 óbitos por câncer de mama entre os anos de 2010 e 2016. O maior número de óbitos ocorreu no ano de 2015, com 34 casos. Dentre os casos: 8 (23,5%) óbitos estão na faixa etária abaixo de 50 anos; 16 óbitos (47,1%) na faixa etária entre 50 e 69 anos; e 10 óbitos (29,4%) com idade acima de 70 anos. No Estado do Ceará, a taxa bruta de câncer da mama (46,30%) é maior que no Nordeste (38,74%), permanecendo a capital Fortaleza (61,55%) com resultado sem diferença significativa das demais capitais (61,97%). De acordo com os dados encontrados, pode-se observar que a nível nacional os tipos de câncer mais incidentes no ano de 2014 foram o de próstata, no sexo masculino, e o de mama, no sexo feminino. O rastreamento por mamografia é preconizado para mulheres entre 50 e 69 anos e realizado a cada dois anos. Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica, em caso de resultado alterado do exame clínico (INCA, 2014). A pesquisa aborda os 27 óbitos por câncer de mama em mulheres jovens (abaixo de 50 anos) no período de 2015 até junho de 2017, pois as fichas de investigação de MIF poderiam conter informações sobre a descoberta da doença e o período entre o diagnóstico e início do tratamento. Dos 27 casos de câncer de mama abaixo de 50 anos, 19 casos eram residentes em Caucaia, 3 (três) em Pentecoste, 2 (dois) óbitos em Itapajé e 3 (três) em Paraipaba. O câncer em mulheres jovens apresenta tumor mais agressivo e associado ao pior prognóstico, com menor sobrevivência e maior taxa de recidiva local regional (LINERYS LEÓN Y COL, 2012). A 2ª Região de Saúde de Caucaia tem oferta de quatro mamógrafos e é suficiente para cobertura de mamografias de rastreamento na região. As linhas de cuidado ao câncer de mama definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio. A linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico

dos usuários na rede e não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita (BRASIL, 2013d). A Lei n.º 12.732/12 (em vigor desde 23/05/2013) estabeleceu que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve ser iniciado no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico ou em prazo menor, conforme necessidade terapêutica do caso, registrada no prontuário do paciente. Torna-se relevante o presente estudo que objetiva descrever o itinerário terapêutico dos casos de óbitos por neoplasia mamária em mulheres jovens residentes na 2ª Região de Saúde de Caucaia–CE, de 2015 a 2017, na esperança de subsidiar novas discussões e construir estratégias eficazes para minimizar o sofrimento dos doentes e famílias. **OBJETIVOS:** Elaborar itinerário terapêutico para Linha de Cuidado de Neoplasia Mamária na 2ª Região de Saúde de Caucaia–CE; Recomendar estratégias para o fortalecimento da linha de cuidado do Controle do Câncer de Mama para a 2ª Região de Saúde de Caucaia; Verificar se houve o cumprimento da Lei n.º 12.732 de maio de 2013, que estabelece prazo máximo de 60 dias para que casos diagnosticados de câncer iniciem tratamento. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Análise quantitativa de documentos, com coleta de dados secundários, realizada de junho a setembro de 2017, por meio dos registros nas fichas de investigação de mulheres em idade fértil (MIF) dos municípios de origem dos óbitos e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM – base estadual). A pesquisa foi realizada no acervo de fichas de investigação de mulheres em idade fértil (MIF) dos municípios de Itapajé, Paraipaba e Pentecoste, pertencentes à 2ª Região de Saúde de Caucaia, referente a óbitos ocorridos nos anos de 2015, 2016 e primeiro semestre de 2017. Foram recebidas cópias das fichas de investigação de todos os casos, mas, infelizmente, com exceções: a maioria informava somente se a falecida estava grávida (ou não) e se tinha filho menor de um ano de idade, para descartar óbito materno. Então, foi sugerido aos Coordenadores da Vigilância epidemiológica que realizassem atualização dos dados acerca da doença, como rotina para investigação e recomendação de ações na redução da incidência do câncer de mama. **RESULTADOS:** Após pesquisa nas fichas de investigação de MIF com idade inferior a 50 anos dos municípios em questão, o itinerário construído foi: o autoexame da mama atinge a maior parcela (50%) quanto à suspeição do câncer de mama; 25% da amostra ocorreram por meio da consulta realizada na Estratégia Saúde da Família, e 25% por sintomatologia (dispepsia/dispneia) nos casos do câncer de mama, como sítio secundário (metástase). Os exames

diagnósticos mais utilizados foram ultrassom mamário e mamografia (37,5%), mamografia e outros exames (37,5%) e ultrassom e tomografia (25%). Apesar do quantitativo de mamógrafos estarem acima do parâmetro estabelecido pela Portaria n.º 1.631, de 01 de outubro de 2015, a 2ª Região de Saúde de Caucaia não atinge meta pactuada (SISPACTO). A cobertura de mamografias encontra-se abaixo do pactuado, caracterizando fato que transcorre em série histórica, mesmo quando não havia oferta dos serviços descritos anteriormente na Policlínica. O resultado de 2016 foi aquém do esperado na metade dos municípios da região. A amostra foi regulada por meio das Unidades Básicas de Saúde e/ou hospital municipal em 62,5% (5/8). Casos não regulados por meio da Central de Regulação municipal foram atendidos em unidades de referência na capital, mas agendados por terceiros. Metade da amostra estudada não estava em dia com o exame citopatológico. O período médio entre o diagnóstico e o óbito de maior frequência foi de um a cinco anos com 62,5% (5/8). O período abaixo de um ano conta com 25% (2/8) e 12,5% (1/8) da amostra com mais de seis anos. Metade da amostra não obedece à Lei dos 60 dias. Em 25% dos casos, o período é de dois a quatro meses. A dificuldade no transporte para realização do tratamento nas unidades secundárias foi a causa mais referida pelos familiares das vítimas com 62,5%. A dificuldade na realização dos exames ficou como segunda maior dificuldade enfrentada pelas famílias, com 37,5 (3/8). Foi observado que 25% dos casos relataram ambas as dificuldades. Os municípios dispõem de veículo para transporte de pacientes, mas o agendamento deve ser bastante antecipado. **CONCLUSÃO:** A investigação de MIF investiga somente se a mulher está grávida ou se tem filho menor de um ano de idade, desprezando todos os obstáculos que a mulher tenta transpor para o diagnóstico e tratamento precoce do câncer de mama. As questões levantadas na pesquisa serão sugeridas como pontos-chaves para investigação das MIF na Região de Saúde de Caucaia. O itinerário terapêutico dos casos de óbitos por neoplasia mamária em mulheres jovens residentes na 2ª Região de Saúde de Caucaia/CE de 2015 a 2017 tem início (em sua maioria) com: autoexame das mamas como ação de prevenção em saúde; ultrassom mamário como exame base para diagnóstico; regulação para atenção terciária (pública) na capital por meio da central de regulação municipal. Não há relação entre detecção ou suspeição de alteração mamária e a realização do exame Papanicolau, haja vista ter sido menos frequente a suspeição por consulta na Atenção Básica. O tempo de sobrevivência mais frequente é de um a cinco anos, confirmando assim o prognóstico de malignidade da doença em mulheres jovens. Somente metade da amostra obedece à Lei dos 60 dias, sendo esse período inferior a um

mês. Não houve abandono de tratamento em nenhum caso, e a dificuldade mais relatada pelas famílias foi a de conseguir transporte para realizar tratamento na capital.

3. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

3.1 QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO EM ESTABELECIMENTO DE ENSINO FUNDAMENTAL DA CIDADE CANINDÉ –CEARÁ

Francisco Maciel Brasileiro

INTRODUÇÃO: A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, visando à identificação de medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. Os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana, associados a contaminantes ambientais, mais especificamente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo, são, também, atribuições da VSA (BRASIL, 2009). O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo Humano (Vigiagua) é responsável pelo Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), que foi instituído pela Portaria MS n.º 2.914/2011, com o objetivo de auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água destinada ao consumo humano, como parte integrante das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, previstas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). Para a manutenção da qualidade de vida da população, é necessária a oferta de bens e serviços que não ofereçam risco à saúde. O fornecimento da água com boa qualidade para o consumo humano é uma das prerrogativas para a saúde da população, devendo ser avaliada a sua potabilidade quanto ao padrão microbiológico, de turbidez, de quantidade de cloro residual, valor de pH e desinfecção em conformidade com o expresso na Portaria n.º 2914/2011 e na RDC n.º 91, de 30 de junho de 2016, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Enquanto profissional atuando na vigilância sanitária do município de Canindé–CE, o pesquisador procurou estudar o objeto da sua prática profissional, visando a responder a seguinte pergunta-problema: Qual a qualidade da água para consumo ofertada nos Estabelecimentos de Ensino Fundamental (Centro de Educação Infantil – CEI e Escolas de Ensino Fundamental – EEF) do município? Nessa perspectiva, buscou avaliar a qualidade da água para consumo humano em 14 dos 28

Estabelecimentos de Ensino Fundamental que atendem a crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 14 anos. A escolha dessas instituições de ensino decorreu pela importância em avaliar a qualidade da água para consumo dessas crianças, por serem mais vulneráveis a doenças e infecções. Desse modo, o estudo é construído baseado na problemática de que a análise da qualidade da água para consumo humano das Instituições de Ensino Fundamental é importante para reduzir as doenças de veiculação hídrica devido à maior vulnerabilidade dessa população estudantil. Antunes, Castro e Guarda (2004) corroboram com essa informação, referindo que baixas condições de saneamento e de higiene refletem no maior adoecimento de crianças, tendo em vista sua baixa resistência. O estudo é relevante para esclarecer a sociedade acerca da qualidade da água consumida por crianças e adolescentes que frequentam os Centros de Educação Infantil (CEI) e Escolas de Ensino Fundamental (EEF) e propor intervenções para a melhoria da qualidade do serviço. Ademais, serve de embasamento teórico para os profissionais interessados em cumprir as prerrogativas destinadas às ações e serviços relacionados à Vigilância em Saúde Ambiental, visando ao fortalecimento das ações de promoção e prevenção à saúde para a melhoria da qualidade de vida da população. O objeto do estudo visando a responder à seguinte pergunta-problema: Qual a qualidade da água para consumo ofertada nos Estabelecimentos de Ensino Fundamental (Centro de Educação Infantil – CEI e Escolas de Ensino Fundamental – EEF) do município? Nessa perspectiva, buscou-se a avaliação da qualidade da água para consumo humano em 14 dos 28 Estabelecimentos de Ensino Fundamental que atendem a crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 14 anos. **OBJETIVOS: Geral:** Analisar a qualidade da água fornecida aos grupos escolares em 14 Centros de Educação Infantil (CEI) e Escolas de Ensino Fundamental (EEF). **Específico:** Avaliar os parâmetros físicos (cor e turbidez), químicos (pH e cloro residual livre) e microbiológicos (coliformes totais e *Escherichia coli*) da água fornecida aos grupos escolares. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um estudo transversal, realizado em Centros de Educação Infantil (CEI) e Escolas de Ensino Fundamental (EEF) da Cidade de Canindé–CE, frequentados por alunos na faixa etária de quatro a 14 anos. **CONCLUSÃO:** A água ofertada às crianças e adolescentes de 14 Escolas de Ensino Fundamental do município de Canindé–CE apresentou inconformidades em relação aos parâmetros de cor e presença de coliformes totais, porém os parâmetros de turbidez, pH, cloro residual e ausência de *Escherichia coli* estavam em consonância com a Portaria MS n.º 2.914/2011 e com a RDC n.º 91. de 30 de junho de 2016, da ANVISA. **RECOMENDAÇÕES:** Ressalta-se a importância do

constante monitoramento quanto à procedência, ao tratamento, à distribuição e à manutenção dessa água, por meio de análises periódicas da sua qualidade, bem como do processo de tratamento utilizado e da higiene periódica dos reservatórios, tendo em vista que, em quatro escolas, a água ofertada estava imprópria para o consumo, favorecendo o desenvolvimento de algum tipo de infecção nas crianças e adolescentes devido à ingestão de água contendo uma elevada taxa de microrganismos. É necessária a intervenção da Secretaria de Educação em ações articuladas com a Secretaria de Saúde e Vigilância Sanitária e demais órgãos competentes para adequar a água fornecida para esses estabelecimentos de ensino, além de articular ações educativas.

4. CONTROLE DE VETORES DE ZONOSSES

4.1 AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO NOVO PROTOCOLO DIAGNÓSTICO CANINO DE LEISHMANIOSE VISCERAL

Dennis Diderot Fontinele Catunda Melo; Jane Cris de Lima Cunha

INTRODUÇÃO: A Leishmaniose Visceral (LV) é considerada um importante problema de saúde pública, cujos principais reservatórios domésticos são os cães, e pode acometer o homem que entrar em contato com o parasita, transformando-se em uma antropozoonose. Segundo a legislação brasileira, todos os animais existentes no País são tutelados do Estado. Por esse motivo, ações de parceria entre União, Estados e Municípios são necessárias e obrigatórias. A enfermidade é endêmica na microrregião de Crateús, sendo classificada como uma área de alto risco por apresentar em média mais de 20 casos humanos por ano. A microrregião é composta pelos municípios: Ararendá, Crateús, Independência, Ipaporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis e Tamboril. A principal ferramenta de controle ainda é a identificação e posterior eliminação dos cães sororreagentes. Com o intuito de melhorar a oportunidade do programa de controle, o Ministério da Saúde implantou no ano de 2011 o novo protocolo diagnóstico canino de Leishmaniose Visceral. **OBJETIVO:** Avaliar a implantação do novo protocolo de diagnóstico canino de Leishmaniose Visceral na 15ª CRES - Crateús/CE, nos anos de 2012 a 2014. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo transversal e descritivo realizado na 15ª CRES, localizada no sertão oeste, a cerca de 360 Km de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, tendo como sede a cidade de Crateús. Os dados são referentes ao período de novembro do ano de 2012 até junho de 2014, entretanto foram coletados em fevereiro de 2015. Os exames DPP® foram realizados pelos agentes de controle de endemias dos municípios da 15ª CRES – Crateús em animais de áreas e localidades programadas com histórico da doença ou em locais que surgiam novos casos humanos, de acordo com a norma técnica do Programa de Controle da Leishmaniose Visceral. Esse exame tem função de triagem, e, para fins confirmatórios, deve ser realizado o exame de ELISA, que é comprobatório. Os animais cujos exames DPP® foram reagentes tiveram coletadas amostras de sangue que foram centrifugadas e tiveram os soros separados e enviados posteriormente ao LACEN de Tauá, para a realização do exame de ELISA. Quanto ao fluxo do diagnóstico

canino da LV, as amostras de soro são cadastradas com informações sobre o animal no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Após o cadastro, o supervisor do município torna-se responsável pelo envio semanal à 15ª CRES – Crateús, que, por sua vez, encaminha as amostras ao LACEN – Tauá, às quintas-feiras. O LACEN – Tauá é o laboratório de referência para a 15ª CRES – Crateús, em que são realizados os exames sorológicos com a técnica de ELISA, permitindo que os resultados digitados no GAL possam ser vistos em tempo hábil pelos municípios. Em média, o tempo entre o resultado do exame DPP® e resultado do ELISA é de 15 dias, no sistema GAL. O processo de implantação teve início a partir do dia 28 de fevereiro de 2012, por meio de uma reunião na cidade de Fortaleza, onde se encontra o Nível Central da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, no Núcleo de Controle de Vetores (NUVET). Durante a reunião, foi apresentado o novo protocolo diagnóstico para controle de Leishmaniose Visceral Canina, a fim de ser implantado para o controle da enfermidade. Outro acordo foi que a 15ª CRES – Crateús receberia 50(cinquenta) kits DPP®, cada um com 20(vinte) unidades do teste, por mês. Como atribuições da 15ª CRES, foram definidas as seguintes: solicitação e transporte dos kits DPP® do LACEN – Fortaleza para a sede de Crateús e prestação de contas dos testes utilizados por meio de relatórios mensais. Por outro lado, os municípios tornam-se encarregados mensalmente pela solicitação e transporte de seu pedido e pelo envio do relatório de utilização dos testes DPP® para a CRES. A primeira capacitação na sede da 15ª CRES ocorreu nos dias 14 e 15 de agosto de 2012, com parceria de técnicos do NUVET e do Centro de Controle de Zoonoses do município de Crateús. O treinamento teve como público-alvo os médicos-veterinários e os supervisores dos municípios que compõem sua região, em um total de 22 técnicos capacitados sobre a técnica de realização do Teste DPP®. Do total de animais examinados (7.948), no período de 2012 a 2014, foram reagentes 2.055 (25,85%) no teste DPP®. Dos animais sororreagentes no teste DPP®, 1.619 (78,80%) amostras de soro foram coletadas para a realização do teste de ELISA. Dos testes de ELISA realizados, 791(48,90%) foram sororreagentes, conferindo uma taxa de soro de prevalência canina de LV de 9,95% (791). De acordo com os supervisores dos municípios, as dificuldades para implantação do protocolo são o número insuficiente de profissionais para realizar a atividade, a carência de recursos materiais e o treinamento. **RESULTADOS:** O protocolo mostrou oferecer uma boa oportunidade, na medida em que se obteve um menor tempo entre o diagnóstico de animais positivos para Leishmaniose Visceral e sua retirada das residências, diminuindo o tempo de exposição da população. **CONCLUSÃO:** A partir dos resultados encontrados,

evidenciou-se que, para implantação e implementação do Protocolo Diagnóstico da Leishmaniose Visceral Canina, torna-se necessária a manutenção de um fluxo constante de envio de kits DPP® para os municípios. Por outro lado, os municípios devem manter um quantitativo de agentes de controle de endemias permanente e capacitado para desenvolver adequadamente as atividades de vigilância e controle da LV e garantir recursos materiais suficientes para o desenvolvimento das ações. **RECOMENDAÇÕES:** Recomenda-se que sejam realizadas atividades de educação permanente em saúde para os técnicos envolvidos no controle da enfermidade por meio de capacitações direcionadas à execução dos testes DPP®. Outra sugestão é a realização de reuniões semanais com supervisores de controle de endemias e coordenadores de vigilância epidemiológica, com o objetivo de difundir a situação dos casos humanos, a fim de que os municípios possam desencadear as atividades de controle em tempo oportuno.

5. FERRAMENTAS PARA GESTÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

5.1 FORTALECIMENTO DA CÂMARA TÉCNICA DE VIGILÂNCIA PARA O ALCANCE DAS METAS DE SAÚDE PACTUADAS NA 18ª CRES DE IGUATU

Tereza Cristina Mota de Souza Alves

INTRODUÇÃO: No sentido da melhoria na qualidade da assistência em saúde, torna-se importante a adoção de uma metodologia de trabalho que contemple o monitoramento e a avaliação, tendo como base os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade, a integralidade, a equidade e o controle social, bem como o acolhimento, a humanização e a satisfação dos usuários, considerados elementos necessários para a reorganização das ações em saúde. No entanto, esse modelo ainda é considerado um desafio para profissionais, gestores e demais atores envolvidos na saúde pública. O acompanhamento dessas experiências ocorre por meio de metas de cobertura, produção de serviços e indicadores de impacto epidemiológico, considerando-se que há uma diferença qualitativa nos resultados, decorrente da forma como são feitas as ações de saúde e o processo de trabalho das equipes envolvidas (MEZOMO, 2001). Se forem gerados de forma regular e gerenciados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem uma ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive, documentando as desigualdades em saúde. Essa evidência deve servir de base empírica para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Assim, constitui insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população (PINHEIRO; MATTOS, 2008a). Além da situação de saúde, os indicadores refletem a assistência prestada à população. A Comissão Intergestores é a principal estratégia de governança regional, sendo ferramenta fundamental a ser utilizada. Os artigos 6º e 10º da Resolução n.º 122/2014 – CIB/CE tratam das câmaras técnicas dentro da estrutura organizacional da Comissão Intergestores Regional. Dessa forma, podem-se dispor: Câmaras Técnicas nas áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão, planejamento e financiamento; assistência farmacêutica; vigilância à saúde e educação permanente em saúde; Atenção

Básica, política e Rede de Atenção à Saúde; e outras que podem ser constituídas, de acordo com as necessidades identificadas e pactuadas pelo colegiado regional. Este trabalho justifica-se pela necessidade da equipe de gestão da regional de Iguatu em aprofundar e propor resultados que impactem positivamente dentro da Região e, por consequência, no Estado do Ceará. A 18ª Regional de Saúde é composta por dez municípios: Iguatu, Acopiara, Mombaça, Deputado Irapuan Pinheiro, Piquet Carneiro, Catarina, Quixelô, Cariús, Jucás e Saboeiro. Este trabalho foi desenvolvido para apresentar a experiência da Câmara Técnica de Vigilância em Saúde realizada pela 18ª CRES, quanto à adesão dos municípios para ampliação da qualidade de assistências prestadas à população, e, conseqüentemente, o cumprimento de metas de processo e indicadores pactuados. **PROBLEMA:** Concordando com Pinheiro e Mattos (2008b), a multiplicidade de formulários preenchidos para atender às demandas de diferentes sistemas, a inexistência de uma cultura institucional de análise e pouca qualificação dos profissionais de saúde no manejo de informações têm implicado a pouca utilização de dados pelos diferentes níveis do sistema. Um dos maiores problemas diz respeito aos recursos humanos e suas competências no campo da gestão, o que acarreta uma fragilidade no fluxo de informações entre as ações dos serviços. Observou-se uma baixa capacidade técnica e frágil compreensão de processos avaliativos na região tratada. Essa situação pode ser resultado das características dos sujeitos, gestores em formação e com formação em áreas diversificadas. **OBJETIVOS: Geral:** Analisar criticamente os indicadores da Vigilância em Saúde. **Específicos:** Propor encaminhamentos de intervenção; Identificar as potencialidades e limites do Painel de Indicadores da COPROM para subsidiar a tomada de decisão municipal e regional; Estimular o desenvolvimento da inteligência epidemiológica e promover um alinhamento de conhecimento entre os técnicos da regional e dos municípios sobre vigilância. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A equipe técnica regional propôs um processo de discussão junto à Comissão Intergestores Bipartite sobre a baixa taxa de adesão dos municípios no cumprimento de metas pactuadas, sendo pactuada neste colegiado a formação de uma Câmara Técnica de Vigilância em Saúde por meio da Resolução n.º 4 da CIR. O primeiro momento ocorreu no dia 04 de julho de 2017 e contou com a presença de técnicos regionais e municipais das áreas de vigilância em saúde, totalizando 40 participantes. A programação seguiu com café, acolhimento, apresentação de vídeo institucional, apresentação dialogada dos indicadores e propostas de intervenção. O segundo momento foi realizado em 11 de outubro de 2017 e contou com 53 participantes, seguindo a base da programação anterior,

com o acréscimo do almoço, devido à necessidade de extensão pelo dia inteiro. Nessa exposição dialogada, foram parabenizados os municípios pelo avanço. As propostas de intervenção dos dois momentos foram: treinamentos e oficinas de alinhamento a serem realizadas pela Escola de Saúde Pública de Iguatu; resgate do Comitê Regional de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal; acompanhamento dos indicadores de Chagas e Calazar; construção de um plano regional de enfrentamento a doenças como Sífilis, Hanseníase e Tuberculose; pactuação de calendário das câmaras técnicas em 2018; acompanhamento dos critérios técnicos do incentivo financeiro das arboviroses; e promoção de maior empoderamento da Atenção Básica sobre o tema da vigilância.

CONCLUSÃO: Na avaliação conjunta dos dois momentos, os participantes afirmaram que o fator desencadeador da mudança no quadro de indicadores e metas pactuadas foi a câmara técnica. Os integrantes descreveram que se sentiram motivados, havendo mais aproximação entre os técnicos regionais e municipais, melhor compreensão dos indicadores e dos documentos que envolviam pactuações e compartilhamento de experiências, o que constata a eficiência da estratégia adotada. O monitoramento das ações de saúde e do desempenho dos serviços é uma estratégia mais célere no apoio à tomada de decisão. Porém, sua implementação necessita de conhecimentos técnicos específicos e alinhamento conceitual. Por se tratar de um processo cujo sentido dar-se-á pela sistematização e descentralização de seu desenvolvimento, os recursos técnicos e humanos empregados na manutenção da ferramenta e sua utilização são imprescindíveis. Sua institucionalização necessita integrar-se a um sistema organizacional que promova sua evolução e sustentabilidade.

RECOMENDAÇÃO: Partindo do pressuposto de que uma gestão eficaz dos serviços de saúde que utiliza uma administração participativa apresenta melhorias na qualidade da assistência prestada e que isoladamente não faz milagres, torna-se necessária a implementação de uma política responsável de formação e recursos humanos qualificados para enfrentar os desafios existentes e uma vontade política para transformar os serviços de saúde, que certamente constituem os pilares básicos da qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Portanto, este estudo assume uma relevância para área de gestão regional, pois sinaliza a necessidade de estudos continuados sobre a temática e apresenta ferramentas para a tomada de decisão. Ademais, foram colocadas em pauta questões no que se referem aos indicadores de saúde e qualidade das ações, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema, assim, possibilitando novas perspectivas nas

políticas públicas em saúde.

PÔSTER

6. VIGILÂNCIA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR;

6.1 QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO NOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO FUNDAMENTAL NO MUNICÍPIO DE CANINDÉ CEARA

Francisco Maciel Brasileiro

INTRODUÇÃO: A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, visando à identificação de medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo Humano (Vigiagua) é responsável pelo Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), que foi instituído pela Portaria MS n.º 2.914/2011, com o objetivo de auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água destinada ao consumo humano, como parte integrante das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, previstas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). Para a manutenção da qualidade de vida da população, faz-se necessária a oferta de bens e serviços que não ofereçam risco à saúde. O fornecimento da água com boa qualidade para o consumo humano é uma das prerrogativas para a saúde da população ao padrão microbiológico, de turbidez, de quantidade de cloro residual, valor de pH e desinfecção em conformidade com o expresso na Portaria n.º 2914/2011 e na RDC n.º 91, de 30 de junho de 2016, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Enquanto profissional atuante na vigilância sanitária do município de Canindé–CE, o pesquisador procurou estudar o objeto da sua prática profissional, visando a responder a seguinte pergunta problema: “Qual a qualidade da água para consumo ofertada nos Estabelecimentos de Ensino Fundamental (Centro de Educação Infantil-CEI e Escolas de Ensino Fundamental – EEF) do município?”. Nessa perspectiva, buscou-se avaliar a qualidade da água para consumo humano em 14 dos 28 Estabelecimentos de Ensino Fundamental que atendem a crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 14 anos. A escolha dessas instituições de ensino surgiu da importância

em avaliar a qualidade da água para consumo dessas crianças, por serem mais vulneráveis a doenças e infecções. Desse modo, o estudo é construído baseado na problemática de que a análise da qualidade da água para consumo humano das Instituições de Ensino Fundamental é importante para reduzir as doenças de veiculação hídrica, devido à maior vulnerabilidade dessa população estudantil. 14 dos 28 Estabelecimentos de Ensino Fundamental atendem a crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 14 anos. **OBJETIVOS: Geral:** Analisar a qualidade da água fornecida aos grupos escolares em 14 Centros de Educação Infantil (CEI) e Escolas de Ensino Fundamental (EEF). **Específico:** Avaliar os parâmetros físicos (cor e turbidez), químicos (pH e cloro residual livre) e microbiológicos (coliformes totais e *Escherichia coli*) da água fornecida aos grupos escolares. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um estudo transversal, realizado em Centros de Educação Infantil (CEI) e Escolas de Ensino Fundamental (EEF) da Cidade de Canindé – CE, frequentados por alunos na faixa etária de 4 a 14 anos. **RESULTADOS:** A água ofertada às crianças e adolescentes de 14 escolas de ensino fundamental do município de Canindé–CE apresentou inconformidades em relação aos parâmetros cor e presença de coliformes totais, porém os parâmetros de turbidez, pH, cloro residual e ausência de *Escherichia coli* estavam em consonância com a Portaria MS 2.914/2011 e a RDC n.º 91, de 30 de junho de 2016, da ANVISA. **CONCLUSÃO:** Ressalta-se a importância do constante monitoramento quanto à procedência, ao tratamento, à distribuição e à manutenção dessa água, por meio de análises periódicas da sua qualidade, bem como do processo de tratamento utilizado e da higiene periódica dos reservatórios, tendo em vista que em quatro escolas a água ofertada estava imprópria para o consumo, favorecendo o desenvolvimento de algum tipo de infecção nas crianças e adolescentes devido à ingestão de água contendo uma elevada taxa de microrganismos. **RECOMENDAÇÕES:** É necessária a intervenção da Secretaria de Educação em ações articuladas com a Secretaria de Saúde e Vigilância Sanitária e demais órgãos competentes para adequar a água fornecida para esses estabelecimentos de ensino, além de articular ações educativas.

7. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

7.1 ANÁLISE DAS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS E GESTANTE HIV+ NO CEARÁ ENTRE 2015 E 2016

Anuzia Lopes Saunders, Danielle Martins Rabelo Gurgel, Ana Neta Alves

INTRODUÇÃO: A transmissão vertical (TV) do HIV ainda é considerada um importante problema de saúde pública para as crianças menores de cinco anos no Brasil, sendo responsável por cerca de 90% dos casos notificados. Dessa forma, o cumprimento do protocolo para a redução da TV nos serviços de saúde deve ser uma prioridade para a gestão estadual, regional e municipal de saúde no SUS. A identificação precoce do recém-nascido (RN) e da criança infectada verticalmente é essencial para indicar o início da terapia antirretroviral (TARV) e realização da profilaxia das infecções oportunistas (IO), além do adequado manejo das intercorrências infecciosas e dos distúrbios nutricionais. A taxa de detecção de AIDS em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. No período de 2007 a 2017, foram notificados 90 casos de crianças menores de cinco anos com AIDS no estado do Ceará. Embora seja observado um decréscimo nas taxas de detecção de AIDS no estado entre as crianças (1,6 casos/100 mil em 2014 para 0,9 casos/100.000 em 2016), é imprescindível que haja o monitoramento desses dados no SINAN, a fim de que possa ser identificado o perfil dessas crianças e de suas mães, e as fragilidades e inconsistências relacionadas aos bancos de AIDS em crianças e gestantes com HIV. **OBJETIVO:** Analisar as fichas de investigação de AIDS em menores de cinco anos e gestantes com HIV, comparando os bancos de dados, a fim de verificar as inconsistências e o grau de subnotificação, no período de 2015 e 2016, no Ceará. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Foi elaborado um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em maio de 2017, em Fortaleza–CE. A amostra foi composta por 12 fichas de crianças menores de cinco anos notificadas com AIDS no SINAN e seis fichas de gestantes HIV. **RESULTADOS:** A maioria (58,4%; 7/12) das crianças era do sexo feminino e possuía menos de 3 anos de idade no momento do diagnóstico(83,4%; 10/12). Todas as crianças foram infectadas por transmissão vertical e destas 91,7% (11/12) foram diagnosticadas depois dos 18 meses de idade. Das crianças analisadas, apenas 1 (8,3%) não se

encontrava em tratamento antirretroviral, e semelhante proporção (8,3%; 1/12) evoluiu para óbito por outras causas. Segundo os critérios de definição de caso de AIDS em menores de cinco anos (CDC adaptado), 16,6% (2/12) das crianças apresentaram doenças de caráter leve, e 33,3% (4/12) foram acometidas por doenças de caráter moderado/grave, sendo as principais infecções bacterianas. Os achados laboratoriais revelaram que 50% (6/12) das crianças tinham menos de 1.000 células por mm³ de contagem de linfócitos T CD4+. No segundo momento, foi realizada uma busca das fichas epidemiológicas das mães das 12 crianças, no SINAN, notificadas anteriormente. Observou-se que apenas seis dessas mães tinham "Fichas de investigação de gestante com HIV", no SINAN, representando 50% (6/12) de subnotificação no banco de gestantes com HIV. A maioria das mães (66,7%; 4/6) tinha entre 18 e 22 anos de idade, possuía ensino fundamental incompleto (33,4%; 2/6), sendo a maioria (66,7%; 4/6) residentes da capital. A evidência laboratorial do HIV ocorreu no pré-natal para apenas 16,8% (1/6) das gestantes, mesmo que a maioria (83,3%; 5/6) tenha realizado pré-natal. Apenas 16,7% (1/6) das gestantes utilizaram a TARV no pré-natal. A cesárea eletiva foi adotada como via de parto para 50% (3/6) das gestantes. Além disso, foi realizada a profilaxia no parto para 50% (3/6) das gestantes. O percentual do início da terapia antirretroviral para as crianças nas primeiras 24h foi de 50% (3/6). **CONCLUSÃO:** As informações epidemiológicas sobre a realização do HIV no pré-natal ainda é bastante frágil no Ceará, dificultando uma avaliação mais consistente da situação real. Há uma elevada subnotificação de gestantes com HIV no SINAN em relação às crianças com AIDS devido à transmissão vertical. É provável que haja dificuldade nos encaminhamentos de gestantes com HIV para os Serviços de Atenção Especializada (SAE). Além disso, identificam-se dificuldades para cumprir o protocolo de profilaxia da transmissão vertical do HIV nas maternidades. **RECOMENDAÇÕES:** Ampliação do uso dos testes rápidos nas Unidades Básicas de Saúde e maternidades, e o uso dos antirretrovirais no pré-natal, parto e puerpério. Considera-se que seja de extrema importância a implantação dos Comitês Estadual e Municipais de Transmissão Vertical, inicialmente, nos municípios com mais de 100 habitantes.

7.2 ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DE TUBERCULOSE NA REGIÃO DE SAÚDE DE RUSSAS E OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA DO GOVERNO

Israel Guimarães Peixoto, Francisca Samya Silva De Freitas, Fabíola Moreira Da Costa, Patrícia De Araújo Xavier, Alice Maria Tavares Cavalcante

INTRODUÇÃO: A tuberculose é um grave problema de saúde pública mundial e milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. Em 2014, durante a Assembleia Mundial de Saúde, na Organização Mundial de Saúde, foi aprovada a nova estratégia global para enfrentamento do agravo, com a visão de um mundo livre da tuberculose até 2035. O Brasil ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB/HIV. Os programas de transferência de renda visam a atender populações mais pobres, criando uma rede de proteção social para melhorar a sua qualidade de vida. No Brasil, destaca-se o Programa Bolsa Família (PBF) que realiza a transferência condicionada de renda cujo objetivo, além de redistribuir renda, é proporcionar às famílias o acesso a direitos sociais. Desde a criação do Programa (2004), diversos Projetos de Lei (PL) de iniciativa parlamentar foram apresentados para alterar o programa em diferentes aspectos. Um deles seria incluir novos grupos da população brasileira como público-alvo. Entre eles, pode ser citado um que incluía pacientes em tratamento para tuberculose como beneficiários do programa (PL 6331/2005).

OBJETIVOS: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes de tuberculose na Região de Saúde de Russas e os Programas de Transferência de Renda do Governo; utilizar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para demonstrar a fragilidade no preenchimento do Campo 34 – Beneficiário de Programa de Transferência de Renda do Governo, no período de 2015 a 10 de novembro de 2017, sendo estes, os anos de diagnóstico e casos novos; e propor estratégias de melhorias no preenchimento do Campo 34 por meio das Equipes Saúde da Família (ESF) dos municípios da Regional para 2018. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Foram analisados os dados no mês de novembro de 2017, tendo como participantes os técnicos da Vigilância e Atenção à Saúde da Regional e enfermeira convidada, utilizando o Tabwin – SINAN e discussões de dados, incluindo o Campo 34, sendo este classificado como essencial (que é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional). **RESULTADOS:** Em 2015, foram 33 pacientes,

sendo 23 homens e 10 mulheres, entre elas, 1 gestante. A forma pulmonar em 26 pacientes, em que 2 eram portadores de HIV e 5 com resultado ainda em andamento. 19 encerraram como alta por cura e 12 casos em branco. O município com maior número de notificação foi Russas (12), seguido por Morada Nova (11). Para 2016, tivemos 27 pacientes, sendo 12 homens e 15 mulheres. 21 eram portadores da forma pulmonar e HIV positivo em 2 casos. Russas e Morada Nova foram os municípios com maior número de notificações(13 e 9, respectivamente). Jaguaretama e Palhano foram silenciosos. Foram 18 encerramentos por cura, 1 por transferência e 8 em branco. Em 2017, 26 casos(15 homens e 11 mulheres), sendo 25 pacientes na forma pulmonar e todos com HIV negativo. Na situação de encerramento, 23 permanecem em branco com tempo para cura ainda oportuno. O município de Jaguaretama mais uma vez foi “silencioso”. A raça parda foi predominante em toda análise. Sobre o Campo 34, em 2015 e 2016, somente 5 responderam ser beneficiados no programa de transferência de renda. Para 2017, somente 1 beneficiário. Ressalta-se o grande número de registros ignorado/branco que somam 38 (44,2%). **CONCLUSÃO:** Baseado na análise percebe o quão frágil estão os registros das ESF dessa Regional, sendo destacadas algumas hipóteses: desconhecimento acerca do que venha a ser um campo essencial na notificação do SINAN; e falta de interesse em indagar ao paciente sobre sua situação como beneficiário. Sendo a Tuberculose uma doença associada à pobreza, certamente a deficiente alimentação dos pacientes prejudica seu processo de recuperação e, refletindo sobre isso, serão lançadas estratégias de orientação da população quanto aos seus direitos sociais por meio da divulgação dos fluxos municipais para aquisição do benefício e de melhorias no preenchimento do Campo 34 pelas ESF dos municípios dessa Regional para 2018.

7.3 ANÁLISE SITUACIONAL DA DENGUE NOS MUNICÍPIOS DA 20ª REGIÃO DE SAÚDE DO CRATO/CE DE 2015 ATÉ A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 39 DE 2017

Yana Carla Bezerra Feitosa De Amorim

INTRODUÇÃO: A dengue é uma das arboviroses de maior relevância epidemiológica presentes no Brasil. É uma afecção causada por vírus e transmitida pelo vetor *Aedes aegypti*, possui quatro sorotipos, facilitando assim sua transmissão. Classifica-se em dengue, dengue com sinais de alarme e dengue grave. As doenças tropicais, nas últimas décadas vêm se configurando como uma importante causa de morbidade e mortalidade a nível mundial, principalmente a Dengue, Chikungunya e Zika, nas zonas tropicais e subtropicais. **OBJETIVO:** Relatar a epidemiologia da dengue e o perfil sócio demográfico para gestores dos municípios da Regional de Saúde do Crato, Ceará de janeiro de 2015 a setembro 2017. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Estudo descritivo, documental com abordagem quantitativa. Foram utilizados os dados disponíveis sobre os casos de dengue registrados no Sistema Nacional de Notificações e Agravos (SINAN), do Ministério da Saúde (MS), da 20ª Regional de Saúde Crato-Ceará, no período de 01 de janeiro de 2015 até a semana epidemiológica 39 de 2017 que consiste de 24 a 30 de setembro do corrente ano. A referida regional é composta por doze municípios, sendo eles: Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales, Crato, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri e Tarrafas. A cidade do Crato é considerada como município pólo, assumindo atendimento das referências dos demais municípios. **RESULTADOS:** Sobre a distribuição de casos confirmados de dengue por município de residência e ano, ocorreram no ano de 2015, 674 casos, em 2016 registrou-se 1103 casos e até setembro 2017, apresentou-se 843 casos do total geral dos municípios da regional de saúde do Crato-CE. Com relação à distribuição dos municípios por ano e classificação da doença. Revelou-se dengue em 2015 e 2016 mais prevalente em Crato (61,63%, 46,63%) respectivamente e 2017 em Farias Brito (78,71%). No que concerne a dengue com sinais de alarme em 2015 (57,14%) em 2016 e 2017. Crato revelou 100% dos casos. Já a dengue grave em todos os anos a frequência mais elevada foi em Crato. Sobre a evolução da doença, todos os pacientes progrediram para cura sendo que em 2015 ocorreram dois óbitos, um confirmado na cidade do Crato e outro em Farias Brito. No ano de 2016 um óbito confirmado na cidade de Assaré e outro em Crato. Acerca do perfil sócio demográfico, a frequência por faixa etária foi mais prevalente entre 30 a 39

anos (20,91%) em 2015, já em 2016 e 2017 revelaram de 20 a 29 anos (18,76%, 18,38%) respectivamente. Com relação à raça, parda teve maior representatividade em todos os anos. No que concerne ao sexo, o feminino obteve maior porcentagem em todos os anos, 2015 (61,12%), 2016 (59,48%) e 2017 (61,33%). O estudo revelou que na escolaridade predominou em 2015 da 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (5,63%), em 2016 e 2017 ensino médio completo (4,80% e 20,04%) respectivamente. **CONCLUSÃO:** Com isso, pode-se afirmar que os resultados obtidos nesta investigação são de grande relevância, pois permitiram conhecer o perfil mais afetado pela doença e dessa forma reforçar ações educativas direcionadas a essa população com o intuito de orientar a importância para a erradicação do vetor, transmissão do vírus, com maior impacto e precisão, visando à diminuição da ocorrência ao menor número de casos possíveis.

7. 4 A VIGILÂNCIA DA RAIVA ANIMAL INTEGRADA À ADEQUADA PROFILAXIA ANTIRRÁBICA HUMANA NA 6ª CRES

José Mário do Couto

INTRODUÇÃO: A raiva é uma antropozoonose transmitida aos seres humanos pela inoculação do vírus presente na saliva e na secreção dos animais infectados, principalmente, pela mordedura, arranhadura e lambadura, caracterizando-se como Encefalite Progressiva e Aguda que apresenta letalidade de aproximadamente 100%.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: No Brasil, a Raiva é endêmica, sendo o Ceará um dos estados brasileiros que merece atenção especial, assim como a região de saúde da jurisdição da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde de Itapipoca. Destaca-se nos últimos dois anos o município de Uruburetama, que, no ano de 2017, de janeiro a outubro, coletou e enviou para a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde de Itapipoca, que, por sua vez, preparou, acondicionou e enviou, em tempo hábil, ao Laboratório Central (LACEN), 7 amostras de animais suspeitos de raiva. Desses, 71,42% apresentaram positividade para o vírus rábico (sendo 3 saguis, 1 morcego e 1 raposa), os quais estão distribuídos em 5 localidades distintas (Água Sumida, Santa Úrsula, Açude, Baixa Grande e Severino). Todas são consideradas localidades de médio porte e próximas à sede do município, o que mostra a dispersão do vírus rábico no município, justificando-se a necessidade de uma vigilância atuante e oportuna, quanto ao monitoramento desses mamíferos, bem como uma profilaxia adequada e em tempo oportuno.

RESULTADOS: No Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINANET), até o dia 20 de novembro de 2017, foram registrados no município 134 casos de agressões por animais a seres humanos, em que 76,11% foram por canídeos, 20,14% por felinos, 2,23% por primatas, 1,49% por quirópteros e 1,49% por raposas. As pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 59 anos, são geralmente as mais agredidas, em razão da exposição mais frequente. Quanto à profilaxia antirrábica humana existe uma divergência, pois mesmo 85,82% dos animais agressores sendo teoricamente considerados saudáveis, muitas vezes animais que convivem pacificamente com seus proprietários (3,7% suspeitos e 11,94% animais mortos e ou desaparecidos) são tratados 70,89% das pessoas agredidas com observação mais vacinas, sendo 11,19% somente com vacinas e 9,7% com o soro mais vacinas. Portanto, conclui-se que o município de Uruburetama encontra-se vigilante na busca de suspeitos e de casos de raiva animal, porém os tratamentos

profiláticos devem ser melhor avaliados. **CONCLUSÃO:** Conforme mostram os números, muitos tratamentos poderiam ser evitados, contribuindo, assim, dentre outras premissas com a atual política nacional de distribuição de vacinas e soros, em crise nacional de desabastecimento desses insumos, desde 2016. A situação epidemiológica da raiva animal em Uruburetama serve como alerta para os demais municípios da jurisdição (Amontada, Itapipoca, Miraíma, Trairi, Tururu, Umrirem e Uruburetama), bem como para o estado do Ceará, visando ao contínuo monitoramento da raiva animal com o propósito de evitar a ocorrência de novos casos, principalmente, em seres humanos. Em tempo, pode-se considerar a importância da parceria entre a CRES e os municípios, destacando-se, pelo lado da Coordenadoria Regional de Saúde, a logística em torno do Programa de Controle da Raiva, no que diz respeito à distribuição de insumos e imunobiológicos em quantidade necessária e em tempo oportuno, além de assessorias técnicas prestada aos técnicos dos municípios. Pelo lado municipal, ressalta-se o envolvimento das Vigilâncias, em especial da Vigilância Epidemiológica, das Endemias e do controle de Zoonoses, além do envolvimento direto dos Agentes Comunitários de Saúde na orientação à população sobre saberes e práticas essenciais ao processo saúde-doença, não só relacionados à raiva, mas a diversos outros agravos que atingem direta ou indiretamente a população.

7.5 FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS PELA REESTRUTURAÇÃO DO COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO À MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL

Geórgia Xavier Esmeraldo Arrais, Cícera Valtenira Da Silva, Quitéria Maria Magalhães Lima Brito, Ana Mégila Lemos De Moraes

INTRODUÇÃO: Considerando o Comitê de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal como importante instrumento de gestão que permite avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e à criança, bem como para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, a 21ª Coordenadoria Regional de Saúde– CRES nos últimos dois anos tem apresentado uma considerável fragilidade no que diz respeito ao funcionamento do Comitê regional, pela dificuldade de inclusão de alguns profissionais, dentre eles o pediatra e o obstetra, por modificações na equipe técnica da CRES (aposentadoria de alguns membros) e pela mudança de gestor em todos os municípios da Região em 2017, o que conseqüentemente levou à modificação em todas as equipes técnicas municipais. Nessa perspectiva, identificou-se a necessidade de desenvolver uma estratégia para reativação do Comitê de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal da Região de Saúde de Juazeiro do Norte. **OBJETIVOS:** Sensibilizar os profissionais de saúde dos seis municípios que compõem a 21ª CRES e reestruturar o comitê de mortalidade materna, infantil e fetal da Região de Saúde de Juazeiro do Norte. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Esta intervenção aconteceu no período de agosto a novembro de 2017 e teve como participantes membros da 21ª Coordenadoria Regional de Saúde, Secretarias de Saúde, profissionais da Atenção Básica e da vigilância epidemiológica dos seis municípios, bem como profissionais dos hospitais-polo da região. Diversas ações foram realizadas. Com a proposta da Escola de Saúde Pública, em parceria com a SESA, para a realização do Curso de vigilância do óbito materno, infantil e fetal na macrorregião do Cariri, inicialmente, foi realizada uma sensibilização junto às Secretárias de Saúde, em duas reuniões da Comissão Intergestora Regional – CIR, sobre a importância da participação dos profissionais de saúde dos municípios da região na referida capacitação e da necessidade de reestruturação do Comitê de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal da Região de Juazeiro do Norte. Com a realização do curso de vigilância do óbito materno, infantil e fetal na Macrorregião do Cariri, em setembro de 2017, profissionais da 21ª CRES e dos seis municípios da Região de Saúde

de Juazeiro do Norte(dentre eles uma Secretária de Saúde) participaram ativamente do referido curso, considerado por muitos como uma semana intensa de muito aprendizado e que gerou várias reflexões, como o papel de cada profissional de saúde na vigilância e prevenção dos óbitos e a importância da reestruturação do Comitê de mortalidade materna, infantil e fetal da Região de Juazeiro do Norte. **RESULTADOS:** Toda a inquietação gerada a partir da participação da Coordenação e de técnicos da CRES no curso da ESP culminou com realização da I Reunião do Comitê de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal da Região de Juazeiro do Norte, que aconteceu no início de novembro de 2017, com a presença da coordenadora e de técnicos da Coordenadoria Regional de Saúde, de representantes de todos os municípios da região de saúde, uma secretária de saúde e uma médica obstetra. Nesse momento ímpar em que o funcionamento do Comitê foi retomado, os membros presentes foram empossados e houve a análise de todos os óbitos maternos de 2017, tornando-se uma ocasião de ricas discussões técnicas, incluindo a avaliação da atenção prestada à mulher em todos os níveis de complexidade, o preenchimento das declarações de óbito e a elaboração de intervenções voltadas para evitar novos óbitos. Nesse momento, foi definido também um cronograma de reuniões a serem realizadas para análise dos óbitos infantis e fetais, bem como para atualização do regimento interno e elaboração do plano de ação do comitê regional. **CONCLUSÃO:** Com a realização desse primeiro momento do Comitê Regional, após dois anos desativado, a sensibilização feita pela equipe técnica da CRES para envolver os diversos atores nesse processo foi crucial para que a retomada das atividades do comitê acontecesse de forma satisfatória e com êxito no que se propôs. **RECOMENDAÇÕES:** Nesse sentido, recomenda-se que o funcionamento do Comitê de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal seja uma prioridade para a gestão municipal/regional e que haja o apoio incondicional das Coordenadorias Regionais de Saúde no incentivo à participação ativa de representantes municipais nas importantes reuniões do Comitê Regional de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal.

7.6 IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS COM INFECÇÃO CONGÊNITA ASSOCIADA À STORCH E AO VÍRUS ZIKA NO MUNICÍPIO DE CRATO EM 2017

Maria De Lourdes Coelho Alencar Barreto

INTRODUÇÃO: No atual cenário epidemiológico das arboviroses, evidencia-se a necessidade do fortalecimento do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, fundamentada na intersetorialidade e na corresponsabilidade. O sistema fragmentado de serviços públicos organizados por um conjunto de pontos de atenção, isolados e incomunicáveis uns dos outros, e, por consequência, incapazes de prestar uma atenção contínua à população evidencia a necessidade de substituição por um modelo integrado de atenção, organizado em rede com vistas ao enfrentamento de riscos sociais e sanitários. A organização da rede compartilhada com o setor saúde, educação e assistência social, com pontos de atenção vinculados entre si e com ações cooperativas e interdependentes tem o objetivo de aprimorar a aplicação de medidas preventivas de arboviroses, detecção precoce de casos suspeitos e tomada de decisões em tempo oportuno, para a melhoria da qualidade de vida da população. O contexto nacional mostra a alta transcendência das infecções congênitas associadas à STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes) e ao Vírus Zika, dada pela alta prevalência de incapacidades, cronicidade, complicações neurológicas, ônus econômico decorrente dos custos diretos da atenção ao pacientes, além da sobrecarga e despreparo dos serviços essenciais. Diante do número de casos de crianças diagnosticadas com infecção congênita associada à STORCH (e ao Vírus Zika no período de 2015 a 2017), o município de Crato, no Estado do Ceará, foi classificado como prioritário pelo Ministério da Saúde para implantação de estratégias de fortalecimento da atenção integral a essas crianças e suas famílias. O planejamento inadequado às necessidades de saúde, da assistência social e da educação, a integralidade insatisfatória e a incipiência da intersetorialidade são descritores das evidências de que há necessidade de recondução do cotidiano dos serviços públicos municipais. **OBJETIVOS:** Com vistas à mudança de práticas de trabalho intersetorial, a 20ª Coordenadoria de Saúde articulou a gestão do município de Crato e conduziu a construção deste plano de implantação de uma rede de atenção integral às crianças com

infecção congênita associada à STORCH e ao Vírus Zika, tendo como base uma matriz de intervenção com 4 (quatro) eixos: Saúde Sexual e Reprodutiva; Atenção à Criança; Atenção às Famílias; e Educação Permanente. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Conforme esses eixos de intervenção foram traçadas ações, como a institucionalização da equipe dedicada para fortalecimento da atenção integral às crianças com infecções congênitas e suas famílias, capacitações para a equipe dedicada regional, para médicos e enfermeiros da atenção primária, para representantes da vigilância epidemiológica, da Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social e da Secretaria de Educação do município e orientações sistemáticas à população sobre planejamento familiar, sexo seguro e medidas de prevenção das arboviroses, implantação do núcleo de estimulação precoce, implantação de consultas coletivas e adequação da infraestrutura dos serviços públicos. **RESULTADOS:** O processo de implantação e implementação tem acompanhamento sistemático e crítico-reflexivo para a visualização de avanços e dificuldades, mostrando resultados como o fortalecimento da intersetorialidade e interação com as famílias, viabilização de transporte para os deslocamentos que visam à assistência das crianças com deficiências e encaminhamentos para cadastro nos benefícios previstos em Lei. **CONCLUSÃO:** A experiência tem proporcionado a aquisição de novos conhecimentos e contribuído para a melhoria da qualidade da atenção intersetorial, longitudinal e integral, com possibilidades de aprimoramento e expansão a outros municípios da Macrorregião do Cariri.

7.7 INCENTIVO TODOS CONTRA O MOSQUITO: CENÁRIO ATUAL DAS ARBOVIROSES NOS 24 MUNICÍPIOS DA REGIÃO NORTE DO CEARÁ QUE COMPÕEM A 11ª CRES –SOBRAL EM 2017

Maria De Fátima Nogueira Coimbra, Geilson Mouta Cisne, Lucélia Pinto Lopes, Monica Souza Lima

INTRODUÇÃO: No Ceará, há casos de dengue notificados desde 1986 e já foram isolados os quatros sorotipos (DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4). A doença então tem apresentado períodos endêmicos e epidêmicos, com o registro de sete grandes epidemias nos anos de 1987, 1994, 2001, 2008, 2011, 2012 e 2015. A partir de 2015, foi confirmada a transmissão autóctone dos vírus da Chikungunya e da Zika, um cenário com circulação dos vírus da dengue, Chikungunya e Zika, com incidência de casos notificados para arboviroses relacionado ao vírus Chikungunya, para reforçar as ações preventivas e de controle do *Aedes aegypti*, visando à prevenção do adoecimento da população pelo referido vetor. Seguindo as estratégias de enfrentamento “Todos contra o Mosquito”, o Governo do Estado do Ceará e a Secretaria da Saúde (SESA) instituíram incentivo para investimento em ações de vigilância e controle das arboviroses. Desse modo, torna-se relevante a discussão da importância do trabalho da Vigep e Endemias na atenção e controle das arboviroses. Deve-se abordar a realidade dos 24 municípios que compõem a 11ª CRES de Sobral, do que trata o incentivo “Todos Contra o Mosquito”. A VE representa função importante nas epidemias de arboviroses, porém não depende apenas da vigilância, sendo necessário o envolvimento da população e de políticas públicas, tornando possível a real prevenção das arboviroses. **OBJETIVOS:** Incentivar a gestão municipal no enfrentamento ao *Aedes aegypti* na prevenção do adoecimento da população; melhorar a cobertura de visita domiciliar, visando a uma melhoria na qualidade dos dados de infestação vetorial; reduzir a infestação vetorial do *Aedes aegypti*; reduzir a incidência das arboviroses; prevenir a ocorrência de casos graves e óbitos por arboviroses; articulação para a formação dos Comitês Municipais Intersetoriais de Políticas de Enfrentamento das arboviroses. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Período de 2017, com os critérios de incentivo “Todos contra o Mosquito”, envolvendo os gestores dos 24 Municípios da Região Norte do Ceará, que compõem a 11ª CRES/SOBRAL, com a efetivação das ações e práticas de monitoramento, por meio dos indicadores de qualidade da VE das arboviroses, Plano Municipal de Ação de Vigilância e Controle das

Arboviroses. Todas as discussões e abordagens são relatadas em ata. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma análise dos dados exportados (SINAN NET), programa do Ministério da Saúde – MS, dos 24 municípios da 11ª CRES – SOBRAL, em 2017. **RESULTADOS:** Em 2017, na 11ª microrregião, foram notificados 5.875 casos de dengue, 6.726 casos de Chikungunya, 198 casos de Zika e 73 notificações para gestantes (sendo 8 confirmados) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), durante a semana epidemiológica 44, com uma taxa de incidência de 1.994 casos por 100 mil habitantes, distribuídos em 100% (24/24) dos municípios. Foram confirmados 28,2% de Dengue, Chikungunya e Zika (199/5.875; 3251/6.726; 8/271, respectivamente). Dois municípios não apresentaram casos confirmados. Os confirmados estão distribuídos em todas as faixas etárias, mostrando uma concentração de 60,5% (7.723/12.872) dos casos nas idades entre 15 e 49 anos, e o sexo feminino corresponde a 55,0% (7.080/12.872) dos casos. Nenhum caso de dengue com sinais de alarme (DCSA) foi confirmado e não existem casos de dengue grave (DG) e nem registros de óbitos. Nos resultados referentes ao controle vetorial, as visitas domiciliares mostram (23/24) municípios acima de 90%, e um (1/24) município com 88%. Já o Índice de Infestação Predial apresenta-se satisfatório, sendo 54,16% (13/24), ou seja, abaixo de 1%, e onze (11/24) apresentam índices acima da normalidade. Até o 3º monitoramento realizado em setembro de 2017, 62,5% (15/24) estão sem registro (SR) e 37,5% (9/24) apresentam registros válidos para os indicadores de Notificação oportuna e Investigação adequada. **CONCLUSÃO:** Devido a uma série de fatores, que vão desde a diversidade de agentes infecciosos envolvidos e as manifestações clínicas, na mesma proporção de importância estão os fatores socioeconômicos, ocasionando um grande prejuízo às regiões afetadas. Portanto, há uma importância da efetividade e adesão para o incentivo do “Todos contra o mosquito”, visando à melhoria epidemiológica das arboviroses. **RECOMENDAÇÕES:** É necessário o melhor entendimento da biologia dos arbovírus e ações no desenvolvimento de diagnóstico laboratorial rápidos e efetivos (Testes Rápido), treinamento de recursos humanos nos níveis de comprometimento, meios efetivos de educação sanitária e melhoria das condições gerais das populações de risco.

7.8 SURTO DE DOENÇA MENINGOCÓCICA NO MUNICÍPIO DE PARAMBU–CE, EM MAIO DE 2017

Aline Albuquerque Barros Holanda, Tatiana Cisne Souza, KellynKessiene de Sousa Cavalcante, Ana Karine Borges Carneiro

INTRODUÇÃO: A meningite consiste na inflamação das meninges, que são as membranas que circundam o cérebro e a medula espinhal. A doença meningocócica (DM) é uma infecção bacteriana aguda, ocorrendo no Brasil, de forma endêmica com ocorrência esporádica de surtos em vários municípios. No Ceará, a doença meningocócica também apresenta comportamento endêmico, sendo o meningococo C prevalente no estado. A partir de 2013, ocorre uma queda na incidência da DM, passando de 88 casos, em 2012, para 20, em 2016. Atualmente, a taxa de letalidade no Estado é de 35%, aproximadamente (CEARÁ, 2017). Nos últimos anos, não houve registro da doença meningocócica no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, tampouco no DATASUS para o município de Parambu–CE (SINAN, 2017). O trabalho justificou-se pela necessidade da identificação do tipo de surto ocorrido no município de Parambu para que as medidas de prevenção e controle da doença fossem realizadas de forma eficiente, interrompendo assim a fonte de transmissão e eliminando o risco da doença se disseminar. **OBJETIVO:** Descrever o surto de doença meningocócica ocorrido no município de Parambu, em maio de 2017. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Entre os dias 13 de maio e 02 de junho de 2017, foram confirmados cinco casos de Doença Meningocócica no município de Parambu, no Ceará. Todos os acometidos eram do sexo masculino, com faixa etária de 26 a 54 anos, de quatro localidades diferentes do município, sendo que dois casos evoluíram para óbito. A bactéria *Neisseriameningitidis* C foi isolada em amostras de três casos. Diante desse cenário e com a confirmação de surto comunitário, houve a recomendação da vacinação da população (além da faixa etária prevista para vacinação de rotina) como estratégia de interrupção da cadeia de transmissão no município, que há dezesseis anos não registrava a doença em seu território. Portanto, o município realizou a vacinação com a vacina Meningocócica C, em que priorizou o sexo masculino entre faixa etária de 20 a 49 anos, e, posteriormente, realizou a vacinação de toda a população de 7 a 49 anos de idade, de ambos os sexos. Ressalta-se que essa decisão foi baseada no cenário epidemiológico e acordada entre a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Municipal

de Parambu. Foi realizado um estudo descritivo, utilizando o Sistema de Agravos de Notificação. A análise descritiva consistiu no cálculo de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e dispersão. **RESULTADOS:** Dos cinco casos, todos pertenciam ao sexo masculino, de origem parda, na faixa etária de 26 a 54 anos (mediana de 32 anos). Dentre os sintomas mais persistentes, têm-se febre, cefaleia, mialgia generalizada e, em seguida, rigidez de nuca e vômito. Dos 88 contatos íntimos e prolongados investigados: 19 (21,6%) foram do caso 1; 25 (28,4%) do caso 2; 25 (28,4%) do caso 3; e 19 (21,6%) do caso 4, totalizando 136 contatos que receberam a quimioprofilaxia para doença meningocócica com as medicações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Durante as investigações, nenhum dos contatos possuía sinais e sintomas descritos na definição de caso. **CONCLUSÃO:** Ocorreu um surto comunitário de Doença Meningocócica entre os dias 13 e 30 de maio de 2017, em Parambu, no estado do Ceará. Foram identificados três casos primários (caso 1, 3 e 5) e dois casos secundários (caso 2 e 4). 156 contatos foram identificados durante as investigações realizadas pelas equipes das Secretarias de Saúde do município de Parambu e do estado do Ceará, sendo realizada a quimioprofilaxia entre os dias 20 de maio e 02 de junho de 2017. Apenas três dos casos (caso 3, 4 e 5) tiveram o sorogrupo identificado. **RECOMENDAÇÕES:** A Secretaria da Saúde do município de Parambu foi recomendada que as equipes de profissionais da saúde do município fossem mantidas em estado de alerta para o surgimento de novos casos suspeitos e/ou confirmados de meningite, por meio de capacitações, realizando assim um manejo clínico adequado com suspeição e tratamento precoce a fim de reduzir a letalidade, a implantação de um "Núcleo de Vigilância Epidemiológica no Hospital Municipal de Parambu", garantindo assistência psicológica aos familiares dos casos de óbito e a veracidade das informações sobre o surto para a população, além de produzir relatório final do surto (município).

8. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

8.1 CAPACITAÇÃO DAS MERENDEIRAS DA 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE EM BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE ALIMENTOS

Vânia Maria Cavalcante De Sousa

INTRODUÇÃO: A escola é um ambiente favorável para o desenvolvimento, formação ou correção de hábitos alimentares saudáveis. No ambiente escolar, deve ser oferecida uma alimentação saudável, pois uma criança bem alimentada apresenta maior aproveitamento escolar, tem equilíbrio necessário para o crescimento e desenvolvimento e mantém as defesas imunológicas. É importante ressaltar que uma cantina saudável não se restringe apenas ao fornecimento de alimentos saudáveis, mas também ao espaço físico e as condições higiênico-sanitárias adequadas para não comprometer a saúde dos escolares (SILVA, 2009). É importante avaliar fatores como o local onde os alimentos são manipulados, armazenados, expostos e servidos. A cantina deve ser instalada em locais que atendam às normas preconizadas pela vigilância sanitária a fim de garantir boas condições higiênico-sanitárias do alimento preparado (BRASIL, 2007; BRASIL, 2004). Germano & Germano (2001) afirmam que a alta incidência de doenças transmitidas por alimentos (DTAs) tem origem, na sua maioria, em procedimentos incorretos, relacionados aos hábitos de higiene pessoal dos manipuladores, higiene com o ambiente e com os alimentos. Por isso, todo pessoal que esteja ligado à produção de alimentos deve ser adequadamente treinado em conceitos de higiene e as práticas de manipulação de alimentos, para evitar que estes sejam contaminados por agentes físicos, químicos ou biológicos provenientes da manipulação direta da matéria prima (CAMPOS, 2003). Pois, a segurança alimentar constitui-se como um direito de todo cidadão (TONEZER & GARCIA, 2008). Em todo o mundo, o consumo de alimentos prontos tem aumentado, bem como no Brasil. Desta forma, observa-se que surtos de intoxicação alimentar são causados por microrganismos patógenos. Quando há condições favoráveis à sua multiplicação, em poucas horas algumas cepas produzem uma toxina termoestável que é responsável por graves complicações clínicas (RADDI et. al., 1988). Os sintomas, que aparecem no período de 1-6 horas após a ingestão do alimento contaminado por microrganismos ou com toxinas, dependendo tipo de alimento, manipulações incorretas e condições favoráveis para proliferação. São caracterizados por Quadro clínico gastrointestinal

podendo ocorrer náusea, vômito, espasmo abdominal e diarreia, havendo na maioria das vezes recuperação rápida do paciente. Em casos severos, muco e sangue são observados no vômito e nas fezes. Em crianças estas doenças podem originar complicações graves conduzindo até a morte (CAMPOS, 2009; AZEVEDO, 2007). Panza&Sponholz. (2008) mostram que estudos feitos pela OMS (1987) em países subdesenvolvidos, mais de 60% das doenças de origem alimentar são provocadas por agentes microbiológicos, ressaltando que o manipulador é o principal veículo dessa transmissão que ocorre em grande parte das vezes no momento do preparo de refeições. Por executarem a higiene pessoal erroneamente e por não seguir as boas práticas de manipulação dos alimentos, estes atos podem servir de veículo ao microrganismo contaminar os alimentos (SILVA et. al., 2003). A instrução dos manipuladores de alimentação, não tem sido encarada com a seriedade e importância devida, pois existem ocorrências de muitos casos de doenças transmitidas por alimentos nos estabelecimentos de ensino (PISTORE & GELINSKIB, 2006). Assim, a produção, preparação, distribuição, armazenamento e comercialização de alimentos com segurança são atividades que exigem cuidados especiais com ambiente de trabalho, equipamentos e utensílios, alimentos, com os manipuladores de alimentos, instalações sanitárias e com controle de pragas, entre outros (SOUZA, 2006). Segundo Madeira & Ferrão (2002), cabe ao responsável técnico à capacitação de pessoal e a elaboração do manual de boas práticas de manipulação. Nas inspeções sanitárias rotineiramente realizadas em escolas dos municípios que compõem a 5ª Regional de Saúde - Canindé foi observado algumas irregularidades referentes à conservação e manipulação dos alimentos da merenda escolar. Estas irregularidades são os resultados do desconhecimento das normas de boas praticas de fabricação de alimentos. **OBJETIVO:** Como medida de enfrentamento aos problemas constatado pela Vigilância Sanitária desenvolveu um projeto de capacitação, tendo como público alvo as merendeiras das escolas, dos municípios de Itatira, Madalena e Caridade municípios que fazem parte da 5ª Regional de Saúde com sede no município de Canindé o Objetivo Geral foi a capacitação e orientação das merendeiras para utilização das normas higiênico-sanitária na fabricação e manipulação de alimentos conforme RDC 216. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** As aulas foram realizadas sempre em parceria com SESA, CRES - Canindé, Secretaria de educação, Técnicos da Vigilância Sanitária do município. Seguindo as etapas: Teórica e pratica onde foram envolvidos profissionais como: nutricionistas educadores escolar, diretores das escolas e o público principal as merendeiras, em primeiro momento foi feito diagnóstico situacional acerca

dos conhecimentos higiênico-sanitários das merendeiras quanto aos procedimentos de fabricação e manipulação dos alimentos, através de uma pesquisa baseada na RDC 216. Posteriormente, foi ministrada uma palestra sobre orientações de boas práticas de higiene, com recomendações para a adequação dos pontos negativos avaliados e, ao fim da capacitação elas responderam um questionário com perguntas baseada na RDC 216 a verificação, teve o intuito de averiguar se houve melhorias nos conhecimentos repassados e se proporcionou mudanças nas Boas Práticas de Manipulação de alimentos

8.2 FOMENTO À INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Gláucia Porto De Freitas Da Costa, Adriana Márcia de Sales Cassiano

INTRODUÇÃO: A Instauração do Processo Administrativo Sanitário, que tem por finalidade apurar as irregularidades sanitárias detectadas e as responsabilidades do infrator, é considerada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como uma das sete ações classificadas necessárias para a Vigilância Sanitária (VISA). À época da realização da 1ª Avaliação do Painel de Indicadores Estratégicos do Estado do Ceará em 2017, observou-se que o Indicador Proporção de municípios que realizam as 7 ações de VISA, consideradas fundamentais e necessárias, apresentou-se na 7ª Região de Saúde com resultado 0%. Diagnóstico da 7ª CRES referente a esse indicador evidenciou ser a Instauração de Processos Administrativos a única ação pendente para o alcance de 100%, fato que possibilitou a inferência de ser o mesmo decorrente da qualificação das atuais equipes de VISA nos municípios, devido à mudança de gestão e à nova composição de equipe. Para a melhoria das ações desempenhadas pela ANVISA é importante, dentre outros fatores, apostar no seu constante aperfeiçoamento por meio de capacitações, que, de acordo com a Política de Educação Permanente em Saúde, devem-se originar no diagnóstico e análise dos problemas na rotina do trabalho. Justifica-se este trabalho de intervenção na possibilidade de fortalecer as ações de VISA na 7ª Região de Saúde, favorecendo o desenvolvimento de competências das equipes técnicas e o cumprimento de metas prioritárias para a melhoria dos serviços ofertados à população. **OBJETIVOS:**

Geral: Fomentar a realização do procedimento Instauração de Processo Administrativo Sanitário nos municípios da 7ª CRES – Aracati. **Específicos:** Realizar Oficina de Capacitação sobre Processo Administrativo Sanitário e monitorar a realização do procedimento nos municípios, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Após reunião realizada na 7ª CRES para exposição e monitoramento do Painel de Indicadores Estratégicos do Estado, diante da situação do indicador da VISA da 7ª CRES, foram elencadas duas estratégias no Plano de Ação 2017, para a melhoria do referido indicador: realizar Oficina sobre Processo Administrativo Sanitário e monitorar a evolução do indicador das Ações de VISA na Região. Quanto à primeira estratégia, a capacitação foi ofertada no mês de agosto para os coordenadores municipais de VISA e representação de fiscais sanitários dos municípios de Aracati,

Fortim, Icapuí e Itaiçaba, com total de 11 participantes e executada em 3 etapas: 1) Exposição dialogada do diagnóstico situacional das ações de VISA, de acordo com o Painel de Indicadores Estratégicos; 2) Exposição dialogada sobre Processo Administrativo, com repasse de informações teóricas; e 3) Exercício Prático Simulado, com exposição de estudo de casos sobre experiências vivenciadas pelo município de Aracati, no tocante à Instauração de Processo Administrativo, com relatos de casos simples e complexos. A segunda estratégia foi o monitoramento realizado pela equipe da 7ª CRES para a avaliação da evolução do indicador na Região, por meio do SIA. **RESULTADOS:** De acordo com o referido monitoramento, apenas o município de Aracati vem realizando a instauração de processo administrativo desde abril, e os resultados alcançados no indicador da Região revelam impacto da intervenção, visto que os municípios de Fortim e Icapuí começaram a registrar a realização do procedimento no SIA, após realização da Oficina sobre Processo Administrativo. Portanto, houve avanço no indicador da VISA no Painel de 25% para 75% na 7ª Região de Saúde. Diante dos resultados apresentados de agosto a novembro do corrente ano, conclui-se que a Educação Permanente é uma ferramenta de fundamental importância para o desenvolvimento de competências nas equipes de VISA dos municípios. **CONCLUSÃO:** Por meio da qualificação proporcionada pela 7ª CRES às equipes de VISA da nova gestão, alcançou-se avanço no indicador, o que colaborou especialmente para o fortalecimento das ações de VISA nos territórios e a consequente melhoria dos serviços prestados à população. **RECOMENDAÇÕES:** Para o campo da saúde: qualificar as equipes elencadas para trabalharem nas ações de VISA, com o advento da mudança de gestão municipal da pasta da Saúde; e utilizar a Educação Permanente, como ferramenta de gestão, visando ao bom desenvolvimento das ações nas diversas áreas da saúde, com o intuito de contribuir para sanar as fragilidades nos processos de trabalho.

8.3 FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA REGIÃO DE SAÚDE DE JUAZEIRO DO NORTE

Geórgia Xavier Esmeraldo Arrais, Lucia Maria De Lima Paiva, Assilon Freitas

INTRODUÇÃO: Considerando a importância da implementação das ações da vigilância sanitária para a redução dos riscos e agravos à saúde e fortalecimento da promoção e proteção da saúde da população, a 21ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) – Juazeiro do Norte identificou que desde a implantação do Painel de Indicadores Estratégicos de Vigilância em Saúde do Ceará, em 2016, pela Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM/SESA, os municípios que compõem a Região de Saúde de Juazeiro do Norte (Barbalha, Cariri, Granjeiro, Jardim, Juazeiro do Norte e Missão Velha) não apresentavam resultado satisfatório no indicador relacionado à Vigilância Sanitária. Nessa perspectiva, identificou-se a necessidade de desenvolver algumas estratégias para colaborar com o fortalecimento das ações relacionadas a essa vigilância na Região de Saúde. **OBJETIVOS:** Capacitar os técnicos municipais da Vigilância Sanitária sobre as ações a serem executadas, monitorar a alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e apoiar as equipes técnicas municipais no fortalecimento das ações relacionadas à Vigilância Sanitária. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A presente intervenção aconteceu no período de abril a outubro de 2017 e teve como participantes a Coordenadora e dois técnicos da 21ª CRES, as equipes municipais da Vigilância Sanitária e as Secretárias de Saúde da Região de Juazeiro do Norte. Considerando os resultados municipais apresentados no Painel de indicadores em 2016, a mudança de gestor em todos os municípios da Região em 2017 e a alteração em quase todas as equipes municipais, diversas ações foram realizadas. Inicialmente, foi organizada uma capacitação em Vigilância Sanitária, promovida pela 21ª CRES em abril de 2017, com carga horária de 40 horas semanais, que abordou, dentre outros assuntos, as sete ações prioritárias a serem desenvolvidas pela vigilância sanitária municipal. Para melhor apoiar as equipes técnicas municipais, a equipe da CRES também foi capacitada: a Coordenadora participou de um Curso Básico de Vigilância Sanitária promovida pela ESP no Cariri, em julho de 2017, e uma técnica participou de um curso nessa área promovido pela ESP, realizado em Fortaleza, em setembro do ano corrente. Outra importante atividade desenvolvida foi o monitoramento, nas reuniões mensais da Comissão Intergestora Regional – CIR, das informações registradas pelos municípios no

SIA, o que contribuiu para que as Secretárias de Saúde e suas equipes municipais visualizassem as ações que estavam sendo alimentadas e as ações que precisavam ser fortalecidas. Mais uma importante estratégia utilizada foi a CRES Itinerante no mês de agosto do ano corrente, quando a equipe técnica da Coordenadoria Regional se deslocou para realização do monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde na Secretaria de Saúde de alguns municípios da Região, momento oportuno em que foi reforçado sobre o indicador da vigilância sanitária referido no Painel de indicadores da COPROM.

RESULTADOS: Diante de todas essas atividades desenvolvidas, observaram-se alguns avanços relacionados à Vigilância Sanitária na Região de Saúde de Juazeiro do Norte. Após a capacitação realizada na CRES, em abril de 2017, houve alimentação do SIA por 100% dos municípios da Região de Saúde, alimentação que permanece mantida pela maioria dos municípios. Outro resultado importante foi a melhoria considerável no indicador da vigilância sanitária do Painel de indicadores estratégicos de Vigilância em Saúde, com cinco (83,33%) desses municípios desenvolvendo as sete ações de Vigilância Sanitária, até setembro de 2017. Todos esses resultados contribuem para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população dessa região. **CONCLUSÃO:** Os resultados satisfatórios relacionados às ações da vigilância sanitária apresentados pelos municípios da Região de Juazeiro do Norte ocorreram sobretudo pelo monitoramento em tempo hábil, realizado pela 21ª Coordenadoria Regional de Saúde nas reuniões da CIR e na CRES itinerante, bem como pelas ações desenvolvidas e informações alimentadas oportunamente pelas equipes municipais da vigilância sanitária no sistema de informação. **RECOMENDAÇÕES:** A alimentação dos sistemas de informação em tempo hábil pelas equipes técnicas das Secretarias de Saúde e o apoio imprescindível das Coordenadorias Regionais de Saúde por meio do monitoramento permanente dos indicadores de saúde, considerando as particularidades de cada município.

8.4 GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL LOCALIZADO NA CIDADE DE SOBRAL – CEARÁ

Gilson Mouta Cisne, Monica Souza Lima, Maria De Fátima Nogueira Coimbra, Lucélia Pinto Lopes

INTRODUÇÃO: O crescimento constante das populações vem gerando grande problemática ao meio-ambiente, pois quanto maior é a população humana maior é o consumo de alimentos e recursos naturais. A problemática que envolve os resíduos de serviços de saúde reside em questões relevantes, que têm sido alvo de investigações e constantes estudos, em âmbito nacional e internacional. **OBJETIVO Geral:** Analisar o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde na emergência de um hospital localizado na cidade de Sobral, região norte do estado do Ceará. **OBJETIVOS Específicos:** Identificar os tipos de resíduos gerados; avaliar a segregação e acondicionamento dos resíduos gerados nas Unidades de Saúde; e propor e recomendar, a partir dos resultados, medidas que contribuam com ajustes e melhorias no gerenciamento de resíduos do estabelecimento de saúde investigado. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A legislação a ser usada é a do órgão fiscalizador, ANVISA, assim, o tipo de estudo é descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos têm como objetivo a descrição das características de determinada população e é caracterizado pela utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados (GIL, 2006). Esse tipo de estudo enfatiza o ato de medir e de analisar as relações causais entre as variáveis, e não processos (DENZIN; LINCON, 2006), A pesquisa foi realizada em um hospital de grande porte localizado no município de Sobral. Os dados foram coletados por meio de questionário elaborado como referencial a RDC 306/2004, com visitas que captaram a forma como ocorre o manejo dos resíduos. No período de julho de 2017. **RESULTADOS:** A apresentação dos resultados foi dividida em dois momentos, sendo o primeiro a descrição dos dados decorrentes da observação e o segundo das entrevistas. Os grupos de Resíduos Sólidos de Saúde gerados na emergência foram do Grupo A, B e D. Observou-se a segregação de alguns resíduos, como os perfurocortantes, restos de alimentos provenientes da copa e resíduos provenientes de banheiros de funcionários. Os produtos químicos utilizados nessa área, como o hipoclorito de sódio e o glutaraldeído (2%) são lançados provavelmente em grande quantidade na rede de esgoto. Foram encontrados resíduos do Grupo A e D. Vários resíduos desse grupo como papéis e

plásticos poderiam ser reciclados, entretanto são acondicionados como resíduos do Grupo D para refugo, sendo desprezados junto com os resíduos orgânicos comuns. Outros resíduos do Grupo D como materiais médico-hospitalares que são submetidos à descontaminação podem ser acondicionados em sacos plásticos pretos para destino final em aterro. Foi possível acompanhar o manejo dos RSS com a observação não participante, uma vez que o pesquisador percorreu todo o trajeto dos resíduos dentro da emergência do hospital estudado, desde o momento de sua geração até a apresentação para a coleta externa. **CONCLUSÃO:** Considerando o estudo realizado, verificou-se que a implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde elaborado pela instituição pode minimizar o risco de acidente dos profissionais de saúde, diminuir o volume dos resíduos gerados e diminuir os riscos de contaminação do ambiente, oferecendo maior segurança à população. **RECOMENDAÇÕES:** É necessária uma capacitação entre todos os profissionais envolvidos na segregação dos resíduos com objetivo de reduzir os riscos à população e ao meio ambiente.

8.5 PESQUISA DE HELMINTOS DO GÊNERO *CLINOSTOMUM SP.* EM PEIXES NA BACIA DO RIO SALGADO EM ICÓ – CE

Luciana Barreto Araújo Anna Florença Araújo Pinh, Mara Núbia Pinto Amâncio, Fabrine Alexandre dos Santos, Maria Socorro Cavalcante Aquino, José Francisco Barros

INTRODUÇÃO: A infestação por metacercárias de *Clinostomum sp.* nos peixes causa a chamada doença dos pontos amarelos, e constituiu-se evento inusitado na Região, causando preocupação sobre os riscos à saúde e insegurança alimentar da população. Dessa forma, tornou-se necessário investigar questões importantes, tais como: exposição ao problema, definição biológica do parasita, transmissores e hospedeiros, riscos à saúde, atuação da vigilância sanitária na prevenção e divulgação de informações. **OBJETIVOS:** Descrever a investigação de metacercárias de *Clinostomum sp.* em peixes de importância na cultura de subsistência em Icó-CE. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O cenário da prática envolve comunidades ribeirinhas situadas às margens dos Rios Salgado e Jaguaribe. A investigação iniciou em abril de 2017 e aguarda laudo conclusivo. Em abril de 2017, a população encontrou larvas em peixes e acionou a vigilância sanitária municipal. A equipe se deslocou ao local procedendo à coleta dos peixes e encaminhando-os para análise pelo Laboratório de Saúde Pública (LACEN-CE). Posteriormente, a equipe do Núcleo de Vetores da Secretaria da Saúde do Estado (SESA) convocou o coordenador da vigilância sanitária municipal para reunião, com objetivo de aprofundar o estudo e traçar um plano de intervenção. Em seguida, a SESA enviou técnicos para nova investigação, que, juntamente com a equipe do município e da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, foram *in loco* coletar amostras de moluscos, que, segundo Kabata (1985), são hospedeiros intermediários das metacercárias. Os aspectos metodológicos relacionados à coleta, identificação dos peixes e moluscos são, em linhas gerais, os mesmos utilizados nos estudos de campo relacionados aos transmissores da esquistossomose, que podem ser consultados em Amaral *et al.*(2008). O material colhido foi identificado e transportado ao LACEN, que encaminhou os peixes ao Laboratório de Inspeção e Tecnologia de Pesca, do Departamento de Tecnologia de Alimentos, da Faculdade de Veterinária da Universidade Federal Fluminense. Os moluscos foram enviados à FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz. Foram examinados 9 exemplares de duas espécies de peixes de água doce (*Prochilodus lineatus* e *Leporinus obtusidens*), e várias amostras de moluscos. Foram realizadas ações educativas e buscas ativas nas

localidades ribeirinhas e adjacências para identificação de possíveis agravos junto à população. **RESULTADOS:** Persiste a presença peixes contaminados, inclusive em outras localidades sem qualquer ligação com as inicialmente investigadas. Tal fato vem agravando a situação, pois, com a falta de chuvas, a baixa vazão e o assoreamento provocado, fizeram o rio secar quase em sua totalidade, dificultando novas coletas. Contudo, vale lembrar que no momento da primeira coleta a pesca estava proibida devido ao período da piracema, época de reprodução dos cardumes. Porém, com a possível chegada das chuvas, no inverno, o problema de contaminação de peixes deve aumentar. A recomendação é não consumir peixes da região, nem tomar banho no rio, tendo em vista que a larva pode penetrar a pele humana. As Secretarias do Meio Ambiente do Município e do Estado foram acionadas para averiguação da possível presença de caramujos em açudes com criatório de peixes. **CONCLUSÃO:** A análise das amostras de peixes capturados demonstrou uma frequência de parasitismo por metacercárias de *Clinostomum sp.* Os laudos iniciais mostram o gênero *Clinostomumsp*, mas não definiram a espécie. Quanto ao laudo dos moluscos foi inconclusivo, pois o tipo encontrado é diferente de todos os demais municípios envolvidos, tratando-se de *Distomabrevifurcadaapharingiadacercária* (FIOCRUZ, 2017), do tipo cercariano que pode causar dermatite cercariana, ou coceira do nadador. Portanto, pode tratar-se de uma nova espécie encontrada na região. Desse modo, a FIOCRUZ solicitou novas amostras para conclusão. **RECOMENDAÇÕES:** As larvas de trematódeos apresentam importância sanitária, visto que são estágios de transmissão de dois grupos básicos de doença: a esquistossomose e as doenças de transmissão alimentar. No Brasil, o gênero *Clinostomumsp* tem sido alvo de estudos devido aos prejuízos econômicos acarretados pela má aparência dos peixes para comercialização. Estudos parasitológicos nessa área do conhecimento devem ser encorajados e podem resultar na determinação da ocorrência de novas áreas de transmissão e de outros parasitos que podem, no futuro, adquirir relevância sanitária.

9. AÇÕES DE IMUNIZAÇÕES

9.1 MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO NA REGIÃO DE SAÚDE DE ACARAÚ

Ediléia Marcela Dutra, Lázaro Pereira da Cunha, Rogério Edvar dos Santos

INTRODUÇÃO: Este relato tem por finalidade apresentar as experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho dos técnicos da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde – Acaraú no âmbito da vigilância em saúde com recorte das ações de imunização, em 2016, ano em que a Secretaria de Saúde do Ceará criou o Painel de Indicadores Estratégicos de Vigilância em Saúde definiu os indicadores prioritários para o monitoramento e avaliação da situação de saúde do estado. **OBJETIVO:** Consolidar a rotina de monitoramento e avaliação nas CRES e, assim, possibilitar o planejamento das ações de vigilância em saúde. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** No âmbito da imunização, foram elencados três indicadores: proporção de salas de vacina com alimentação mensal do SI-PNI; taxa de abandono no esquema de vacinação da tríplice viral; e proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas. Inicialmente, foi feita uma análise dos indicadores de imunização. Observou-se que no indicador 1 apenas 23 (28,7%) das salas de vacina estavam informando o SIPNI, e, no indicador 2, a região de saúde estava com -10,3% (SIPNI, jan-2016), desempenho abaixo do preconizado pelo Painel de Indicadores (vermelho). No indicador 3, a região estava com um desempenho intermediário (amarelo) de 57% (SIPNI, jan-2016). Foram inclusas na rotina de trabalho dos técnicos da CRES ações com vistas à melhoria do desempenho dos municípios nos indicadores de imunização. Dentre as atividades, destacam-se: monitoramento mensal dos sistemas de informação com ênfase para envio das informações no período preconizado pelo Ministério da Saúde; envio de doses aplicadas; coberturas vacinais; evento adverso pós-vacinal; salas de vacina enviando o SIPNI; reuniões sistemáticas com os coordenadores municipais de vigilância epidemiológica para análise e discussão dos indicadores do Painel de Indicadores (dentre os quais os de imunização); e apresentação desses indicadores na reunião da Comissão Intergestores Regional – CIR. Destacam-se nessas reuniões (principalmente as realizadas com os coordenadores municipais de imunização) que devem ser identificadas as dificuldades dos municípios em atingir os indicadores e as estratégias para a sua resolução. Na

reunião de CIR, eram socializados os resultados e demandas das reuniões com os técnicos municipais. Quanto ao indicador 1, os coordenadores relataram falta ou escassez de computadores nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e dificuldade dos profissionais de saúde em digitar o SIPNI. Foram apontadas como estratégias de resolução que a digitação do SIPNI fosse centralizada na Secretaria de Saúde, seguindo um cronograma predefinido, enquanto os municípios não providenciavam a compra dos computadores para as UBS. Quanto aos indicadores 2 e 3, foram apontadas como dificuldades: áreas de fronteiras entre os municípios; fluxo aumentado de pessoas em municípios turísticos; deslocamento das famílias no território; e demora do PNI em disponibilizar os dados postergando a sua análise. Dentre as estratégias apontadas, destacam-se a análise permanente da coerência das informações geradas pelas equipes de saúde e adoção do relatório de faltosos para busca ativa desses usuários. Nesses momentos, também foram evidenciados os aspectos positivos e que deveriam ser reforçados, como: experiência de alguns coordenadores municipais, socializando-as com os demais técnicos, e boa comunicação entre os municípios e a CRES. **RESULTADOS:** Dentre os resultados alcançados, destacam-se a ampliação do número de salas de vacina informando regularmente o SIPNI, de 23 (28,7%) para 46 (57,5%); diminuição da taxa de abandono de -10,3% para 6%; melhoria da cobertura vacinal de 57% para 100% das vacinas com cobertura vacinal adequada; prática da análise sistemática dos indicadores de imunização pela CRES e municípios; e realização de três oficinas nos municípios que ainda não informavam o SIPNI (Acaraú, Jijoca e Marco). **CONCLUSÃO:** Conclui-se que as ações realizadas promoveram um impacto positivo nos indicadores de saúde, em que foi inferida uma ampliação do acesso da população aos benefícios decorrentes das ações de imunização. Ressalta-se que também houve um impacto positivo para a organização do processo de trabalho dos técnicos da CRES e dos municípios com incorporações de monitoramento e avaliação às ações de imunização. **RECOMENDAÇÕES:** Recomenda-se permanente monitoramento e avaliação das informações em saúde com vistas a possibilitar o planejamento das ações.

9.2 PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DO SORO ANTIBOTRÓPICO NA MACRORREGIÃO DO CARIRI: GARANTINDO O ATENDIMENTO NO INTERIOR DO CEARÁ

Geórgia Xavier Esmeraldo Arrais

INTRODUÇÃO: O Estado do Ceará é dividido em cinco macrorregiões de saúde, dentre elas a Macrorregião do Cariri, composta pelas Regiões de Saúde de Iguatu, Icó, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte. A Região de Juazeiro do Norte foi eleita pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA/CE como a representante da Macrorregião Cariri desde 2016, sendo responsável pelo recebimento, controle e dispensação de soro antitoxinotrópico, utilizado em acidentes por animais peçonhentos. **OBJETIVOS:** Organizar o fluxo desse soro na Macrorregião do Cariri e agilizar o atendimento aos pacientes acometidos por animais peçonhentos no interior do Ceará, evitando o deslocamento do paciente para a capital do estado. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Teve início em 2016 e continua vigente até os dias atuais, tendo como participantes as cinco regiões da Macrorregião do Cariri. Desde que esse compromisso foi assumido pela 21ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, diversas atividades têm sido realizadas, garantindo dessa forma o cumprimento do fluxo determinado pela SESA e reduzindo o risco de morte dos pacientes. O planejamento foi ponto fundamental para que essa experiência tivesse sucesso. Em Juazeiro do Norte, a SESA realizou uma oficina macrorregional que contou com a presença da Coordenação Estadual de Imunização, de técnicos e de Coordenadores das CRES, para alinhamento do fluxo a ser cumprido em caso de acidente por animais peçonhentos. Foram realizadas diversas reuniões técnicas com a equipe da 21ª CRES, com o intuito de organizar o fluxo do soro antitoxinotrópico na Macrorregião Cariri e definir a equipe de plantão para dispensação do referido soro nos finais de semana, quando necessário. Outra ação importante foi a definição do Hospital Regional do Cariri – HRC como hospital de referência para recebimento de pacientes que necessitem de atendimento médico e administração do soro, ficando a 21ª CRES encarregada, a partir de então, de repor o soro antitoxinotrópico do HRC e não mais distribuir o antídoto para as demais regiões de saúde da Macrorregião Cariri. Enquanto representante da Macrorregião Cariri na distribuição do referido soro, outra atividade desenvolvida pela 21ª Coordenadoria Regional de Saúde diz respeito à consolidação de informações sobre as ampolas administradas em pacientes da macrorregião,

consolidadas em uma planilha e enviada para a SESA às quartas-feiras. **RESULTADOS:** Considerando todas essas estratégias desenvolvidas a partir da descentralização do soro antioftrópico, observaram-se valiosos e respeitáveis resultados, como a ausência de óbito de paciente por falta de acesso ao soro antioftrópico, nenhuma transferência de paciente do interior para a Capital do Ceará para administração do referido soro e o seguimento, à risca, do fluxo estabelecido pela SESA. **CONCLUSÃO:** As estratégias utilizadas para a organização do fluxo e para a dispensação do soro antioftrópico, o diálogo entre a 21ª CRES e o HRC e as demais Coordenadorias Regionais de Saúde, bem como a avaliação permanente das ações desenvolvidas pela 21ª CRES foram imprescindíveis para a garantia do atendimento ao paciente acometido por animal peçonhento no interior do Ceará. **RECOMENDAÇÕES:** Nesse sentido, recomenda-se a permanência do apoio imprescindível que o nível central da SESA tem dado às Coordenadorias Regionais de Saúde no processo de descentralização do soro antioftrópico e à continuidade do planejamento e da avaliação das ações desenvolvidas pelas CRES para a garantia do seguimento do fluxo estabelecido.

9.2 PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DO SORO ANTIBOTRÓPICO NA MACRORREGIÃO DO CARIRI: GARANTINDO O ATENDIMENTO NO INTERIOR DO CEARÁ

Geórgia Xavier Esmeraldo Arrais

INTRODUÇÃO: O Estado do Ceará é dividido em cinco macrorregiões de saúde, dentre elas a Macrorregião do Cariri, composta pelas Regiões de Saúde de Iguatu, Icó, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte. A Região de Juazeiro do Norte foi eleita pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA/CE como a representante da Macrorregião Cariri desde 2016, sendo responsável pelo recebimento, controle e dispensação de soro antitoxinotrópico, utilizado em acidentes por animais peçonhentos. **OBJETIVOS:** Organizar o fluxo desse soro na Macrorregião do Cariri e agilizar o atendimento aos pacientes acometidos por animais peçonhentos no interior do Ceará, evitando o deslocamento do paciente para a capital do estado. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Teve início em 2016 e continua vigente até os dias atuais, tendo como participantes as cinco regiões da Macrorregião do Cariri. Desde que esse compromisso foi assumido pela 21ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, diversas atividades têm sido realizadas, garantindo dessa forma o cumprimento do fluxo determinado pela SESA e reduzindo o risco de morte dos pacientes. O planejamento foi ponto fundamental para que essa experiência tivesse sucesso. Em Juazeiro do Norte, a SESA realizou uma oficina macrorregional que contou com a presença da Coordenação Estadual de Imunização, de técnicos e de Coordenadores das CRES, para alinhamento do fluxo a ser cumprido em caso de acidente por animais peçonhentos. Foram realizadas diversas reuniões técnicas com a equipe da 21ª CRES, com o intuito de organizar o fluxo do soro antitoxinotrópico na Macrorregião Cariri e definir a equipe de plantão para dispensação do referido soro nos finais de semana, quando necessário. Outra ação importante foi a definição do Hospital Regional do Cariri – HRC como hospital de referência para recebimento de pacientes que necessitem de atendimento médico e administração do soro, ficando a 21ª CRES encarregada, a partir de então, de repor o soro antitoxinotrópico do HRC e não mais distribuir o antídoto para as demais regiões de saúde da Macrorregião Cariri. Enquanto representante da Macrorregião Cariri na distribuição do referido soro, outra atividade desenvolvida pela 21ª Coordenadoria Regional de Saúde diz respeito à consolidação de informações sobre as ampolas administradas em pacientes da macrorregião,

consolidadas em uma planilha e enviada para a SESA às quartas-feiras. **RESULTADOS:** Considerando todas essas estratégias desenvolvidas a partir da descentralização do soro antiofídico, observaram-se valiosos e respeitáveis resultados, como a ausência de óbito de paciente por falta de acesso ao soro antiofídico, nenhuma transferência de paciente do interior para a Capital do Ceará para administração do referido soro e o seguimento, à risca, do fluxo estabelecido pela SESA. **CONCLUSÃO:** As estratégias utilizadas para a organização do fluxo e para a dispensação do soro antiofídico, o diálogo entre a 21ª CRES e o HRC e as demais Coordenadorias Regionais de Saúde, bem como a avaliação permanente das ações desenvolvidas pela 21ª CRES foram imprescindíveis para a garantia do atendimento ao paciente acometido por animal peçonhento no interior do Ceará. **RECOMENDAÇÕES:** Nesse sentido, recomenda-se a permanência do apoio imprescindível que o nível central da SESA tem dado às Coordenadorias Regionais de Saúde no processo de descentralização do soro antiofídico e à continuidade do planejamento e da avaliação das ações desenvolvidas pelas CRES para a garantia do seguimento do fluxo estabelecido.

9.3 VACINAÇÃO NOS NÚCLEOS DE SAÚDE DOS VAPT VUPT: UMA EXPERIÊNCIA VOLTADA NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM FORTALEZA, CEARÁ

Natalya Regina Varela De Moraes, Camila Maria Marques Bastos, Maria Júlia Araújo Borges, Marcos Aurélio Sousa da Silva, Ana Vilma Leite Braga, SuramaValenaElarrat Canto, Natalya Regina Varela de Moraes, Fernanda Costa Campos

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos, o tema promoção da saúde vem sendo abordado em todo o mundo. A saúde é compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido, onde convém intervir não apenas na redução dos riscos de doenças, mas também assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida "vivida". Os termos "qualidade de vida" e "promoção de saúde" estão interligados, sendo complementares um ao outro. O VaptVupt é uma central de atendimentos que oferece serviços públicos e prestações de serviços aos cidadãos. No estado do Ceará existem quatro unidades: duas em Fortaleza (nos bairros Messejana e Antônio Bezerra), uma em Juazeiro do Norte e uma em Sobral. Em setembro de 2016, foram implantados os Núcleos de Saúde nas unidades de Fortaleza, onde são oferecidos serviços de vacinação, aferição de pressão arterial (PA) e glicemia, distribuição de preservativos femininos e masculinos, além de palestras com temáticas voltadas para a prevenção e promoção da saúde. A inauguração, entretanto, só aconteceu no mês de novembro de 2016. Os Núcleos de Saúde são compostos por uma equipe multiprofissional, a qual é formada por: uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e um auxiliar administrativo. A atuação das equipes multiprofissionais na assistência, prevenção e promoção da saúde proporciona uma maior proximidade da população com os serviços. **OBJETIVO:** Divulgar o serviço de imunização nos Núcleos de Saúde inseridos nos VaptVupt do município de Fortaleza, localizados nos bairros de Antônio Bezerra e Messejana, no período de novembro de 2016 a agosto de 2017. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, no levantamento das doses de vacinas aplicadas em cada Núcleo de Saúde, no período de novembro de 2016 a agosto de 2017. **RESULTADOS:** No levantamento das doses no período de novembro de 2016 a agosto de 2017, foi encontrado um total de 5.699 pessoas vacinadas, sendo 2.110 (37%) no VaptVupt de Antônio Bezerra e 3.589 (63%) no de Messejana. Quanto ao sexo, no Núcleo de Antônio Bezerra foram vacinadas 1077 (51%) mulheres e 1033 (49%) homens. Já no Núcleo de Messejana, 1982 (55,2%) eram do sexo feminino e 1607 (44,8%) do sexo

masculino. A pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde se dá por duas possíveis causas: a primeira é que a identidade masculina estaria associada à desvalorização do auto-cuidado e à ausência de preocupação com a saúde; a segunda é que os homens procuram por serviços de saúde que respondam mais objetivamente às suas demandas, são atendidos com mais rapidez e tem mais facilidade na exposição de seus problemas. Quanto à faixa etária, no Núcleo de Antônio Bezerra foram vacinados 145 (6,9%) crianças, 361 (17,1%) adolescentes, 1523 (72,2%) adultos e 81 (3,8%) idosos. No Núcleo de Messejana foram vacinados 364 (10,1%) crianças, 607 (16,9%) adolescentes, 2357 (65,7%) adultos e 261 (7,3%) idosos. As perdas de oportunidades de vacinação podem estar ligadas à mobilidade da população, à escolaridade, ao esquecimento, à estrutura física da unidade de saúde e à distância da unidade básica de saúde (UBS). A vacinação possui papel fundamental na saúde pública do Brasil, pois, além do bom desempenho em relação ao custo-benefício e a sua segurança, é o único instrumento capaz de controlar doenças imunopreveníveis. **CONCLUSÃO:** A promoção da saúde tem-se mostrado uma excelente estratégia no que diz respeito à saúde coletiva. Percebe-se o quão importante foi a inclusão dos Núcleos de Saúde nos serviços ofertados pelo Vapt/Vupt, pois a população tem a oportunidade de compreender melhor a importância da prevenção e promoção à saúde e sua responsabilidade perante a sociedade. A estratégia dos Núcleos de Saúde, mais especificamente das ações de vacinação, facilitou a aproximação da sociedade. **RECOMENDAÇÕES:** Isso mostra que as pessoas estão se preocupando mais com a saúde e, conseqüentemente, com a prevenção de doenças imunopreveníveis.

10. CONTROLE DE VETORES DE ZONOSSES

10.1 ANÁLISE DE TRATAMENTO PROFILÁTICO ANTIRRÁBICO HUMANO NA 15ª CRES – CRATEÚS NOS ANOS DE 2013 A 2016

Dennis Diderot Fontinele Catunda Melo, Dilene Fontinele Catunda Melo, Flávio Carvalho Soares, Edypo de Sousa Carlos

INTRODUÇÃO: Raiva é uma encefalite viral aguda, transmitida por mamíferos. Todos os mamíferos são considerados fontes de infecção para o vírus da raiva e, portanto, podem transmiti-lo ao homem, destacando-se: cães, gatos, morcegos, cachorros-do-mato, saguis, raposas, bovinos, equinos, suínos, caprinos, dentre outros. A transmissão ocorre quando o vírus contido na saliva e secreções do animal infectado penetra no tecido, principalmente, pela mordedura, e, mais raramente, pela arranhadura e lambedura de mucosas e/ou pele lesionada. Conforme Portaria do Ministério da Saúde n.º 5, de 21 de fevereiro de 2006, todo caso humano suspeito de raiva é de notificação individual, compulsória e imediata à Secretaria de Vigilância em Saúde. **OBJETIVO GERAL:** Realizar análise do tratamento antirrábico humano na população dos municípios da 15ª CRES – Crateús, nos anos de 2013 a 2016. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Realizar levantamento de pessoas agredidas por animais e que passaram por tratamento profilático antirrábico nos anos de 2013 a 2016; realizar levantamento dos animais agressores no período estudado; e analisar a real necessidade do tratamento antirrábico humano baseado na espécie agressora. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um estudo que possui natureza quantitativa, não experimental, em que “causa” e “efeito” são detectados simultaneamente. Durante a análise dos dados, foi possível identificar os grupos de interesse, os “expostos”, os “não expostos”, os “doentes” e os “sadios”, de modo a investigar a associação entre exposição e doença. Possui caráter longitudinal descritivo, pois o estudo ocorreu durante um período de tempo e de maneira contínua. A pesquisa foi realizada na 15ª Regional de Saúde do Estado do Ceará, que é composta por onze municípios: Ararendá, Crateús, Independência, Ipaporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Quiterianópolis, Poranga e Tamboril. Possui uma população de 290.594 habitantes. Os dados coletados referem-se ao período de janeiro do ano de 2013 até dezembro de 2016. O universo do estudo foi constituído pelos casos de pessoas que foram agredidas por animais passíveis de transmitir raiva e dos animais agressores.

Os dados foram coletados das fichas de acompanhamento mensal de profilaxia da raiva, que os municípios encaminham mensalmente para a 15ª CRES – Crateús. Todos os dados foram compilados no programa Microsoft Excel, sendo analisados a partir da utilização da estatística descritiva. **RESULTADOS:** Durante o período do estudo, foram agredidas 2.933 pessoas, sendo que 2.842 foram tratadas (96,89%). Foram utilizadas 5.775 doses de vacina antirrábica nas pessoas tratadas. Das agressões, 1.956 foram causadas por cães (66,68%), 847 foram causadas por gatos(28,87%) e 134 foram causados por outros animais, como macacos, bovinos, suínos ou roedores, num total de 4,56%. Foi possível constatar 1.489 cães e gatos(53,12% desses animais). A quantidade de pessoas que teve tratamento profilático antirrábico foi quase a quantidade de pessoas notificadas, sendo um total de 96,89%. A quantidade de agressões por cães e gatos foi de 95,44%, em que 53,12% desses animais foram observados. É possível observar e acompanhar uma quantidade bem maior desses animais. Segundo orientação do Ministério da Saúde brasileiro, a meta de vacinação de cães é de 80%, e os municípios da 15ª CRES – Crateús conseguem cumprir, sendo que o ano de 2013 foi o de menor porcentagem, vacinando 94,13% da população canina e, no ano de 2015, foram vacinados 80,22% da população felina. De acordo com o esquema de tratamento profilático humano, também de orientação do Ministério da Saúde, pessoas com agressões superficiais, cujo animal pode ser observado não precisam passar pelo tratamento profilático. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que a maioria dos tratamentos profiláticos humanos do estudo foi desnecessária, em vista de que apenas a observação dos animais durante 10 dias seria o indicado, tendo como consequência, economia de vacinas e menor exposição da população humana a imunobiológicos. **RECOMENDAÇÕES:** Sugere-se que os municípios, em parceria com o Estado, realizem treinamentos contínuos nos seus profissionais de saúde.

10.2 ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES: A EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS INTERSETORIAL NOS MUNICÍPIOS DA 18ª CRES

Ivan Eduardo De Oliveira Filho

INTRODUÇÃO. As arboviroses têm representado um verdadeiro desafio em saúde pública no Brasil, pelos alarmantes números de casos, sendo ainda o clima tropical associado ao aumento da urbanização, condição de facilitação da proliferação dos vetores e conseqüentemente do aumento das pessoas em adoecimento. No Ceará, a preocupação com essas doenças também é observada, tendo em vista que, em maio de 2017, mais da metade dos municípios (93 de 184 municípios) apresentaram nível epidêmico de arboviroses numa incidência de 943,5 ocorrências por cada 100 mil habitantes. Na 18ª Região de Saúde do Estado, a preocupação maior ocorre em relação ao município de Catarina, que apresentou incidência de casos com índice de 4.987,9 por 100.000 habitantes, em maio de 2017. O cálculo foi feito pela soma dos casos notificados de dengue, Chikungunya e Zika dividido pela população do município e expresso por 100.000 habitantes. A região apresentava ainda no segundo ciclo (maio de 2017) índice de infestação predial do mosquito *Aedes* nas seguintes ordens: Acopiara, sem informação; Cariús, 3,68; Catarina, 8,98; Dep.Irapuan Pinheiro, 2,54; Iguatu, 2,54; Jucás, 3,55; Mombaça, 4,88; Piquet Carneiro, 7,84; Quixelô, 4,54; e Saboeiro, sem informação. Outra preocupação se referia ao processo de trabalho. Dentre esses, o funcionamento de comitês de controle do *Aedes* propostos por ocasião do lançamento do plano nacional do enfrentamento da microcefalia, que, em toda a região, apenas foi criado no município de Deputado Irapuan Pinheiro. **OBJETIVO:** Apresentar a experiência de controle às arboviroses na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, por meio da implantação dos Comitês Intersetoriais Municipais, de combate ao vetor *Aedes*. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Em relação à situação das arboviroses nos municípios cearenses, o Governador do Estado, visando a diminuir os índices, deflagrou, em 28 abril de 2017, uma campanha de enfrentamento às arboviroses. Na ocasião, convidou instituições e entidades municipais, apresentando critérios técnicos e Termo de Compromisso para incentivar a gestão municipal e nortear as ações de enfrentamento para diminuição dos casos. Nas orientações do Termo de Compromisso constavam: ampliar a cobertura de visitas domiciliares; instauração de um Comitê Intersetorial; monitorar os indicadores de vigilância (investigação adequada e notificação oportuna) das arboviroses; atingir a

cobertura mínima de 80% dos imóveis dos municípios nos ciclos 4,5e6 de 2017; melhorar e manter a classificação dos I.I.P. no período avaliado; cumprir no mínimo um LIRA por *Aedes*; apresentar o Plano Municipal de Ação de Vigilância das Arboviroses para o ano de 2018. Frente às estratégias propostas pela Casa Civil e tendo representantes dos municípios participado da reunião com a governadora da 18ª CRES, foi apresentada a criação dos Comitês Intersetoriais nos Municípios. Nessa perspectiva, foram realizadas diversas reuniões nos municípios, com orientação para: criação dos Comitês por Decreto e a nomeação dos membros por Portaria, compostos por representantes do poder público e da sociedade civil para integração de ações de promoção, prevenção e controle das arboviroses, desenvolvidas por todos os segmentos da sociedade; realização de reuniões quinzenais com deliberações registradas em atas; estabelecimento de estratégias de ações de controle do *Aedes* em conformidade com a realidade de cada município, cabendo à 18ª CRES acompanhar e subsidiar as ações. **RESULTADOS:** Diante da proposta do governador, com apoio da 18ª CRES, os 10 municípios criaram seus comitês (o de Dep. Irapuan Pinheiro criado em 22/02/2015). Como consequência das ações do Comitê, foi possível realizar uma capacitação para os Agentes de Endemias em parceria com CRES e UECE, executar a capacitação para os membros do Comitê e divulgação do aplicativo *Aedes* em foco. A inspeção dos imóveis dos municípios e cumprimento da LIRA foram intensificadas, tendo o 5º ciclo de infestação predial já fechado com relevante diminuição de índices, apresentando: Acopiara, 0,60; Cariús, 0,94; Catarina, 4,12; Deputado Irapuan Pinheiro, 0,60; Iguatu, 0,58; Jucás, 1,52; Mombaça, 0,87; Piquet Carneiro, 0,48; Quixelô, 0,97; e Saboeiro, 1,47. **CONCLUSÃO:** A implantação dos Comitês Intersetoriais de Combate às Arboviroses nos municípios demonstraram uma significativa contribuição para o controle do *Aedes*, além de contribuir para uma maior participação da comunidade. **RECOMENDAÇÕES:** O empoderamento dos representantes das instituições colocados pelos Comitês foi decisivo na operacionalização das ações e como consequência na melhora dos indicadores entomo-epidemiológicos

10.3 IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS VETORES DA FEBRE MACULOSA BRASILEIRA

Israel Guimarães Peixoto, Francisca Samya Silva De Freitas, Francisco Manuel De Freitas Neto, Ivonete Pereira Cavalcante Vieira, Patrícia De Araújo Xavier, Elisângela Maria Rodrigues Pinheiro, Alice Maria Tavares Cavalcante

INTRODUÇÃO: No Brasil, tem-se discutido a necessidade de ampliação e disseminação do conhecimento sobre a possibilidade de ocorrência da febre maculosa brasileira (FMB), além de debate sobre seus sintomas, diagnóstico diferencial e dados epidemiológicos. A febre maculosa é uma doença infecciosa caracterizada por febre, com formas leves e atípicas até formas graves, e, quando não tratada adequadamente, pode apresentar taxa de letalidade de 85%. Causada pela *Rickettsia rickettsii*, é transmitida por meio da saliva de carrapato. No Brasil, o vetor mais importante é o *Amblyomma cajennense*. **OBJETIVOS:** Identificar potenciais vetores para febre maculosa brasileira, coletados no município de Russas, no Ceará. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A demanda da coleta surgiu devido à solicitação de um indivíduo residente no município de Russas, que procurou a Secretaria Municipal da Saúde para buscar suporte diante da situação identificada em seu domicílio com a presença de carrapatos. O indivíduo levou à Secretaria da Saúde algumas amostras de carrapato coletadas em seu domicílio, como também se queixou de sinais de inoculação em seu corpo. Em março desse ano, logo após a solicitação do indivíduo, a equipe de entomologia da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde, informada pela gestão municipal de Russas, realizou uma coleta na área, pesquisando os imóveis laterais, da frente e do fundo do domicílio da denunciante. No imóvel denunciante, não foi identificada a presença de carrapatos. Foi coletada amostra nos imóveis da lateral, frente e fundo, totalizando três imóveis com a presença do vetor. Os locais de coleta foram: parede da frente da casa, parede da casa do cão e em um cão, em três imóveis distintos. O material foi encaminhado para o Laboratório de Entomologia do NUVET, de onde seguiu para a Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro. As três espécies foram submetidas individualmente à extração de DNA e quantificação de DNA extraído. Foram utilizados *primers* gênero-específicos (*gltA*) para detecção de *Rickettsia spp* e *primers* grupo-específicos, para detecção de RGFM (*ompA*). Para detecção de *Borrelia spp*, foram utilizados *primers* gênero-específicos (16S). O preparo das soluções e as condições das corridas da PCR foram adequados para cada tipo de gene pesquisado. Para visualização

do fragmento de DNA amplificado, as amostras foram submetidas à eletroforese em gel de agarose a 2,0%, coradas por brometo de etídeo e observadas em luz de ultravioleta.

RESULTADOS: Foram identificadas três espécies de *Ornithodoros*. As amostras foram negativas para a presença de *Rickettsias* e *Borrelias*, totalizando 18 ensaios por Biologia Molecular. Embora diferentes espécies de *Argasidae* possam transmitir bioagentes no mundo todo, *Ornithodoros* é particularmente indiciado no ciclo epidêmico de *Borrelia*. **CONCLUSÃO:** A atividade descrita indica uma situação de risco para transmissão da febre maculosa na região de saúde de Russas. Dessa forma, é necessário que algumas ações sejam desenvolvidas, como estender a atividade de coleta na área pesquisada, seu entorno e também em outras áreas de risco, como também a capacitação dos profissionais da saúde, em todos os níveis, para atender a essa demanda. **RECOMENDAÇÕES:** A gestão deve analisar a necessidade de incluir, na programação anual, o desenvolvimento de ações em vigilância epidemiológica, vetorial e ambiental da febre maculosa. As práticas educativas devem ser iniciadas imediatamente, pois o envolvimento da população é relevante para o controle vetorial e reduzir os riscos de casos de febre maculosa na região. A educação em saúde deve potencializar as ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, fundamentada em práticas reflexivas, possibilitando ao usuário ser sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de vida, sob a visão ampliada por parte dos profissionais da saúde.

10.4 IMPLANTAÇÃO DAS BRIGADAS E OUVITAMPAS COMO ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO E ELIMINAÇÃO DE FOCOS DO Aedes Aegypti NA 13ª REGIÃO DE SAÚDE

Pamella Daniel De Vasconcelos, Gandávyá Aguiar Machado Diniz, Antônio Júlio Guedes, Maria Josiana Moita De Carvalho, Francisco Das Chagas Tomaz

INTRODUÇÃO: O mosquito da espécie *Aedes aegypti* é responsável pela transmissão de várias doenças para o homem, como a febre amarela, dengue, chikungunya e Zika. Diante da imensa quantidade de problemas causados, esse mosquito torna-se um dos principais problemas de saúde pública no mundo, principalmente em regiões tropicais e subtropicais. O estado do Ceará vivencia uma epidemia de arboviroses, e de acordo com os dados, 2.411,1 casos por 100 mil habitantes. Em dezembro de 2015 o Governo do Estado do Ceará através do decreto nº 31.866, instituiu as brigadas estaduais de combate ao mosquito; sendo composta por servidores da própria instituição para atuarem na inspeção e eliminação de possíveis criadouros do mosquito, assim evitando sua proliferação. Tendo em vista o número crescente de casos notificados e confirmados pelo mosquito *Aedes aegypti*, no ano de 2017, as áreas técnicas da Vigilância Epidemiológica e Endemias da 13ª CRES, realizaram visitas as instituições Federais, Estaduais e Municipais, situadas no município de Tianguá, a fim de implantar as brigadas e as armadilhas (ovitrampas) como também em treinar servidores para atuarem no enfraquecimento ao *Aedes aegypti* dentro dos prédios e repartições públicas que concentram grande fluxo de pessoas. **OBJETIVO:** Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo implantar e monitorar estratégias para eliminação de focos do *Aedes aegypti* em instituições públicas e privadas reduzindo assim a infestação vetorial e conseqüentemente a incidência das arboviroses na 13ª região de saúde. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** As visitas foram realizadas no período de março a outubro de 2017, nas instituições listadas abaixo nas quais os servidores formaram equipe de monitoramento das brigadas implantadas: 13ª Cres, Policlínica, 13ª Bpm, Liceu, Centro De Referencia Da Mulher, Previdência Social-Inss, Ceasa, DETRAN, Policia Civil, Escola Tancredo Nunes, Cred 05, Ematerce, Escola Profissionalizante, IFCE, CAGECE, SEBRAE, ADAGRI, IBGE, Convento, Terminal Rodoviário, Prefeitura Municipal De Tianguá, DEMUTRAN, CAPS III E Agência Correios, totalizando a implantação de 25 armadilhas (ovitrampas). Foram implantadas nestas instituições, armadilhas que simulam

o ambiente perfeito para a procriação do *Aedes aegypti*: em um vaso de planta preto de plástico preenchido com água, com uma palheta de Eucatex, e dentro do recipiente colocada substância larvicida, que facilita com que as fêmeas do *Aedes* façam sua oposição de ovos. A frequência das visitas realizadas pelos os técnicos da Vigilância Epidemiológica e Endemias da 13ª CRES nas instituições foram de duas a três vezes por semana para as brigadas e uma vez por semana para recolhimento das armadilhas.

RESULTADOS: Dessa forma, os servidores responsáveis pelas brigadas conseguiram averiguar de maneira mais rápida e eficiente a quantidade de focos nas instituições e assim, aceleraram as ações de combate sem que o mosquito se desenvolvesse. A partir dos dados colhidos, observou-se que no período de março a outubro de 2017 houve redução na produção de ovos. Ressaltando que no mês de março foram recolhidos 4.023 ovos enquanto que em outubro foram recolhidos apenas 1.320 ovos assim, destacando uma redução na produção de ovos, totalizando 18.822 ovos coletados. Em todas as brigadas implantadas foram encontradas a presença do vetor, então sendo realizada a Nebulização em Ultra Baixo Volume - UBV costal motorizada em dois ciclos, devido à grande quantidade de ovos recolhidos.

CONCLUSÃO: Em suma, concluímos que a retirada (ou eliminação) de criadouros é uma ação relevante no manejo integrado como prevenção e controle do mosquito *Aedes aegypti*. Para o acompanhamento dessas atividades podemos certificar as armadilhas (ovitampas) como um instrumento de avaliação no acompanhamento das brigadas e como também, na eliminação de ovos.

RECOMENDAÇÕES: Essas informações são fundamentais, pois nos locais críticos e com maior risco de transmissão da proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, se permite otimizar a utilização dos recursos destinados ao programa de controle das arboviroses.

10.5 MONITORAMENTO DAS BRIGADAS DE COMBATE AO Aedes

Israel Guimarães Peixoto, Francisca Samya Silva De Freitas, Francisco Manuel De Freitas Neto, Ivonete Pereira Cavalcante Vieira, Patrícia De Araújo Xavier, Elisângela Maria Rodrigues Pinheiro, Alice Maria Tavares Cavalcante

INTRODUÇÃO: Notifica-se a emergência de arboviroses em diferentes regiões do planeta em decorrência de mudanças genéticas no vírus, alteração da dinâmica populacional de hospedeiros e vetores ou por fatores ambientais de origem antropogênica. É notável a capacidade de adaptação desses vírus e a possibilidade de emergirem e se estabelecerem em novas áreas geográficas. No contexto epidemiológico brasileiro, os arbovírus de maior circulação são DENV, CHIKV e ZIKV, embora existam outros com potencial de disseminação no País. Em janeiro de 2016, a 9ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), atendendo ao Decreto Estadual n.º 31.866, que institui as brigadas estaduais de combate ao *Aedes aegypti* no Ceará, convidou os gestores municipais e das repartições públicas municipais, estaduais e federais, a instituírem Brigadas de Combate ao *Aedes* (BCA). Os brigadistas têm por tarefa, a cada 07 (sete) dias, promover a inspeção e a eliminação de possíveis focos e criadouros do *Aedes*, sendo ainda multiplicadores de práticas de educação em saúde para os que utilizam o prédio. A CRES capacitou 712 brigadistas, em 2016, e 349 brigadistas, em 2017. No intuito de garantir o funcionamento dessas práticas, surgiu a necessidade de monitorá-las *in loco*, e assim ocorreu a motivação para a realização deste trabalho. **OBJETIVOS:** Conhecer a atuação das brigadas de combate ao *Aedes* nas instituições públicas de Russas. Foram realizados dois tipos de atividade: o monitoramento da presença do vetor, por meio de ovitrampas, e a avaliação do funcionamento das brigadas, por meio do acompanhamento da vistoria semanal, verificação da técnica de inspeção, do formulário de visita em imóvel público e das intervenções de controle como telamento, vedação, descarte de recipientes, e outras. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O primeiro monitoramento foi desenvolvido no período de 12/04/16 a 11/07/16, nos prédios de 29 instituições, que aderiram às BCA no município de Russas. O segundo monitoramento foi desenvolvido no período de 25/07/17 a 14/11/17, nos prédios de 29 instituições. Para a realização da atividade, foram destacados 10 servidores, sendo: 1 motorista, 1 digitador, 2 laboratoristas, 5 agentes de combate as endemias e 1 coordenador do trabalho. Foram utilizados 2 carros, 1 moto, 84 ovitrampas e 2 microscópios estereoscópicos (lupa). Após as capacitações, o gestor de cada

instituição foi informado da visita da equipe da CRES, por meio de ofício e ligação telefônica. Os técnicos da CRES realizaram a inspeção de cada prédio juntamente com os técnicos das brigadas de cada instituição e instalaram armadilhas do tipo ovitrampa. As instituições com resultado satisfatório, ou seja, sem riscos de possuir potenciais criadouros do mosquito, recebem o SELO SAÚDE PRÉDIO SANEADO, instituído exclusivamente para essa finalidade. **RESULTADOS:** Em 2016, entre as 29 instituições monitoradas, 24 receberam o Selo Saúde. Assim, 82,7% das instituições participantes podem ser consideradas saneadas e com brigadas de combate ao *Aedes* em pleno funcionamento. Em 2017, entre as 29 instituições monitoradas, 24 receberam o Selo Saúde (82,7%). **CONCLUSÃO:** Essa experiência mostrou que o acesso à informação e a capacitação teórico-prática para a formação das brigadas, aliadas ao engajamento da direção, dos servidores e empregados públicos para o efetivo cuidado e vigilância do prédio público, são capazes de manter os prédios públicos saneados e livres de criadouros do *Aedes aegypti* e, conseqüentemente, das arboviroses por ele transmitidas. **RECOMENDAÇÕES:** É preciso que a gestão do SUS invista fortemente em propostas como esta, envolvendo gestores, servidores e empregados para o cuidado efetivo do prédio público e mantê-lo saneado e livre de criadouros do *Aedes*, como uma ação extensiva para todos os prédios públicos do Estado do Ceará.

10.6 MONITORAMENTO DO INCENTIVO "TODOS CONTRA O MOSQUITO"

Daniel Leite De Lucena

INTRODUÇÃO: Atualmente, a 19ª Região de Saúde tem avaliado os meses de julho e agosto, em que foram notificados 320 casos de dengue distribuídos em 66,6% (6/9) dos municípios: Abaiara, Aurora, Barro, Brejo Santo, Jati, Mauriti, Milagres, Penaforte e Porteiras. A doença vem sendo apresentada de forma distinta, com quadros de manifestações atípicas e neurológicas. Os municípios enfrentam um cenário com circulação dos vírus da dengue, Chikungunya e Zika, com incidência de casos notificados para arboviroses. **OBJETIVO:** Melhorar o controle de envio de dados; incentivar os municípios a realizarem suas atividades estabelecidas no plano; monitorar mensalmente os dados enviados; identificar baixas metas dos critérios; e cumprir com metas estabelecidas. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** No período de julho a dezembro de 2017, serão avaliados e monitorados os critérios para aquisição do incentivo. Diante do exposto, a 19ª Região de Saúde elaborou uma planilha para recebimento de dados solicitados aos municípios. Com esse recebimento mensal de informações, serão avaliados os municípios que estão cumprindo suas metas e avaliando os critérios alcançados do Monitoramento do Incentivo todos Contra o Mosquito. **RESULTADOS:** Foram avaliados até o mês de agosto, sendo identificado que os critérios da epidemiologia e endemias não foram alcançados. Na epidemiologia, a investigação adequada e a notificação oportuna não foram atingidas, e os planos de 2017 foram todos entregues. Nas endemias, todos os comitês foram criados, porém nem todas as atas não foram entregues no prazo estabelecido. As visitas domiciliares foram todas alcançadas no 4º ciclo, e o índice de infestação predial está com uma classificação de baixa e média. O levantamento rápido de índice de infestação por *Aedes aegypti* (LIRA) foi realizado por 8/9 dos municípios, sendo que um dos municípios realiza o levantamento de índice amostral (LIA) por não ter mais de 2.000 imóveis na zona urbana. **CONCLUSÃO:** Diante dos prazos estabelecidos, até o dia 31 de dezembro de 2017 devem ser avaliados, porém, no decorrer do período, os dados parciais serão disponibilizados. A entrega do incentivo ocorrerá após a avaliação final dos critérios e da homologação dos municípios ganhadores, que será prevista para o decorrer do primeiro trimestre de 2018.

10.7 RACIONALIZAÇÃO DO USO DE LARVICIDA NO CONTROLE DAS ARBOVIROSES NOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DE CAUCAIA

Francisca Veronica Moraes De Oliveira, Kedimam Celis Barros Bastos, Jose Alexandre Araujo, Juliana Benício Muniz, Francisco Das Chagas Dourado De Barros

INTRODUÇÃO: As arboviroses são agravos transmitidos por mosquito do gênero *Aedes*. No Brasil a Dengue, Febre Chikungunya e Febre por vírus Zika apresentam uma potencialidade em morbidade e mortalidade. Incluídas na Lista de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria GM/MS n.º 204, de 17 de fevereiro de 2016), todos os casos suspeitos ou confirmados devem ser informados ao serviço de vigilância epidemiológica. A 2ª Região de Saúde é composta por 10 municípios, com 619.311 habitantes, segundo estimativa do IBGE/2017. A 2ª CRES (Coordenadoria Regional de Saúde) coordena as ações de vigilância em saúde na região com equipe formada por enfermeiras, médico veterinário, gestor em saúde pública e supervisor de endemias. Em 2016, na avaliação do Plano de Vigilância e Controle das Arboviroses, o uso de praguicidas para o controle vetorial no Estado do Ceará foi considerado bastante elevado, e que, no Ceará, o consumo de larvicida da marca Pyriproxifen, naquele ano, foi de 15.270 Kg; ou seja, 11,31% do utilizado em todo o país. **OBJETIVOS:** Por essas razões, busca-se diminuir o consumo de larvicida (de modo racional a nível regional), tornando mais eficiente o seu processo de utilização sem desperdício. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Em câmara técnica, foi elaborado um plano de ação, sendo iniciado pelo levantamento de todo consumo utilizado em 2016 na região. Em seguida, utilizando-se o padrão médio do consumo fornecido pelo NUVET/SESA, de 1,5 gramas por imóvel padrão, observou-se que os municípios estavam gastando o larvicida de forma excessiva. Em janeiro de 2017, durante as primeiras reuniões, gestores municipais, coordenadores de vigilância e controle em endemias e zoonoses foram sensibilizados a seguirem a metodologia de utilização correta do uso de larvicida. Técnicos da 2ª CRES desenvolveram para uso regional uma planilha eletrônica, analisando a dispensação do larvicida, quantidade de imóveis tratados, quantidade de consumo previsto e realizado, seguindo o padrão de consumo, além do acompanhamento do saldo de larvicida que se encontra em estoque nos municípios. Essa ferramenta é alimentada mensalmente com as ações dos municípios da região. **RESULTADOS:** Pela análise do consumo de larvicida, pode-se atuar nas situações em que o consumo se encontra acima da média, alertando e

orientando o município para serem realizadas correções. Durante o ano de 2017, percebe-se que o trabalho realizado melhorou esse indicador. No ano de 2016, foram gastos 1.308 Kg; em 2017, foram distribuídos 932,3 Kg, ou seja, redução de 375,7 Kg ou 28,72% do valor gasto no ano anterior. Segundo o Sistema de Insumos Estratégicos do SUS – SIES, o valor do quilo do produto custa R\$ 66,20. Logo, foi obtido um ganho de R\$ 24.871,34 em uso de larvicida. Os municípios de Itapajé, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante e Tejuçuoca foram os que mais conseguiram reduzir. Atualmente, por meio do estímulo para redução do consumo de larvicida, os municípios buscam meios para solucionar essa situação, em que se percebe-se a quantidade de 50% dos municípios adotando o peixamento como medida alternativa no controle do vetor das arboviroses. **CONCLUSÃO:** Com esse relato, percebe-se a importância do planejamento em saúde, como também o ganho financeiro e, principalmente, o ganho ambiental e de mudança de hábitos de profissionais, na melhoria contínua dos processos de avaliação das ações e serviços de saúde. **RECOMENDAÇÕES:** Como recomendações para o campo da saúde, tem-se a utilização da planilha eletrônica para monitoramento desse insumo e manutenção da ferramenta de gestão (Câmara Técnica) para discussão e socialização do processo.

10.8 RAIVA SILVESTRE: MONITORAMENTO COMO PRÁTICA DE PREVENÇÃO NA REGIÃO DA IBIAPABA

Pamella Daniel De Vasconcelos, Maria Josiana Moita de Carvalho, Antônio Júlio Guedes, Francisco das Chagas Tomaz, Gandávy Aguiar Machado Diniz

INTRODUÇÃO: A raiva humana vem se destacando como um problema de saúde pública, em decorrência do crescimento urbano ao lado de grandes áreas silvestres e rurais. A raiva é uma moléstia infecciosa aguda com prognóstico fatal em todos os casos, causada por um vírus que pertence à família Rhabdoviridae. No Brasil, o principal animal que pode transmitir a raiva ao homem é o cão, embora os morcegos venham cada vez mais aumentando sua participação, podendo ser um dos principais responsáveis pela manutenção do vírus no ambiente silvestre. A transmissão ocorre quando o vírus da raiva existente na saliva do animal infectado, penetra no organismo através da pele ou mucosas, por mordedura, arranhadura ou lambedura, mesmo não existindo necessariamente a agressão. O vírus penetra no organismo, multiplica-se no ponto de inoculação permanecendo durante algum tempo no local da lesão. Uma vez alcançada a inervação periférica, se direciona ao sistema nervoso central chegando ao cérebro e a partir daí se dissemina nos vários órgãos e glândulas salivares onde se replica e é eliminado pela saliva das pessoas e animais infectados. No Ceará, entre o ano de 2012 e setembro de 2016, os cães, os gatos, os saguis (soins), as raposas e os morcegos foram os principais animais envolvidos nos 151.089 casos de agressões a humanos notificados. Destacamos, porém que o último caso de raiva humana confirmado no Estado, foi registrado em 2012, transmitido por soim. A fauna na região da Ibiapaba se destaca pela presença de saguis, raposas, macacos todos, possivelmente portadores do vírus da raiva que coloca em risco a saúde daquela população tendo em vista sua proximidade com as residências humanas. **OBJETIVO:** Diante desse cenário, o presente trabalho teve como objetivo monitorar e avaliar os trabalhos da vigilância da raiva silvestre, desenvolvidos pelos técnicos que atuam nas equipes da Vigilância Epidemiológica e Endemias/zoonoses dos municípios que compõem a 13ª CRES. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** No período de janeiro de 2016, iniciaram-se as primeiras coletas de animais (saguis, raposas, macacos...) mortos por acidentes nas rodovias na serra da Ibiapaba. Com o intuito de coletar a medula desses animais mortos por acidentes nas rodovias, formaram-se equipes nos oito municípios pertencentes a 13ª CRES. Durante o período de estudo, de janeiro de

2016 a outubro de 2017, foram coletadas e avaliadas 43 amostras. O fluxo de encaminhamento se deu através do envio dessas amostras coletadas no laboratório regional de entomologia situado na 13ª CRES ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) em condições de refrigeração, sendo armazenadas em frascos com tampa e devidamente identificadas através de fichas conforme a demanda. **RESULTADOS:** Dentre essas amostras analisadas, quatro foram constatadas positivas para o vírus da raiva conforme informado pelo Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL). Diante da ocorrência da positividade de animais que trafegam nas localidades, foram realizadas ações de sensibilização e orientação aos profissionais da saúde, como também à população sobre a importância de procurar os serviços de saúde em casos de agressão por esses animais, para condução de tratamento adequado, e também ações de bloqueio e vacinação de animais. **CONCLUSÃO:** Em função disso, é imprescindível que se intensifique as medidas de prevenção. Nesse sentido, acredita-se que existam estratégias fundamentais a serem implementadas como a vigilância de animais e da saúde humana, o fortalecimento da educação em saúde e a qualificação dos sistemas de informações. **RECOMENDAÇÕES:** Podemos perceber a relevância na atuação nas ações de prevenção e controle do envolvimento desses técnicos que atuam nas equipes da Vigilância Epidemiológica e Endemias/Zoonoses que desenvolvem um papel fundamental contra a raiva nos seus territórios.

10.9 IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM ZONOSSES NOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DE CAUCAIA

José Alexandre de Araújo; Francisca Verônica Moraes de Oliveira; Kedimam Celis Barros Bastos; Francisco das Chagas Dourado de Barros; Juliana Benício Muniz

INTRODUÇÃO: Consideradas doenças tropicais negligenciadas, as Leishmanioses são problemas de saúde pública no Brasil, possuindo elevadas taxas de incidência, agravo infeccioso, porém não contagioso, ocasionado por agente etiológico do gênero *Leishmania*, podendo ser transmitido a qualquer pessoa por meio do vetor (flebotomíneo). Encontra-se em expansão, principalmente, nas áreas urbanas, quando os casos estão relacionados à Leishmaniose Visceral – LV. O agravo deixou de ser exclusivamente de áreas rurais devido a fatores que desencadearam o processo de urbanização no Brasil e às mudanças no clima, alterando dessa forma ambientes naturais. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, nos dez municípios da 2ª Região de Saúde de Caucaia, no período entre 2007 a 2016, foram contabilizadas 1.185 notificações, sendo 488 casos confirmados; ou seja, 461 para LV e 27 para Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA. A transmissão das leishmanioses ocorre devido à disponibilidade do agente etiológico, vetor e reservatório. Em áreas urbanas, os cães contaminados com o protozoário são as fontes de infecção para LV. Segundo as normas de controle para leishmanioses, esses animais devem ser recolhidos e, em seguida, eutanasiados, conforme a Resolução n.º 1.000/2012 do Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Atualmente, os municípios da região possuem um total de 619 cães soropositivos a serem recolhidos. Dessa forma, representa uma ameaça à saúde pública. Como objetivo de eliminar a cadeia de transmissão da doença, foi elaborado um plano de ação em 12 de setembro de 2017, em que, por meio da sensibilização dos gestores municipais, foi acordada a necessidade de implantação da Unidade de Vigilância em Zoonoses Regional, que deve funcionar no município de São Gonçalo do Amarante. O espaço possui uma área total de terreno em 10.003,98m², com área total construída em 344,18 m², predispondo de energia elétrica, água e telefonia, além de rede de esgoto apropriada. Em 03 de outubro no auditório da 2ª CRES, uma câmara técnica aconteceu com a presença de gestores, técnicos da vigilância em saúde e representantes do Núcleo de Vetores – NUVET/SESA, sobre o que seria preciso para o funcionamento de equipamentos, como: salas de eutanásia e necrópsia,

veículo para o transporte dos animais, insumos e outros meios a serem providenciados para garantir o funcionamento da Unidade de Vigilância em Zoonoses Regional. A parceria para a manutenção cabe aos municípios por meio do Consórcio Público de Saúde Interfederativo do Vale do Curu – CISVALE. O orçamento para o funcionamento do equipamento está calculado no valor de R\$ 64.120,76, que devem ser utilizados anualmente. Está sendo estudado o fluxo das atividades para cada município, com relação a sua demanda de cães. Todos os pontos do processo de vigilância ao reservatório devem ser seguidos, desde as atividades contínuas na realização de testes rápidos, recolhimento breve de animais positivos, por meio dos resultados emitidos pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará – LACEN, via Gerenciador de Ambiente Laboratorial. Essas estratégias evitam a escassez de material, assim como grande quantidade de cães a serem eutanasiados em determinados períodos. O funcionamento está previsto para o início do ano de 2018, em que deve ser realizado monitoramento para averiguar a aplicabilidade do equipamento, em que podem sofrer correções para a perfeita execução das atividades direcionadas ao reservatório portador da LV.

11. INFORMAÇÃO E ANÁLISE EM SAÚDE

11.1 MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO PARA PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA: ESTUDO SOBRE PACIENTES DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NORTE ATENDIDOS NA 11ª CRES EM 2016

Gilson Mouta Cisne, Monica Souza Lima, Maria De Fátima Nogueira Coimbra, Lucélia Pinto Lopes

INTRODUÇÃO: A esquizofrenia começou a ser mais definida pela psiquiatria no final do século XIX. Caracterizada pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin como uma doença grave que evoluía de forma crônica e com alteração progressiva da capacidade intelectual durante a juventude ou início da fase adulta, foi denominada, inicialmente, como demência precoce. É um dos grandes desafios para profissionais de saúde mental, caracterizada por distúrbios graves e persistentes, cujos doentes apresentam distorções no pensamento e na percepção, fazendo com que apresente limitações com o mundo devido à presença de delírios. O embotamento afetivo e a inadequação trazem prejuízos em seu relacionamento com as pessoas, levando a uma deterioração da capacidade, as quais podem ocasionar dificuldades no funcionamento social, profissional e afetivo. Pacientes demonstram um *deficit* cognitivo generalizado e tendem a ter um desempenho em níveis mais baixos do que controles normais, que são verificados em testes cognitivos. Eles apresentam múltiplos *deficits* neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, rapidez psicomotora, memória de aprendizagem nova e incidental e habilidades motoras, sensoriais e perceptivas. As alterações cognitivas seletivas mais comuns entre esses pacientes incluem *deficits* em atenção, memória e resolução de problemas. **OBJETIVO:** Analisar o perfil sócio demográfico dos pacientes portadores de Esquizofrenia Paranoide, e medicamentos a fim de identificar o aumento do número desses pacientes. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Foram analisados laudos médicos anexado a cada processo de solicitação de medicamento que é feita assistência farmacêutica do componente especializado. **RESULTADOS:** Os sintomas são divididos em maior hierarquia e de menor hierarquia. Os de maior hierarquia são: eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento; delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante; vozes alucinatórias fazendo

comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo; e delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis. A esquizofrenia acomete homens e mulheres praticamente nas mesmas proporções, e apresenta pico de incidência entre 20 e 47 anos de idade, apesar de que, no caso dos pacientes estudados, também foi encontrado um grande número de pacientes acima de 47 anos. Observou-se que os medicamentos mais usados pelos pacientes estudados são Clozapina de 25 e 100 mg, Olanzapina de 5 e 10 mg, Quetiapina de 25, 100 mg, Risperidona de 2 mg e Ziprazidona de 80 mg. **CONCLUSÃO:** Tendo em vista os resultados analisados, percebe-se a necessidade de múltiplos profissionais nos cuidados com o paciente, destacando entre eles farmacêutico. Com a presença desses profissionais, pode-se analisar melhores tratamentos medicamentosos a serem seguidos, bem como a adesão do paciente ao tratamento. A inserção do farmacêutico no contexto do tratamento dos pacientes portadores de Esquizofrenia Paranoide é essencial para uma instabilidade do paciente. **RECOMENDAÇÕES:** A Terapia Comunitária (TC) caracteriza-se como mais uma ferramenta à disposição dos profissionais da Atenção Básica no campo da Saúde Mental a ser utilizada no território. A atividade organiza-se como um espaço comunitário que possibilita a troca de experiências e de sabedorias de vida. A TC visa a trabalhar de forma horizontal e circular ao propor que cada um que participe da sessão seja corresponsável no processo terapêutico e que produz efeitos tanto grupais quanto singulares, Mediação de conflitos e situações de conflito familiar ou grupal estão entre as principais demandas do profissional ou do serviço da AB que, não raramente, sentem-se despreparados ou inseguros sobre a condução dessas demandas, Também recomendam-se terapias cognitivas comportamentais. Pessoas que estão com um grau elevado de sofrimento psíquico muitas vezes deixam de fazer atividades que lhes dão prazer. Ações simples como passear, ir ao cinema, ir ao parque, cuidar do jardim, cozinhar, fazer esporte, ler, costurar, entre outras, são abandonadas, retiradas da rotina da pessoa gradativamente, ao mesmo tempo em que o sofrimento vai praticamente tomando conta da vida da pessoa.

11.2 TECENDO REDES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: UMA EXPERIÊNCIA DE CAPACITAÇÃO NOS EQUIPAMENTOS REGIONAIS DA 7ª REGIÃO DE SAÚDE

Gláucia Porto De Freitas Da Costa, Mere Benedita do Nascimento

INTRODUÇÃO: Desde 1975, por meio da Lei de n.º 6.259/75, o Brasil normatizou a notificação obrigatória de casos e surtos de doenças e outros agravos da lista de doenças de notificação, estabelecendo que notificar é um dever de todo cidadão, em especial para os profissionais da área da saúde. Outrossim, as doenças de notificação compulsória (DNC) apresentam-se como grande preocupação das autoridades sanitárias mundiais, devido ao risco de epidemias e impacto na morbimortalidade. Diante de um contexto em que o intenso deslocamento de pessoas é uma realidade comum, visualiza-se o desafio à saúde pública de minimizar o risco potencial de epidemias. **OBJETIVOS:** Descrever as ações da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), no intuito de contribuir para a ampliação da rede de serviços com registros de doenças de notificação compulsória (DNC). **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** No ano de 2017, foram realizadas capacitações direcionadas aos profissionais de saúde lotados na Policlínica Regional, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias (HMED). As capacitações ocorreram no período de janeiro a outubro de 2017 e tiveram como público-alvo um número total de 10 participantes representados por: direção administrativa e enfermeiros dos referidos equipamentos. Os profissionais foram capacitados pela CRES no seu local de atuação, com exceção da Policlínica, que foi convidada a participar do momento na sede da 7ª CRES – Aracati. Após articulação para o planejamento de data e horário com os responsáveis pelas instituições, a equipe técnica da 7ª CRES – Aracati realizou capacitações apresentando a importância da notificação, o fluxo de informação na Região a ser considerado frente aos agravos inusitados e entregou fisicamente e virtualmente uma pasta com os impressos das fichas de notificações do Ministério da Saúde. A estratégia utilizada nos momentos de qualificação dos profissionais foi a solicitação explícita para que fosse preenchida a ficha de investigação epidemiológica de seus pacientes. Após o preenchimento, a informação deve ser avaliada internamente e, com base nas orientações recebidas pela capacitação sobre os procedimentos específicos relativos a cada agravo, procedida com a investigação epidemiológica e demais ações importantes, inclusive, as relativas aos comunicantes. Ressalta-se que é evidente a necessidade de intervenção no sentido de fortalecer a vigilância no âmbito

desses equipamentos, pois, embora seja conhecida pelos profissionais de saúde a obrigatoriedade da notificação, percebe-se ainda subnotificação de agravos que por vezes não são avaliados como importantes nos atendimentos. **RESULTADOS:** Desde o início das capacitações, o registro de notificações melhorou consideravelmente. Desde a época de sua inauguração, em 2012, a Policlínica não realizava notificações e, após a capacitação até outubro de 2017, contabilizou 3 notificações, encontrando-se em processo de formalização da Comissão de Vigilância em Saúde. O HMED intensificou os registros de notificações de agravos, passando de 980, em 2016, para 1.890, em 2017, segundo dados coletados no término de outubro do corrente ano. Inaugurada em outubro de 2017, a UPA contabiliza 6 registros de notificações, após a intervenção da 7ª CRES. **CONCLUSÃO:** A atividade de notificação de agravos em saúde na 7ª Região de Saúde tem apresentado reflexos importantes no monitoramento das doenças de interesse para a saúde pública, observando-se uma melhoria, não somente no aumento das notificações, mas na melhoria da qualidade das informações registradas. **RECOMENDAÇÕES:** Com base nos resultados desta intervenção, sugere-se que as Coordenadorias Regionais de Saúde possam traçar estratégias para o fortalecimento da vigilância em saúde nos equipamentos de atenção secundária, em especial Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento, como forma de intensificar o registro de notificações e proporcionar a corresponsabilização.

12. VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS IMPORTANTES PARA A SAÚDE PÚBLICA

12.1 CHIKUNGUNYA: UM DESAFIO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

Mere Benedita Do Nascimento, Gláucia Porto de Freitas da Costa

INTRODUÇÃO: A chikungunya é uma arbovirose recém introduzida no Brasil, que pode apresentar-se de forma aguda, subaguda e crônica, com manifestações atípicas graves que podem evoluir para o óbito, especialmente em pacientes com comorbidades. Sendo uma doença de amplo espectro clínico e ainda pouco compreendida, infere-se que a investigação de óbitos por chikungunya seja ainda um desafio aos profissionais de saúde que precisam intensificar análises para desmascarar possíveis óbitos que tenham por causa básica esta infecção e por vezes podem estar subnotificados. **OBJETIVOS:** O presente trabalho tem por objetivo fortalecer a vigilância do óbito por chikungunya na 7ª Região de Saúde. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A metodologia utilizada foi a realização de reuniões de Câmaras Técnicas com a participação de profissionais da vigilância epidemiológica, endemias, atenção primária e assistência em saúde hospitalar dos municípios de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba, totalizando 9 reuniões, que tiveram como tema arboviroses, destacando-se prevenção de casos, manejo clínico e investigação e envio oportuno do protocolo de investigação e ainda quanto à necessidade de realização de necropsia nos casos que possam remeter a suspeita de doença relacionada às arboviroses, destacando-se assim a importância do Sistema de Verificação de Óbitos - SVO na elucidação dos casos. Outra estratégia adotada foi o monitoramento periódico de indicadores de controle vetorial: Levantamento de Índice Amostral do Aedes (LIAa), Levantamento de Índice Rápido Amostral (LIRAA), visitas diárias nos imóveis localizados na zona urbana, monitoradas através do Programa Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (PNEM) e Programa Estadual "Todos contra o Mosquito". Durante as reuniões, os profissionais foram orientados sobre a importância da notificação, comunicação, investigação e envio oportuno e quanto à necessidade de realização de autópsia nos casos que possam remeter a suspeita de doença relacionada às arboviroses. Ressalta-se que em todas as reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), desde 2007, são apresentadas as localidades por município com índice de infestação predial acima de 1%, como forma de sinalizar para o gestor municipal as localidades com maior risco de transmissão de doenças por arboviroses. No período de janeiro a outubro, foram

investigados 7 óbitos através da parceria CRES - municípios e a relevante contribuição do Comitê de Análise de Óbitos por Arboviroses da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA). As investigações atenderam ao modelo padrão do Ministério da Saúde, através do protocolo de investigação de óbitos por arbovírus. O referido protocolo contempla dados de identificação, internação, dados clínicos, evolução clínica, manejo clínico, exames laboratoriais inespecíficos e específicos e ainda entrevista com familiar considerando informações referentes à assistência à saúde, contactantes e outras consideradas importantes. **RESULTADOS:** Dos óbitos investigados, 4 foram encerrados por chikungunya e 3 como outras causas. Os dados coletados nas investigações apontam para a necessidade de uma vigilância ativa e sensível ao agravamento dos casos de chikungunya, tendo em vista que 50% dos óbitos confirmados ocorreram na fase subaguda da doença, sendo difícil o encerramento dos casos devido ao agravamento de comorbidades preexistentes. **CONCLUSÃO:** As investigações dos óbitos demonstram a necessidade de intensificar a vigilância do óbito no serviço hospitalar como forma de identificar registros com causas básicas diversas que pela evolução difusa dos casos investigados podem estar relacionados à Chikungunya. A partir dos resultados alcançados até o mês de outubro do corrente ano, pode-se afirmar que contribuímos para reduzir a subnotificação de óbitos por arbovirose na 7ª Região de Saúde e conseqüentemente para a reorganização dos serviços de assistência no fortalecimento da vigilância do óbito. Ressalta-se que, mesmo sendo uma informação negativa para a saúde, o óbito por chikungunya precisa ser investigado no intuito de prevenir novas ocorrências. **RECOMENDAÇÕES:** Nesse sentido e baseando-se nos resultados alcançados na 7ª Região de Saúde, sugere-se que as estratégias de fortalecimento da vigilância do óbito adotadas pela 7ª CRES/Aracati sejam consideradas como proposta de intervenção em outras Regiões de Saúde do Estado do Ceará.

12.2 ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL POR CAUSAS EVITÁVEIS: UMA REALIDADE QUE EXIGE MUDANÇAS NA 8ª REGIÃO DE SAÚDE DE QUIXADÁ

Maria Irisdalva De Melo, Antonio Weliton Xavier Queiroz, Maria Sandra Dos Santos, Maria Eligia Carvalho De Sousa, Maria Andryelle Soares Pinho, Joana Darc Carlos Holanda, Rosa Libia Maria Da Luz Paz Sobinha, Maria Huberlandia De Oliveira Lobo, Maria Irisdalva De Melo

INTRODUÇÃO: A diminuição do número de óbitos maternos, infantis e fetais representa um desafio e um dos problemas de Saúde Pública prioritários na 8ª Região de Saúde, pois grande parte desses óbitos são considerados evitáveis. **OBJETIVOS:** Este trabalho tem por objetivo apresentar o resultado das investigações dos óbitos materno, infantil e fetal, analisados nas reuniões do CRPMMIF, no período de janeiro a outubro de 2017, na 8ª Região de Saúde de Quixadá. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materno, Infantil e Fetal (CRPMMIF), composto por profissionais de saúde da Região, com representação de todos os municípios (representantes das áreas de vigilância epidemiológica, atenção primária, hospitais e policlínica) e da 8ª Coordenadoria de Saúde de Quixadá, realizou 07 reuniões em 2017. Neste período analisou 03 (três) óbitos maternos, 28 (vinte e oito) óbitos infantis e 20 (vinte) fetais. O processo de avaliação / classificação dos óbitos nas reuniões, ocorre mediante a apresentação da investigação pelos profissionais de saúde onde ocorreu o óbito, seguida de análise, discussão e fechamento consensual do caso. **RESULTADOS:** Dos 48 óbitos infantis e fetais analisados pelo Comitê, 40 foram classificadas como evitáveis, representando 83,3% do total. Foram classificadas como não evitáveis 05 (10,4%); mal definidas - 01 (2,1%) e não classificadas / outras - 02 (4,2%). Quanto à evitabilidade dos óbitos analisados, de acordo com o grupo de causas (Fundação SEADE), foram assim classificadas: Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação - 25 (62,5% dos óbitos); Reduzíveis por adequada atenção à mulher ao parto - 11 (27,5% dos óbitos); Reduzíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces - 03 (7,5% dos óbitos) e Redutíveis através de parcerias com outros setores - 01 (2,5% dos óbitos). Em relação aos óbitos maternos analisados, 02 (66,7%) foram classificadas como evitáveis, sendo por problemas na assistência ao parto, puerpério e intercorrências e 01 inevitável. De acordo com as investigações e análises apresentadas pelo CRPMMIF foram identificados aspectos relevantes que contribuíram para a

ocorrência dos óbitos evitáveis, destacando-se: dificuldade de acesso a exames laboratoriais, ecocardiograma e ultrassonografia; dificuldade no tratamento de ITU por falta de medicamentos; Não uso dos Protocolos clínicos em Obstetrícia; Deficiência na contra referência do Pré-natal de alto risco para a APS; Pouco diálogo do profissional (médico) que atende o alto risco com a gestante; Insuficiência de informações nos prontuários de internação; SAMU não preparado para transferência de RN com prematuridade extrema. **CONCLUSÃO:** Os resultados obtidos permitiram concluir que, não há necessidade da criação de novas políticas públicas em saúde, mas sim a garantia de melhorias da qualidade dos serviços existentes, uma vez que o modelo atual é fundamentado nos princípios da humanização, acesso com qualidade e acolhimento. **RECOMENDAÇÕES:** Diante do exposto, o Comitê Regional propôs intervenções, com definições de responsabilidades e prazos para a implantação das ações, sendo elas: Garantir o apoio diagnóstico em tempo hábil; garantia de medicamentos essenciais; Ampliar o quadro de obstetras do HMJMJ; Monitorar as gestantes que vão para o alto risco; Rever as rotinas de tratamento para hipertensão; Garantia de leitos na Atenção Terciária; Melhoria na qualidade das informações nos prontuários; Trabalhar a prevenção da gravidez na adolescência; Implantação do serviço de Alimentação Parenteral no HMJMJ; Seguir os protocolos da obstetrícia (na Atenção Básica e Atenção Hospitalar); Implantar apoio psicossocial na Atenção Primária para gestantes e puérperas; Intensificar o Planejamento Familiar; Rever ações do Plano da Rede Cegonha e democratizar com as equipes de saúde local; Capacitação dos membros do Comitê Regional; Implantação de Comitês/Comissões de Prevenção da Mortalidade Materno, Infantil e Fetal nos municípios; Capacitação dos profissionais de saúde. Salientando-se que o processo de capacitação já teve início, mediante a promoção de um curso de manejo clínico nas hemorragias obstétricas pós-parto e pós-abortamento para profissionais de saúde da Macro Sertão Central.

13. FERRAMENTAS PARA GESTÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

13.1 A IMPORTÂNCIA DA CÂMARA TÉCNICA DA VIGILÂNCIA À SAÚDE NO MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE

Maria Ione De Sousa Silveira, Maria Das Graças Dias Carneiro, Maria Ione De Sousa Silveira, Silvina Mara Souza Da Silva, Silvana Maria Fontenele De Moraes, Geiza Adeodato Da Silva

INTRODUÇÃO: A Câmara Técnica da Vigilância à Saúde da Região de Saúde de Camocim – CTVS foi criada em janeiro de 2011. Trata-se de uma instância colegiada de natureza consultiva e de assessoramento técnico, vinculada à 16ª Comissão Intergestores Bipartite – CIR, e tem na sua composição representação técnica dos municípios que compõem a região de saúde de Camocim (Barroquinha, Camocim, Chaval, Granja e Martinópolis) e dos técnicos da Vigilância Sanitária, epidemiológica, ambiental/saúde do trabalhador e endemias/zoonoses da Coordenadoria Regional de Saúde de Camocim – CRES, somando um total de 30 participantes. Sua implantação partiu da necessidade da área técnica de saúde da Região em discutir, analisar os indicadores de saúde e socializar suas dificuldades e os problemas existentes na região de saúde. Os técnicos relatavam que no município a demanda do dia a dia consome todo o tempo e não conseguem realizar estudo e análise, não havendo monitoramento de ações e serviços de saúde. **OBJETIVO:** A Câmara Técnica da Vigilância à Saúde tem como objetivo estudar as legislações, as políticas de Saúde, normas e portarias e apresentar sugestões, pareceres, recomendações e proposições que alicercem a posição a ser assumida pela CIR e subsidie a gestão no planejamento das ações e implantações das Políticas das Vigilâncias à Saúde. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A CTVS já está em funcionamento desde 2011, em que são realizadas reuniões mensais com pauta programada e indicada pelos grupos técnicos – GT da CRES, e aberta para os técnicos municipais inserirem suas demandas. São discutidos os indicadores de saúde, as dificuldades que o município tem em alcançá-los, estudo de portarias estaduais, ministeriais e técnicas, sugestões e proposta para plano de intervenção para alcance de indicadores, orientações sobre os planos de contingências e planos de ações das vigilâncias, apresentação de experiências exitosas nas áreas de vigilância, estudos de

casos para aprofundamentos técnicos, acompanhamento e assessoramento dos sistemas de informação das Vigilâncias, e emissão de pareceres técnicos para CIR.

RESULTADOS: A CTVS permitiu agregar as equipes de saúde com as coordenações municipais, fortalecendo as responsabilidades sobre as situações de saúde no espaço geográfico dos gestores, profissionais municipais e regionais. Foi possível verificar que os municípios não alimentam adequadamente os sistemas de informação à saúde. Observou-se ausência de acompanhamento sistemático e até desconhecimento dos indicadores de saúde e metas pactuadas para serem executadas pelas equipes de saúde municipais devido aos profissionais estarem com sobrecarga de funções para o planejamento de ações e responsabilidades no âmbito municipal e regional, além da fragilidade na qualificação dos profissionais das vigilâncias. Observaram-se o encorajamento dos profissionais em socializar seus potenciais e desafios diários, oportunidades de monitoramento e correção de indicadores e compartilhamento de conhecimentos e informações importantes para o bom êxito das atividades executadas nos municípios.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a gestão da saúde tem dificuldade de realizar monitoramento e avaliação de indicadores e metas programadas. Observou-se ausência de planejamento integrado das vigilâncias à saúde e nas divulgações das informações.

RECOMENDAÇÕES: Realização de Seminários Municipais, de monitoramento sistemático dos indicadores programados, planejamento integrado das vigilâncias em saúde; promover oficinas de Sistema de Informação em Saúde para melhorar sua qualidade; publicar as informações em ações por meio de boletins, *blog* e outros meios de comunicações, utilizados pelas Secretarias Municipais de Saúde; implantar grupos de trabalhos municipais para discussões das ações e serviços dos municípios; e criar as Câmaras Técnicas Municipais.

13.2 REGIONAL E ESTRATÉGIAS NO COMBATE ÀS ARBOVIROSES NOS COMITÊS MUNICIPAIS NA REGIÃO DE BATURITÉ

Maria Fátima Ferreira De Oliveira, Francisco Marcelo Cardoso Alexandre, Joseli Martins De Oliveira, Nathalia Roberta Dos Santos Bezerra, Katia Cilene Andrade Carvalho Mesquita

INTRODUÇÃO: A 4ª Região de Saúde é constituída por oito municípios sendo: Aratuba, Aracoíaba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu e Pacoti. Na região de Baturité as arboviroses vem aumentando e preocupando os gestores municipais e a população. Segundo Honório *et. al.* (2015), as razões que justificam a rápida disseminação das arboviroses são complexas e não satisfatoriamente esclarecidas. Ainda afirmam que, além dos fatores intrínsecos relacionados à própria patogenicidade dos agentes, as mudanças climáticas, demográficas e sociais têm contribuído para esse processo. Em especial, o aumento do fluxo de pessoas entre países parece ter sido determinante na introdução da febre Chikungunya e Vírus Zika nas Américas. Em 2017, foram implantados oito Comitês Municipais Intersetoriais com órgãos envolvidos, contando com a participação da comunidade, com o intuito de fortalecer e unir forças para controlar e eliminar as doenças por arbovírus nos oito municípios que compõe a região de Baturité. As arboviroses são as doenças causadas pelos chamados arbovírus, que incluem o vírus da dengue, Zika, febre Chikungunya e febre amarela. As arboviroses são sempre causadas por vírus cujo principal transmissor é um artrópode (no caso um mosquito ou carrapato). O vírus da arbovirose é adquirido pelo vetor por meio do contato com um ser humano ou com um animal contaminado e é transmitido às pessoas durante a picada. Um grande transmissor de arbovíroses atualmente é o mosquito *Aedes aegypti*, vetor da dengue, Zika, febre Chikungunya e febre amarela. As três primeiras doenças estão em circulação no Brasil, por isso diversas medidas estão sendo tomadas para prevenir a ação do mosquito. **OBJETIVOS:** Analisar os casos confirmados das Arboviroses (dengue, Zika, febre Chikungunya), no período de janeiro a setembro de 2016 e 2017, como também conhecer as estratégias que vem sendo utilizadas pelos comitês municipais na prevenção e controle das arboviroses nos oito municípios da região de Baturité. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A metodologia foi constituída de um estudo descritivo, a partir dos conteúdos das atas e relatórios enviados mensalmente para a 4ª CRES, como também dos dados registrados e coletados no Sistema Nacional de Agravos

de Notificação – SINAN e boletins epidemiológicos da SESA, nos anos 2016 e 2017.

RESULTADOS: Segundo os resultados obtidos, constatou-se: casos confirmados de dengue(342), febre Chikungunya (500), Zika (zero), sendo o total de 842 casos, no ano de 2016. Verifica-se uma redução significativa em 2017 na incidência de dengue, com apenas 42 casos, porém houve um aumento de confirmação de casos de Chikungunya com 1.167 casos de forma crescente e significativa se comparando às demais arboviroses, no período de 2016. Verificam-se as estratégias utilizadas para redução pelo Comitê: integração das Secretarias de Saúde, Educação e de Obras e Saneamento, buscando um trabalho intersetorial e resolutivo; reunião quinzenal para os monitoramentos das atividades das equipes de endemias e agentes comunitários de saúde, realização de seminários, encontros com a comunidade; capacitação de recursos humanos nas ações de combate as arboviroses; monitoramento semanal de casos notificados e confirmados; monitoramento ambiental por meio de mutirões de limpeza em áreas potenciais e criadouros do mosquito transmissor; e vedações de caixas d'água e cacimbões, dentre outros. **CONCLUSÃO:** Apesar de todos os esforços e resultados significativos, as arboviroses continuam sendo um problema de saúde pública e um grande desafio a ser vencido por todos nessa região.

13.3 DESAFIOS VIVENCIADOS PELO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO DE UM HOSPITAL SECUNDARIO DE FORTALEZA

Renato Rafael Costa Lima

INTRODUÇÃO: O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional / usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de "circulação desordenada" dos usuários nas portas do Pronto Socorro tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada. Os serviços de urgência emergência representam um grau significativo e importante de uma das portas de entrada ao sistema de saúde, pois, parte da população busca atendimento nessas unidades para resolução de problemas de menor grau de complexidade, ocasionando superlotação e descaracterização da unidade nesses serviços. Essa realidade está inerte no Brasil. Para atenuar e direcionar essa demanda das unidades de emergência, uma das ações norteadora da Política Nacional de Humanização (PNH) e do QualiSUS inclui a implementação nos hospitais do acolhimento e triagem classificatória de pacientes. Diante o exposto e frente às necessidades de implantação da classificação de risco nas unidades de saúde do Brasil o Conselho Federal de Enfermagem determinou, por meio da Resolução no. 423/2012, que a classificação de risco é privativa do enfermeiro e esse deve estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades cabíveis para essa prática. **OBJETIVO:** Contextualizar sobre os desafios vivenciados pelo enfermeiro em um setor de acolhimento de um hospital secundário de Fortaleza. Observando as perspectivas e desafios inerentes a aceitação do usuário dessa nova abordagem. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Esse estudo foi realizado em um Hospital Distrital secundário de Fortaleza localizado na Regional III no período de maio a agosto de 2016 utilizando técnica observacional e relato de satisfação do usuário com a nova abordagem. Utilizando de maneira aleatória para a resposta do questionário de satisfação. **RESULTADOS:** Foi evidenciada a dificuldade de assimilação dos usuários com a nova perspectiva assistencial, cabendo ao profissional enfermeiro instruí-los e direcioná-los a

um novo fluxo de atendimento para as demandas levantadas. Os usuários observados e questionados apresentavam um grau de dúvidas e incertezas perante o atendimento. Outro questionamento inerte foram as cores da classificação de risco **CONCLUSÃO:** Concluímos que o enfermeiro tem uma grande importância a consolidação e assimilação do usuário a nova maneira de adentrar em uma unidade hospitalar. Instruindo de maneira acolhedora e objetiva nas demandas levantadas no momento do atendimento. Com isso a educação continuada do usuário sobre a nova política em um dos papéis fundamentais do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. Conhecer a opinião inerte do usuário e as expectativas das pessoas que recebem atendimento no serviço de acolhimento é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde. **RECOMENDAÇÕES:** Neste sentido, este estudo evidenciou um elevado grau de satisfação desses sujeitos principalmente em relação às variáveis mutáveis como: a educação, respeito, Empatia, interesse e confiança demonstrados pela equipe de saúde e a limpeza e sinalização do ambiente.

13.4 ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 8ª REGIÃO DE SAÚDE DE QUIXADÁ

Maria Irisdalva De Melo, Maria Andryelle Soares Pinho, Maria Huberlândia De Oliveira Lôbo, Antônio Weliton Xavier Queiroz, Maria Sandra Dos Santos

INTRODUÇÃO: A dificuldade na integração entre a vigilância e a Atenção Primária sempre foi objeção do núcleo da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde. Muitos gestores e trabalhadores desenvolvem ações de modo centralizado. A operacionalização da integralidade do cuidado requer necessariamente a revisão dos processos de trabalhos, buscando integrar os vários atores envolvidos tanto na Atenção Primária quanto na Vigilância em Saúde. **OBJETIVOS:** Apresentar as experiências de estratégias de gestão utilizadas para integrar as ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária na 8ª Região de Saúde de Quixadá. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Em 2017 foram firmadas algumas estratégias para agregar as ações em saúde, utilizando as ferramentas de gestão, como base para as táticas de ação. Realizamos duas câmaras técnicas integradas, vigilância e atenção primária, apresentando aos novos coordenadores municipais, os conceitos e componentes da vigilância em saúde e suas funções; o processo de trabalho; os indicadores, metas e resultados; os principais sistemas de informação, utilização e importância; planejamento de ações para ressaltar a importância da vigilância e notificação de agravos de interesse epidemiológico. Na oportunidade, foi apresentado a Política Nacional da Atenção Básica, os programas inerentes a Atenção Primária à Saúde e suas responsabilidades, o perfil da atenção primária na Região, com o quantitativo de equipes; o monitoramento das vacinas e do teste do pezinho; os valores da APS e a função nas redes de Atenção à Saúde; e os sites e sistemas utilizados como ferramenta de gestão; foram exibidas sistematicamente as demandas das câmaras técnicas na Comissão Intergestora Regional - CIR, com a finalidade de sensibilizar os gestores em suas responsabilidades, para proporcionar condições para efetivação das ações. E em planejamento, somado a proposta do Projeto Qualifica APSUS, envolvemos a temática, realizando uma oficina com os trabalhadores das equipes de saúde da família, discutindo as funções, competências e responsabilidades das equipes no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, no território. **RESULTADOS:** Como principais resultados podemos pontuar o empoderamento dos profissionais da gestão municipal, dos profissionais das equipes de saúde da família e dos profissionais da

vigilância em saúde da importância e relevância das ações compartilhadas, com a finalidade de desenvolver uma racionalidade técnica na perspectiva de atuar sobre os determinantes e condicionantes de saúde, envolvendo a população para subsidiar as práticas políticas, sociais e culturais para superar os problemas. Gerando um baixo custo operacional para o município, pois a principal ferramenta de trabalho é a boa vontade e o comprometimento das equipes técnicas e dos gestores em dar suporte administrativo aos trabalhos de campo. **CONCLUSÃO:** Concluindo-se que a integração entre a vigilância à saúde e atenção primária à saúde, são condições necessárias para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com um processo de trabalho condizente com a realidade do território, garantindo que as ações de promoção da saúde atendam a necessidade real da população. **RECOMENDAÇÕES:** Como propostas/recomendações podemos citar a elaboração de um plano de gestão integrado para as ações de vigilância em saúde e atenção primária; Definir as ações específicas da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, a serem executadas pela APS, parte intrínseca do planejamento local; educação permanente com os profissionais em saúde, desenvolvendo temáticas específicas em eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão; a atualização sistemática da análise de situação de saúde, de modo a produzir informações para o planejamento, execução e monitoramento das ações em vigilância em saúde; fortalecimento da APS apoiada pela vigilância em saúde, combinado conhecimentos tecnológicos e científicos para responder a necessidade de saúde da população, por meio de apoio matricial de vigilância e promoção à saúde; e instrumentalizar a lógica da vigilância em saúde no espaço de atuação da saúde das famílias.

13.5 INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES MUNICIPAIS PARA O CONTROLE DAS ARBOVIROSES COMO FERRAMENTA DE MONITORAMENTO

Lina Raquel Santos Araújo, Benedita de Oliveira

INTRODUÇÃO: O Ceará enfrentou um cenário epidêmico das arboviroses no ano de 2017, o que obrigou o poder público a adotar medidas para reforçar as ações preventivas e de controle do *Aedes aegypti*. Para tanto, em junho de 2017, o Governo do Estado instituiu um incentivo aos municípios para investimento em ações de vigilância e controle das arboviroses, que ficou vinculado ao cumprimento de seis critérios de classificação. Como essas ações de enfrentamento desenvolvidas pelos municípios deveriam ser acompanhadas pela Regional de Saúde e por meio de instituição de pauta permanente na Comissão Intergestora Regional (CIR), gerou-se a necessidade de elaboração de um instrumento de gestão que facilitasse o monitoramento pela Regional de Saúde.

OBJETIVOS: Relatar o desenvolvimento de uma ferramenta de monitoramento com os critérios estabelecidos pelo Governo do Estado para Gestão Regional de Saúde.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Em agosto de 2017, foi construída a planilha para Gestão da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) de Maracanaú, contemplando os seis critérios instituídos pelo Estado para incentivar as ações de enfrentamento às arboviroses: 1) Comitê Municipal Intersetorial de Combate ao *Aedes*, instituído e atuante; 2) monitorar os indicadores de qualidade e vigilância epidemiológica das arboviroses, realizado pelos indicadores de investigação adequada com, no mínimo, 80% dos casos de dengue e Chikungunya com as variáveis “data dos primeiros sintomas”, “data da investigação”, “classificação”, “critério de confirmação” e “evolução dos casos”, com o devido preenchimento, e notificação oportuna, com, no mínimo 80% dos casos de dengue e Chikungunya notificados em até sete dias após a data de início dos sintomas; 3) atingir cobertura mínima de 80% de visita domiciliar nos ciclos 4, 5 e 6 de 2017; 4) melhorar ou manter a classificação dos índices de infestação predial (IIP) no período avaliado; 5) cumprir no mínimo um levantamento rápido de índice de infestação por *Aedes aegypti* (LIRA/LIA), no período de 01/07 a 31/12/17, preconizado pelo Ministério da Saúde; e 6) apresentar o Plano Municipal de Ação de Vigilância e Controle das Arboviroses para o ano de 2018. **RESULTADOS:** O monitoramento da atuação dos Comitês Municipais foi realizado pelo registro da data de envio das atas das reuniões dos referidos Comitês,

apresentado na forma quinzenal. Enquanto o monitoramento da qualidade e vigilância epidemiológica das arboviroses foi compilado e disposto mês a mês, o terceiro e o quarto critérios, que correspondem à cobertura de visita domiciliar e ao índice de infestação predial no período, foram avaliados a cada ciclo bimestral de atividades e a realização do levantamento rápido de índice de infestação por *Aedes aegypti* e apresentação do Plano Municipal de Ação de Vigilância e Controle das Arboviroses para o ano de 2018 foram monitorados apenas quanto à realização ou não do parâmetro. A fim de facilitar a visualização dos resultados, os valores iguais ou superiores à meta foram coloridos em verde, em amarelo os valores de faixa intermediária, definida para o índice de infestação predial, e em vermelho os valores abaixo da meta estipulada. **CONCLUSÃO:** A planilha disponibiliza todas as informações referentes às ações de enfrentamento realizadas pelos municípios, facilitando assim o monitoramento e apresentação clara dos resultados, devendo ser atualizada a cada mês. Esse instrumento constitui um meio didático de apresentar e monitorar os referidos critérios, podendo ser adotado por outras regionais de saúde, inclusive pelos municípios nas reuniões do Comitê Municipal Intersetorial.

13.6 MONITORAMENTO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE VIGILÂNCIA DA 03ª REGIÃO DE SAÚDE DE MARACANAÚ: FERRAMENTA DE GESTÃO DA CÂMARA TÉCNICA

Simone Dantas Soares, Benedita De Oliveira

INTRODUÇÃO: a vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população e entre as práticas e processos de trabalho envolvem ações voltadas para a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública. A regionalização é a diretriz do SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Nessa perspectiva o Ceará está dividido em 22 Regiões de Saúde, que são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, tendo um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde (SESA), denominado Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), entre elas está a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde de Maracanaú (3ª CRES). Localizada na área metropolitana de Fortaleza e composta por 8 municípios: Acarape; Barreira; Guaiuba; Maracanaú; Maranguape; Pacatuba; Palmácia e Redenção, totalizando 505.469 habitantes aproximadamente. Nesse sentido, a partir da iniciativa da Coordenadoria de Promoção e Proteção a Saúde (COPROM), responsável pelas ações de vigilância em saúde no Ceará, que iniciou o processo de construção de um painel de 24 indicadores estratégicos, onde contempla informações acerca da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, informação e análise em saúde, imunizações e controle de vetores, com o principal objetivo de consolidar a rotina de monitoramento e avaliação entre equipes de vigilância em saúde do Estado, regiões e municípios. Diante disso, a 03ª Coordenadoria Regional de Saúde identificou a necessidade de assessorar os municípios que compõem a 3ª Região de Saúde, quanto à

orientação, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de vigilância à saúde, a partir dos indicadores de vigilância em saúde. **OBJETIVO:** implantar o processo de monitoramento do Painel de Indicadores Estratégicos de Vigilância em Saúde do Ceará na 3ª Região de Saúde Maracanaú. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** no ano de 2017 foram realizadas três reuniões de câmara técnica ampliada, nos meses de março, junho e outubro, com a participação de técnicos municipais da vigilância à saúde e atenção primária à saúde, com o intuito de discutir os 24 indicadores do painel e a partir de então, traçar estratégias para a melhoria dos resultados e o realinhamento de estratégias de ação nos âmbitos regional e municipal. A periodicidade estabelecida para o monitoramento dos indicadores foi quadrimestral, por entender-se que este intervalo permite uma avaliação da execução de ações desenvolvidas, ao mesmo tempo em que possibilita a intervenção oportuna diante dos problemas identificados. A ação do monitoramento torna-se pauta permanente de discussão em reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR). Principais **RESULTADOS:** as reuniões descentralizadas das equipes municipais para avaliação dos resultados, visando garantir a autonomia das equipes municipais no processo de monitoramento e avaliação dos indicadores e o compromisso dos gestores em relação à elaboração de estratégias para melhores resultados. **CONCLUSÃO:** a construção e o fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação na vigilância em saúde com vistas a sua inserção firme e decisiva nas práticas de saúde, seja do cuidado ou da gestão constitui-se como importante ferramenta para gestão. Entretanto há necessidade de clarear as diretrizes de uma política de avaliação que estabeleça como desafio a superação dos obstáculos operacionais e funcionais detectados nos processos avaliativos. **RECOMENDAÇÕES:** a execução das ações à luz dos resultados alcançados e do cumprimento de metas, subsidiando assim, a tomada de decisões e planejamento de ações por gestores e profissionais de saúde.

13.7 MONITORAMENTO DOS PARÂMETROS DO INCENTIVO "TODOS CONTRA O MOSQUITO" NOS MUNICÍPIOS DA 12ª CRES – ACARAÚ

Rogério Edvar Dos Santos, Lázaro Pereira da Cunha, Ediléia Marcela Dutra Cunha, Diego Vinicius Rocha Carvalho

INTRODUÇÃO: Atualmente o estado do Ceará enfrenta um cenário de co-circulação dos vírus da Dengue, Zika e Chikungunya, todos transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti*. Situação semelhante vivenciam os municípios da 12ª CRES, a saber, Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos, todos com casos notificados de Dengue e Chikungunya, bem como a presença do vetor. O enfrentamento deste problema requer a participação da sociedade, conduzida pelo poder público, com a implementação de atividades intersetoriais, controle vetorial, vigilância epidemiológica e laboratorial, e constante monitoramento, avaliação e planejamento. Nesse sentido o governo do estado do Ceará destinará recursos da ordem de 10 milhões de reais como incentivo aos municípios que atingirem os seguintes critérios: 1-instituição do Comitê Intersetorial de Combate ao *Aedes aegypti*; 2-indicadores de notificação oportuna e investigação adequada em 80% dos casos notificados; 3-cobertura mínima de 80% de visitas domiciliares por ciclo; 4-redução do índice de infestação predial; 5-realização de 2 Levantamentos rápidos de infestação pelo *Aedes aegypti* (LIRAA) e 6-Plano Municipal de Ação de Vigilância e Controle das Arboviroses de 2018. O período para avaliação dos critérios acima são os meses de julho a dezembro de 2017. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem como objetivo apresentar o monitoramento destes parâmetros junto aos municípios da 12ª CRES, conforme orientação da Técnica do incentivo "Todos contra o Mosquito", que recomenda esta ação pela CRES. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A apresentação dos resultados nas reuniões da CIR - Comissão Intergestores Regional ocorre mensalmente, bem como nas reuniões com os técnicos envolvidos com a problemática na CRES e nos municípios. Esta prática tem demonstrado um maior interesse de gestores e técnicos pelo assunto e orientado tomadas de decisão importantes para a gestão municipal, como a garantia de quadro de servidores e melhoria das condições de trabalho. Também tem melhorado a atuação dos técnicos no monitoramento dos indicadores e no domínio dos sistemas de informação. **RESULTADOS:** Os resultados são satisfatórios, tendo todos os municípios instituídos os comitês intersetoriais no início do mês de julho. O indicador de investigação adequado foi

alcançado nos 7 municípios e o de notificação oportuna foi atingido em 5 dos 7 municípios no período analisado de 01 de julho a 25 de outubro de 2017. Todos os municípios atingiram a meta de 80% das visitas no 4º e 5º ciclos, com manutenção de baixos índices de infestação ou em tendência de redução para municípios com maior infestação. O LIRAa foi realizado pela totalidade dos municípios em três oportunidades, confirmando os índices obtidos na rotina e revelando tendência de redução no segundo semestre. O Plano Municipal de Ação de Vigilância e Controle das Arboviroses de 2018 está em construção. Gestores e técnicos dos municípios estão mobilizados e instrumentalizados para sua elaboração, que terá também como base o plano de 2017. **CONCLUSÃO:** A atuação dos municípios da 12ª CRES no controle das arboviroses tem sido satisfatória, com o envolvimento da gestão municipal e outros atores nos comitês intersetoriais, com indicadores epidemiológicos e entomológicos dentro dos limites preconizados. para alcançar este desempenho é importante destacar o aumento do interesse dos envolvidos em razão do incentivo financeiro pleiteado pelos municípios. **RECOMENDAÇÕES:** Entretanto está demonstrado que o monitoramento regular de indicadores é importante ferramenta de vigilância e gestão, sendo indutor de constante melhoria das ações, o que contribui para a melhoria da qualidade de saúde da população, propósito maior do SUS.

13.8 INTEGRADO E GOVERNANÇA REGIONAL NA VIGILÂNCIA E CONTROLE DAS ARBOVIROSES: A EXPERIÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE DE ICÓ

Luciana Barreto Araújo

INTRODUÇÃO: A região de saúde de Icó é composta por 8 municípios e tem registrado ao longo dos anos alta incidência e epidemias por dengue, Chikungunya e Zika, com formas graves da doença e óbitos. A ocorrência deve-se ao desabastecimento de água, causado pelos cinco anos consecutivos de estiagem, resistência ao controle químico e adaptação do vetor aos mais diferentes tipos de criadouros, além das questões climáticas favoráveis. Constatou-se ainda problemas específicos e comuns à região, como: reduzido quantitativo de agentes de controle em endemias, poucas ações intersetoriais desenvolvidas entre os pontos de atenção no território e descontinuidade das estratégias de educação em saúde e mobilização social. Diante da situação, a região dispõe de *locus* privilegiado para desenvolver a governança, a partir da Comissão Intergestores Regional (CIR), instância decisória no desencadeamento dos processos de interesse da região.

OBJETIVO: Descrever as ações de vigilância e controle ao *Aedes aegypti* desenvolvidas na Região de Saúde de Icó. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O cenário em que se desenvolveu a experiência foi a região de saúde de Icó, no período de julho a dezembro de 2017. A efetividade da resposta ao problema ocorreu por meio da articulação e coordenação das ações pela CIR, que fez a junção de competências e recursos disponíveis nos municípios. Em junho de 2017, o Governo do Estado do Ceará assinou termo de compromisso e lançou um prêmio de incentivo financeiro aos melhores resultados de desempenho no combate ao *Aedes aegypti*. Foram elencados 6 critérios relacionados à qualificação das ações, dentre esses um de garantia à continuidade das ações, que seria a elaboração do plano de contingência para o ano de 2018. Após a convocação dos prefeitos pelo governador a CIR pactuou a elaboração de planos municipais e regional de enfrentamento às arboviroses. Elaborados os planos, cada prefeito foi visitado pela equipe da Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) para sensibilização e adesão das equipes municipais. Foi criada a sala de situação regional, coordenada por 4 técnicos da CRES e com apoio técnico da Câmara Técnica de Vigilância em Saúde, vinculada a CIR. A Câmara Técnica foi capacitada para análise das informações voltadas ao alcance dos critérios de premiação. Semanalmente, a sala de

situação emitiu planilhas de monitoramento e avaliação das informações e mensalmente a CIR apreciava e deliberava os resultados alcançados. **RESULTADOS:** Aumento no percentual de imóveis visitados(acima de 80%, em 7 dos 8 municípios); redução dos índices de infestação predial(abaixo de 1% em todos os municípios); diminuição da incidência de dengue, Chikungunya e Zika (de 1.500 casos para 35 confirmados do 2º para o 3º trimestre; não houve registro de óbitos por arboviroses; ampliação na realização de ações intersetoriais pelos comitês municipais de combate ao *Aedes aegypti*; incorporação de novas tecnologias, como utilização do Drone no mapeamento de focos e distribuição de larvicidas em locais de difícil acesso; informatização das ações do ACE, por meio da distribuição de Tablet; criação de páginas em redes sociais pelos Comitês; e disponibilização de linhas telefônicas de acesso direto pela população. **CONCLUSÃO:**A integração de diversas estratégias e atores possibilitou o alcance de resultados significativos e satisfatórios no enfrentamento às arboviroses. Considerando a CIR como espaço de exercício da governança, faz-se necessária sua ressignificação e empoderamento, passando de mera instância burocrática para o protagonismo nas tomadas de decisões em busca de um SUS mais justo e voltado às reais necessidades de saúde da população. **RECOMENDAÇÕES:** Aprimoramento da CIR na capacidade de planejamento e execução de políticas públicas, monitoramento e avaliação das ações de interesse regional, visando à superação das adversidades e transformação do território, com eficiência e eficácia.



**Escola De Saúde
Pública Do Ceará**



**Governo Do
Estado Do Ceará**
Secretaria da Saúde