MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA

NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA EPIDEMIA...

(Estudo de caso sobre o sarampo na região de Campinas em 1997)

CAMPINAS

1999

MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Campinas, 25 de Agosto de 1999.

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Orientador

NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA EPIDEMIA...

(Estudo de caso sobre o sarampo na região de Campinas em 1997)

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

***ORIENTADOR**: LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO*

***CO-ORIENTAÇÃO**: MARIA RITA DE CAMARGO DONALÍSIO*

CAMPINAS

1999

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

V711n

Vilela, Maria Filomena de Gouveia
No meio do caminho tinha uma epidemia...(Estudo de caso sobre o sarampo na região de Campinas no ano de 1997) / Maria Filomena de Gouveia Vilela. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientadores: Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Maria Rita de Camargo Donalísio
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Vigilância epidemiológica. 2. Recursos humanos. 3. Saúde pública. I. Luiz Carlos de Oliveira Cecilio. II. Maria Rita de Camargo Donalísio. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Co-orientadora: Prof. Dra. Maria Rita de Camargo Donalísio

Membros:

1.
2.
3.

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 25/08/99

DEDICATÓRIA

Ao meu pai (in memoriam), que me ensinou a olhar o mundo.

Aos trabalhadores da Saúde Pública, que, às vezes, mitigados pela desesperança, não vêem a importância do seu papel.

Ao ***Luiz Cecílio***, que, com sua segurança e orientação, ofereceu-me o leme para navegar no 'mar do conhecimento' e ensinou-me, entre outras coisas, o que é um 'ser epistêmico'...

À ***Rita***, pelo carinho e disponibilidade, pelos ensinamentos na epidemiologia descritiva e o uso das 'ferramentas' de trabalho, o que só reafirmou meu gosto pela Epidemiologia.

À ***Brigina***, pela dica precisa da mudança de objeto; pelo apoio e ajuda concreta em todos os momentos; por ser a enfermeira e amiga que eu sempre quis ser e ter...

Ao ***Olavo***, pelo amor constante.

Ao ***Gui***, pela paciência de ter uma mãe 'em tese'...

À ***minha mãe***, ao ***Rodolfo***, à ***Lola*** e toda a ***minha família*** pelo cuidado e apoio permanentes.

À ***Rose***, grande amiga, que entre um riso e um choro, sempre fez sopa e acalanto...e, além disso, referendou a escolha do poema em epígrafe.

Ao ***meu grande amigo Claúdio***, que, entre outras coisas, me ajudou a parar de fumar, a não abusar dos gerúndios e a gostar cada vez mais da saúde pública.

À ***Nita***, pelo estímulo para 'voltar pros estudos' e pelo carinho de sempre.

À ***Jô***, companheira dedicada, pela criatividade e intuição sempre certeiras ao fazer as coisas coletivas.

À ***Lete***, sempre amiga e atenta aos detalhes...

Às ***amigas Maria Alice e Norma***, pela ajuda em manter corpo e mente 'saudáveis'...

Aos ***trabalhadores de saúde entrevistados***, que enriqueceram esse trabalho com o relato de suas experiências.

À ***Márcia Amaral e à Alzira*** pela compreensão e ajuda decisiva.

Aos ***colegas da equipe da vigilância epidemiológica da DIR XII*** – Campinas, pelo apoio e paciência nos momentos mais 'apertados'. À Therezinha, pelo 'material histórico'.

À ***Maria Inês***, pela ajuda valiosa com o banco de dados e as 'ferramentas de trabalho'...

À ***Cristina Restituti***, pela disponibilidade e ajuda inestimável com os dados.

À ***Núbia***, pela ajuda fundamental com os dados demográficos e de cobertura vacinal.

À ***equipe da Prefeitura de Campinas***, particularmente da COVISA e vigilância epidemiológica da VISA SUDOESTE, pelo carinho e pelas portas sempre abertas, fundamentais para a concretização deste trabalho.

À ***equipe do CVE***, nas pessoas da ***Neuma, Telma e Clélia*** e de todos os técnicos das divisões de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunização, pela solidariedade constante.

Ao ***Raul do almoxarifado da DIR XII Campinas***, pelas informações históricas...

Ao ***pessoal do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp***, especialmente o Eduardo, a Rose, a Nayara e a Léo, pelo apoio com as 'ferramentas' e o material didático. E a ***Dona Lina***, pelo carinho...

Ao ***Gastão e Heleno***, meus professores, pelas sugestões valiosas na banca de qualificação, que enriqueceram as diretrizes deste trabalho.

À ***CAPES***, pela ajuda financeira.

LEMBRETE

Se você procurar bem, você acaba encontrando
não a explicação (duvidosa) da vida,
mas a poesia (inexplicável) da vida.
Carlos Drummond de Andrade

BCG ID	Vacina contra tuberculose
BK	Bacilo de Koch
C	Caso
CDC	Center of Disease Control, de Atlanta – EUA
CI	Coeficiente de Incidência
COVISA	Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental - Secretaria Municipal de Campinas
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
DID	Departamento de Informação e Desenvolvimento da Prefeitura Municipal de Campinas
DIR XII	Direção Regional de Saúde XII Campinas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
ERSA	Escritório Regional de Saúde
GPB	Guia de Passagem de Bens
DPT	Vacina contra Difteria, Coqueluche (Pertussis) e Tétano
LAPA	Laboratório de Administração e Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
NESCO	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, do Paraná
PAB	Piso Assistencial Básico (da Norma Operacional Básica – NOB 96)

PAI	Programa Ampliado de Imunização, da OPAS
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PNI	Programa Nacional de Imunização
PUCC	Pontífice Universidade Católica de Campinas
REPLAN	Refinaria de Petróleo de Paulínia
RH	Recursos Humanos
SÉS	Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
SIG	Sistema de Informações Gerenciais
SIGAB	Sistema de Informações Gerenciais da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde, proposta da OPAS
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SRC	Vacina conjugada contra o sarampo, rubéola e caxumba (tríplice viral)
SV2	Sistema de Vigilância 2, impresso do Sistema de Vigilância do Estado de São Paulo, utilizado para registrar os agravos de notificação nas unidades de saúde
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
TB	Tuberculose
TBVE	Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nacções Unidas para a Infância
VISA SUDOESTE	Vigilância à Saúde do Distrito de Saúde Sudoeste, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

PÁG.

PÁG.

RESUMO

Em 1997 ocorreu uma epidemia de sarampo no Estado de São Paulo, com aproximadamente 50.000 casos, que se estendeu para outros estados da Federação e alguns países das Américas. A região de Campinas foi a segunda mais afetada, respondendo por 40% dos casos do interior do estado. Esta investigação constitui-se em um estudo de caso, cujo objetivo é analisar a rede de causas da epidemia de sarampo na região de Campinas. Para tentar explicar o aumento de suscetíveis e consequentemente a ocorrência dos casos foram formuladas quatro hipóteses, a saber: o desabastecimento do imunobiológico; a precariedade das informações utilizadas no sistema de vigilância epidemiológica do sarampo; a deficiente articulação das ações de 'vigilância' e 'assistência' no modelo tecnoassistencial operado pela rede básica e a debilidade dos processos de gestão dos recursos humanos. Baseando-se em análise do material empírico, ou seja, o relato de experiência de alguns atores que vivenciaram a epidemia na região de Campinas e análise documental, reconstruiu-se a história da epidemia e, de certa forma, foram comprovadas as hipóteses. O desabastecimento do imunobiológico, em 1995 e 1996, teve impacto negativo na cobertura vacinal, porém, insuficiente para explicar a epidemia, uma vez que as coberturas já não estavam adequadas em alguns municípios da região, em particular o município de Campinas, uma das áreas estudadas nesta investigação. Verificou-se que alguns problemas de acesso à imunização contribuíram para a queda nas coberturas vacinais. A meta de eliminação/erradicação do sarampo até o ano 2.000, para a região das Américas, pode estar comprometida caso não sejam equacionadas algumas questões do modelo tecnoassistencial, principalmente da rede básica e, ainda, da gestão dos recursos humanos em saúde.

1. APRESENTAÇÃO

Por quê um estudo sobre a epidemia de sarampo?

Em 1994, por ocasião da emissão do certificado de erradicação do poliovírus para a região das Américas, definiu-se também a meta de eliminação do sarampo até o ano 2000. Este ato, coordenado pela OPAS, contou com a presença e compromisso de vários países do continente, dentre eles o Brasil.

Em 1997, portanto, no 'meio do caminho' para se alcançar a meta de eliminação do sarampo, ocorreu uma epidemia, com explosão de casos em São Paulo inicialmente, estendendo-se para outros estados da Federação e alguns países das Américas.

Alguns aspectos da epidemiologia do sarampo foram utilizados para explicar a epidemia de 1997, como se observa nas publicações oficiais ou nos estudos já realizados. A queda na cobertura vacinal, aliada ao aumento da população suscetível, em particular os adultos jovens em grandes centros urbanos, eram os principais fatores apontados como responsáveis pela elevação do número de casos da doença.

A epidemia de sarampo trouxe consigo outras indagações que a epidemiologia, isoladamente, não consegue responder. Como num "iceberg", acreditei que havia, além daquelas causas aparentes, outras 'submersas', com maior potencial para a compreensão do fenômeno. Vista de outra forma, a epidemia trouxe à tona 'fragilidades' do sistema de saúde, obstáculos à viagem de navegantes aventureiros...

Em outras palavras, nesta investigação, a epidemia de sarampo foi considerada um analisador natural[1] da organização dos serviços, em particular no que se refere ao modelo tecnoassistencial operado pela rede básica e a como é feita a gestão dos recursos humanos. Este estudo se propôs a explicitar algumas dessas fragilidades e, assim, colaborar para a discussão de como enfrentá-las.

---

[1] Segundo Baremblitt (1996: 152), "analisadores espontâneos ou naturais são analisadores de fato produzidos 'espontaneamente' pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade".

A vivência profissional na rede básica, na área de vigilância epidemiológica e na gerência de um serviço de vigilância à saúde, bem como na área de planejamento, tanto na esfera municipal quanto estadual, levaram-me a analisar as causas da epidemia utilizando, além do instrumental da epidemiologia, também de conceitos trabalhados em outras áreas da saúde coletiva, em particular, as reflexões teóricas sobre o planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Acredito que determinadas metas – por exemplo, alcançar altas coberturas vacinais ou aplicar estratégias corretas para controle ou eliminação de agravos, no caso o sarampo – deveriam ser claras para a maioria dos profissionais de saúde, em particular os da rede básica, que, além do atendimento individual, têm responsabilidade nas ações de prevenção e promoção de saúde.

Quero dizer que a definição e a compreensão das estratégias e metas não podem somente ficar restritas aos profissionais 'especializados' da vigilância epidemiológica ou da vigilância à saúde. O modelo de atenção em vigor, principalmente a forma como está estruturado o sistema de vigilância epidemiológica, não me parece facilitar a compreensão e a apropriação dessas metas por parte das equipes de saúde.

As contribuições da epidemiologia, dos modelos matemáticos e da biologia molecular são fundamentais na definição de estratégias de controle ou erradicação do sarampo. Existe, no entanto, o risco do insucesso destas estratégias, caso não se leve em conta a realidade das práticas de saúde vividas pelos serviços. Ou seja, a forma como os serviços são estruturados e gerenciados, em particular como se organiza a assistência e se equacionam a capacitação e a adesão dos 'recursos humanos', tudo significa um peso muito grande para se obter êxito na solução de problemas vividos pela população.

Não equacionar bem tais aspectos pode ter como resultado o aparecimento de epidemias como a de 1997, apresentada aqui como objeto de investigação, ou outras em que o saldo é sempre de sofrimento e morte. Inaceitável, portanto, quando se trata de uma doença evitável como o sarampo.

Como introdução ao objeto de investigação, apresento, no segundo capítulo deste estudo, a situação do sarampo no mundo, no país e no Estado de São Paulo, tendo como

pano de fundo o papel que as epidemias tiveram e ainda têm na história da humanidade e da saúde pública.

Procurei, neste estudo de caso, como descrito no capítulo 3, o do percurso metodológico, analisar as causas da epidemia de sarampo na região de Campinas, com base em quatro hipóteses formuladas para explicar o aumento de suscetíveis e, conseqüentemente, a ocorrência dos casos.

Estas hipóteses relacionam-se, na ordem de importância conferida por mim, às seguintes questões: o desabastecimento do imunobiológico; a precariedade das informações utilizadas no sistema de vigilância epidemiológica do sarampo; a deficiente integração da 'vigilância' e 'assistência' no modelo tecnoassistencial operado pela rede básica e, finalmente, a debilidade da gestão dos recursos humanos.

No capítulo quatro, de construção do objeto, faço uma revisão bibliográfica sobre a doença, seus aspectos clínicos e epidemiológicos, as estratégias de controle adotadas, incluindo aí a história da implantação da imunização e da vigilância epidemiológica do sarampo no Estado de São Paulo e, finalmente, da proposta de eliminação/erradicação, em curso no país e no estado.

Esta revisão é uma pequena amostra da vastíssima bibliografia existente sobre o sarampo. Minha pretensão não foi absolutamente a de esgotar o tema, uma vez que a eliminação ou erradicação do sarampo continua sendo um desafio para boa parte dos pesquisadores que se debruçam sobre o estudo da doença. Foi, sim, uma tentativa de compreensão e aproximação com o objeto, ou seja, a epidemia de sarampo na região de Campinas, também neste capítulo analisada com o instrumental da epidemiologia descritiva.

No capítulo seguinte, o quinto, é reconstruída a história da epidemia e verificadas as hipóteses, por meio do material empírico levantado, ou seja, as entrevistas com alguns atores que vivenciaram a epidemia na região e no município de Campinas e os documentos consultados. Estes últimos constituíram-se de documentação oficial sobre o tema, como, por exemplo, manuais técnicos, relatórios, ofícios e os dados epidemiológicos produzidos pelos bancos de dados oficiais.

Na discussão, analiso e tento sintetizar a realidade revelada pelo material empírico, utilizando-me de algumas reflexões teóricas sobre o planejamento e a gestão dos serviços de saúde e do diálogo com outros autores, que também abordaram temas semelhantes aos das hipóteses formuladas e, de certa forma, comprovadas neste estudo.

Ainda neste capítulo, faço algumas indicações sobre a capacitação de profissionais de saúde da rede básica, tendo em mente contribuir com o alcance da meta de erradicação do sarampo no país.

Finalmente, como conclusão, a epidemia é vista como uma produção social e são apresentados os fluxogramas explicativos construídos por alguns atores que vivenciaram a epidemia de sarampo no ano de 1997.

2. INTRODUÇÃO

Sobre as epidemias e o sarampo no mundo

Ao longo da história da humanidade, as epidemias têm cumprido o papel de explicitar as fragilidades da organização social. Aspectos econômicos, culturais, ambientais e políticos vêm à tona com muita intensidade na vigência de uma epidemia. Virchow, um dos precursores da medicina social, nas suas investigações sobre uma epidemia de tifo na Silésia, em 1847, concluiu que as causas daquela epidemia eram sociais, políticas e econômicas, mais do que biológicas e físicas. Dizia aquele pesquisador: "as epidemias não apontarão sempre para deficiências na sociedade?..." (BARATA, 1987).

Rosen (1994), relatando magistralmente a história da saúde pública, descreve epidemias causadas por vários agentes infecciosos, desde a Grécia Antiga, o Império Romano, passando pela Idade Média até a Era Moderna. Os avanços tecnológicos, o aumento das trocas comerciais e a maior possibilidade de comunicação entre os povos fizeram florescer várias epidemias como, por exemplo, as pandemias de cólera, febre amarela e a peste bubônica.

Segundo Rosen (1994), parte do conhecimento que se tem hoje sobre as doenças e a epidemiologia deu-se pela convivência com essas epidemias. Travava-se uma luta pela sobrevivência, ao mesmo tempo em que os homens buscavam soluções para seus problemas de saúde, às vezes tão graves, que dizimavam populações inteiras. E, dessa busca, ganhava-se em qualidade de vida na terra. Sobre a forma como a cólera cumpriu esse papel, escreve o autor: *"...a epidemia do cólera fortaleceu ainda mais o interesse pela situação das cidades. Evidenciou-se que a doença procurava os distritos mais pobres...mesmo não se sentindo responsável pelo próximo, quem valorizava sua própria vida, desejava não ter doenças virulentas e as condições que as favoreciam por perto..."* (p.168).

Antes do surgimento do movimento pela reforma sanitária, antes mesmo do isolamento dos primeiros agentes infecciosos, já existia um grande conflito de idéias nesse campo, cuja base era de ordem filosófica e político-econômica. De um lado, estavam os defensores da teoria miasmática e, de outro, os contagionistas. Os primeiros, médicos que

de certa forma representavam o liberalismo florescente, não aceitavam, por exemplo, a imposição da quarentena, que implicava em perdas econômicas e um 'freio' à expansão dos negócios. Criticavam os segundos, também médicos, como impedidores do progresso, burocratas que queriam impor regras. Ainda sobre a reforma sanitária, Rosen (1994) considera que esse movimento teve suas raízes nessa busca por melhores condições de vida, no diagnóstico da *"imundície, o desamparo e a busca pela redução no peso da assistência aos pobres..."*.

Czeresnia (1997), analisando a complexidade dos aspectos culturais desse conflito entre a irracionalidade, o obscurantismo, até se chegar à construção do conceito de transmissão, acredita que, nessa convivência com as epidemias, a percepção do contágio significava ver o outro como fonte permanente de perigo. E mais: que os avanços do conhecimento científico permitiram lidar mais racionalmente com o medo. Esse processo, porém, ocorreu valendo-se de oposições, *"orientando-se por valores como controle, proteção, ordem e segurança"* (p.9).

Inúmeros trabalhos científicos foram e continuam sendo publicados, com abordagens diferenciadas sobre o tema das epidemias e os desafios constantes para evitá-las ou contê-las. Donalísio (1995) analisa a epidemia de dengue no Brasil por diferentes dimensões que podem ser adotadas ao examinar uma epidemia, a saber: a dimensão do 'mundo da materialidade', do 'mundo da subjetividade' e do mundo das 'relações sociais'. Sob essas diferentes perspectivas é que pode ser compreendido o controle da doença. Bernal (1990) apresenta um aspecto interessante: o de que, entre outras coisas, as histórias das epidemias apresentam traços comuns como, por exemplo, "la negación del problema", ou "culpar los demás", ou ainda, a necessidade de "chivos espiatórios", quando se refere, por exemplo, à pandemia de AIDS no Chile e no mundo.

Barata (1987) destaca, ainda, outro detalhe importante, ou seja, a forma como os homens realizaram as intervenções para o combate das epidemias. Reflete, de um lado, o grau de conhecimento acumulado que se tem do fenômeno e, de outro, as formas de atuação do Estado em cada período histórico. Os defensores da medicina social, representados pelos franceses e alemães, propunham uma intervenção do Estado, porém, aliada a profundas transformações sociais e políticas. Já os representantes da reforma

sanitária, cujas raízes estão na Inglaterra, propõem mudanças e intervenção estatal em certas condições da vida urbana, mesmo sem modificar a organização social. A primeira corrente de pensamento sofreu grandes derrotas políticas com as descobertas bacteriológicas e a corrente de pensamento defendida pelos reformistas consolidou-se.

Barata (1987) sinaliza que o século 20, principalmente até a década de 40, foi marcado por grandes intervenções do Estado, na busca de soluções para várias doenças que interferiam, principalmente, no comércio entre as nações. O princípio da unicausalidade, afastando-se da visão mais ampla da epidemiologia Virchowiana, foi a diretriz para aquelas intervenções, principalmente quando a opção era pela erradicação de doenças. Valendo-se da inspiração militar, surgiram, na década de 30, os conceitos de vigilância, contenção e controle, em substituição às estratégias de erradicação, que haviam fracassado anteriormente.

Diferenças ideológicas à parte são inegáveis os avanços deste século, seja no controle ou na erradicação de doenças, principalmente com o advento da imunização ativa contra algumas delas, dentre as quais o sarampo. Os avanços foram tão grandes que, por outro lado, deram margem a interpretações distorcidas da realidade, analisadas por Barreto (1998), por meio da crítica da teoria da transição epidemiológica. Essa teoria foi formulada baseada em padrões de mortalidade, o que compôs uma visão parcial da realidade, uma vez que, em relação à morbidade, não ocorreu queda tão expressiva da incidência de doenças infectocontagiosas.

Segundo Barreto (1998), os defensores desta teoria acreditavam em um mundo sem doenças infectocontagiosas, baseando-se em uma evolução em etapas. Essa teoria foi desenvolvida nos países de primeiro mundo e 'adaptada' para os países pobres. A evolução seria o predomínio das doenças crônico-degenerativas e o desaparecimento das doenças infectocontagiosas. Valendo-se de alguns eventos sinalizadores, ocorridos nos países desenvolvidos, nos anos 80 e no início dos anos 90, a 'emergência' das doenças infectocontagiosas vem mostrando a vulnerabilidade desses países.

Esta discussão apresentada por Barreto (1998) é extremamente relevante e pode ser verificada na preocupação de outros autores e mesmo de órgãos oficiais de saúde. Estratégias surgem a cada dia, para o enfrentamento de agravos, tais como: 'novas'

bactérias resistentes aos antimicrobianos mais utilizados; as hepatites, a AIDS, as zoonoses, como o hantavírus e outros, também causadores de febres hemorrágicas, a maioria com altas taxas de letalidade. Ou ainda as 'reemergentes', 'as velhas novas' doenças que voltam ou representam o risco permanente de retorno, como a dengue e a febre amarela urbana (OMS, 1987; OPAS, 1995; RUFINO NETTO, 1997; MMWR, 1998b; HENRIQUES, 1997).

A estas doenças 'reemergentes', Barreto (1998) prefere denominá-las 'permanecentes', pois essa é a realidade de países como o Brasil, onde muitas doenças nunca desapareceram. Mudaram, em muitos casos, seu perfil epidemiológico. Outro aspecto importante analisado pelo autor são as causas da emergência das doenças infectocontagiosas hoje. Ele diz: "*fica evidente que grande parte do problema é conseqüência de intervenções humanas sobre o meio ambiente e sobre a vida social...*".

Como fator que contribui para a emergência das doenças infectocontagiosas, de um modo geral, o autor refere o colapso nas medidas de saúde pública. E, como itens específicos desse fator, destaca o saneamento e controle de vetores inadequados e os cortes nos programas de prevenção. Essa busca pelos determinantes torna-se hoje o grande desafio para os que atuam em saúde pública e em pesquisas nesse campo.

Muito tempo se passou desde a clássica investigação da epidemia de sarampo, ocorrida nas ilhas Faroe, pelo médico Peter Ludwig Panum. Era o ano de 1847, e muito do que se conhece hoje da epidemiologia do sarampo vem da descrição daquela epidemia, feita pelo médico, a pedido do governo dinamarquês. Outra epidemia ocorrida naquelas ilhas, 30 anos depois, atingiu somente pessoas menores de 30 anos, não acometidas pela epidemia anterior (ROSEN, 1994).

Parece que a história se repete e o vírus do sarampo persiste em suas características. E o sarampo continua sendo um desafio para os epidemiologistas. A diferença daquela época para cá é que hoje temos quase todas as ferramentas para evitar que novas epidemias continuem ocorrendo pelo 'meio do caminho'...

Segundo Waldman, Silva, Monteiro (1995), o sarampo continua sendo a doença imunoprevenível de maior importância em saúde pública. Gastos elevados com internação e taxas de letalidade ainda significativas, mesmo em países desenvolvidos, justificam a

afirmativa. Gellin & Katz (1994) apontam, pelos dados da OMS, ainda no começo da década de 90, cerca de um milhão de óbitos de crianças em todo o mundo, apesar dos avanços conquistados no controle do sarampo nas últimas duas décadas.

Surtos e epidemias de sarampo vêm sendo descritos em vários países do mundo, com magnitudes diferentes, de acordo com as estratégias de controle e as respostas adotadas diante dos desafios impostos pelo comportamento da doença. Cutts e Markowitz (1994), comparando países desenvolvidos e de terceiro mundo, demonstram o papel dos programas de imunização, a manutenção ou não de altas coberturas vacinais e o incremento dos programas de vigilância como responsáveis pela oscilação das incidências, o surgimento ou ressurgimento de surtos e epidemias.

Dados da OMS, relacionando número de casos com cobertura vacinal no período de 1983 a 1996, no mundo, demonstram uma tendência à queda no Coeficiente de Incidência (CI) da doença e aumento da cobertura vacinal, particularmente na década de 80. Observa-se, também, alguns picos de incidência na década de 90, com uma certa estabilidade da cobertura vacinal, em torno de 80%. O total de casos registrados no mundo foi de 1.344.628, em 1990, e de 798.849, em 1996 (WHO, 1997).

Os Estados Unidos vêm tentando, desde 1967, a eliminação do sarampo autóctone. Apesar dos sucessos dessa iniciativa, continua a ocorrência de casos e surtos, parte deles originários de casos importados de outras regiões do mundo. Vitek *et al.* (1997) analisando a tendência dessa importação, verificaram que, no período de 1986 a 1994, foram registrados 72.467 casos de sarampo, sendo 1,4% importados, com variações nos anos observados. Destacam a diminuição de casos importados da América Latina a partir de 1991, com impacto no total de casos daquele país.

Nos últimos 20 anos, com o emprego da vacinação em massa, observou-se uma diminuição de casos de sarampo no México. Em 1989, ocorreu uma epidemia importante, descrita por De la Peña *et al.* (1991), cujas características marcantes foram o deslocamento de faixa etária (menores de um ano e maiores de 14) e a elevada letalidade. Os autores concluem que 40% dos casos poderiam ser evitados com a vacinação. Castro (1993) descreve uma epidemia ocorrida na República Dominicana, basendo-se em dados de um

hospital de pediatria, na qual, dos 553 casos atendidos, 34% foram hospitalizados, com 16 óbitos (8,5%).

Um estudo realizado por Guris (1998) discute a alta suscetibilidade dos ilhéus, quando descreve a ocorrência de 1.300 casos e 16 mortes, no período de 1991 a 1994, na Micronésia, depois de quase 20 anos sem epidemias de sarampo. Com um total de 20.034 casos, 13 mortes e incidência de 88.7/100 mil habitantes, a Romênia viveu uma epidemia de sarampo entre 1996 e 1997, após intervalo de três anos com pequeno número de casos (MMWR, 1997c).

Luthi, Kesseler, Boelaert (1997) descrevem uma grande epidemia de sarampo no Chade, África, no período de 1993-1994, com quase 20 mil casos. Segundo os autores, a cobertura vacinal média do país, nos últimos anos, girava em torno de 55%. No quinquênio 1992 a 1997, a Itália registrou 157.788 casos notificados de sarampo. A epidemia brasileira de 1997 teve cepa igual à que circulava na Itália em 1996 (SILVA, 1999).

Em 1997, foram registrados 135 casos de sarampo nos EUA, parte importados do Estado de São Paulo. Nesse mesmo ano, o Canadá apresentou 570 casos, cuja seqüência genômica do vírus era igual ao que circulava na Europa, no ano anterior (WHO, 1998).

A história do sarampo no Brasil não é muito diferente dos demais países do terceiro mundo. Do final da década de 60 até o final dos anos 80, o país viveu grandes epidemias, com intervalos de dois ou três anos. O ano de 1986, com maior pico epidêmico da década, apresentou 129.942 casos, com CI de 97,7/100 mil habitantes. A despeito das inúmeras tentativas de controle da doença e a proposta do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 1992, nova epidemia voltou a assolar o país no ano de 1997, com início no Estado de São Paulo, estendendo-se para os demais. No final daquele ano, apenas três Estados da federação não apresentavam casos de sarampo. O total de casos confirmados foi de 53.335, entre aqueles considerados compatíveis e os confirmados laboratorialmente ou por vínculo epidemiológico (BRASIL, 1997c; BRASIL, 1998b).

O perfil da doença no Estado de São Paulo, até final da década de 80, reproduziu o mesmo padrão do restante do país. Em 1986, foram registrados 6.849 casos hospitalares, sendo também o ano de mais alta incidência (OPAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Com base em estratégias de controle mais rigorosas, a ocorrência de casos diminuiu no decorrer da década de 90, voltando a apresentar elevação no final de 1996, na Grande São Paulo, e, em 1997, caracterizou-se como epidemia, estendendo-se a todo o Estado e a outros como citado no parágrafo anterior. Foram confirmados 42.058 casos, entre os confirmados laboratorialmente, por vínculo epidemiológico ou compatíveis. A epidemia configurou-se na região de Campinas com 1.796 casos, entre os confirmados laboratorialmente, por vínculo epidemiológico ou considerados compatíveis (Banco de dados do CVE - 1999, não publicado).

3. O PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo serão apresentados os objetivos, as hipóteses formuladas para explicar a epidemia de sarampo, o desenho da investigação e os referenciais teóricos utilizados no estudo.

3.1. Objetivos

GERAL

Analisar a rede de causas da epidemia de sarampo ocorrida na região de Campinas, em 1997.

ESPECÍFICOS

1) Analisar a epidemia de sarampo na região de Campinas, com base no instrumental da epidemiologia descritiva.
2) Reconstruir a história da epidemia, baseando-se na análise da documentação oficial e dos relatos de experiência de alguns atores envolvidos no processo em Campinas.
3) Discutir o modelo tecnoassistencial, particularmente a integração das atividades de vigilância epidemiológica ao cotidiano das unidades básicas de saúde.
4) Discutir a gestão dos recursos humanos, utilizando como exemplo a estratégia de implantação do plano de eliminação/erradicação do sarampo.
5) Fazer algumas indicações para a melhor integração das atividades da vigilância epidemiológica à rotina das unidades básicas de saúde.

3.2. As hipóteses

A epidemia de sarampo de 1997, particularmente na região de Campinas, objeto deste estudo, ocorreu pelo acúmulo de suscetíveis a partir de meados da década de 90. Para tentar explicar por que se acumularam suscetíveis, ocasionando a circulação do vírus de forma epidêmica, formularam-se algumas hipóteses, relatadas a seguir.

Valendo-se da experiência profissional na área de vigilância epidemiológica, da vivência da epidemia de sarampo de 1997 na região de Campinas e, ainda, da leitura de textos sobre o tema, formularam-se algumas hipóteses, apresentadas pelo pesquisador por ocasião da banca de qualificação deste estudo. Naquele momento, as hipóteses foram as seguintes:

- problemas no sistema de vigilância epidemiológica;
- problemas no estoque de vacinas;
- problemas no modelo de atenção;
- qualificação de pessoal da rede de serviços.

Pelo contato preliminar com o material empírico, mesmo antes de uma adequada sistematização e análise mais cuidadosa, reformularam-se algumas hipóteses, em particular a última, ao se verificar que não se tratava apenas da qualificação de pessoal, mas sim de um problema mais abrangente, em termos de 'gestão dos recursos humanos'. A primeira hipótese também sofreu modificações, pois não se tratava de um problema no sistema de vigilância epidemiológica do sarampo, das estratégias de controle adotadas, mas sim da precariedade das informações utilizadas naquele sistema.

Portanto, as hipóteses 'reformuladas' são as seguintes, de acordo com a ordem de importância conferida pelo pesquisador:

1) Desabastecimento do imunobiológico. Apesar de não ter ocorrido falta sistemática da vacina contra o sarampo, problemas com a aquisição do imunobiológico, de responsabilidade do Ministério da Saúde fizeram diminuir o repasse de vacina do nível federal para os estados e, conseqüentemente, aos municípios, em 1995 e 1996. Esse fato 'ressuscitou' a prática do agendamento, que é a aplicação da vacina em alguns períodos da semana, com o objetivo de evitar 'desperdícios'. A reintrodução dessa prática, que já estava abolida na rede básica, desde o final da década de 80, tem, obviamente, como conseqüência imediata, a diminuição do acesso à imunização contra o sarampo. Os serviços lançam mão dessas medidas restritivas, mesmo não sendo a recomendação oficial, como forma de

resolver o problema da diminuição dos estoques. Outra conseqüência dessa prática é o desestímulo à vacinação de rotina e o incremento da 'cultura campanhista'.

2) Precariedade das informações utilizadas no sistema de vigilância epidemiológica do sarampo. Aqui podem ser destacados dois problemas distintos: o primeiro deles diz respeito à estratégia utilizada no sistema de vigilância do sarampo, a partir de 1992, quando também foi implantado o programa de controle da rubéola e da síndrome da rubéola congênita. O processo de suspeição e conclusão de casos de sarampo tornou-se mais complexo, nem sempre com regras muito claras para todos os níveis do sistema de vigilância. Dificuldades operacionais para se obter duas amostras de soro para o diagnóstico laboratorial agravaram a situação, gerando um universo relativamente grande de casos de sarampo não concluídos, o que atrapalhou a análise da real situação epidemiológica da doença. Criou-se o 'espírito' de que a doença estava sob controle e o sistema não foi suficientemente ágil para perceber o aumento dos casos. Um sistema de vigilância muito centralizado, com pouca autonomia dos níveis regionais e municipais no processo de análise dos dados, além da lentidão no repasse das informações, colaborou para esse atraso na percepção da epidemia. O segundo problema que também contribuiu para a interpretação errônea da realidade epidemiológica diz respeito à análise da cobertura vacinal. O fato das bases de dados demográficos oficiais ora favorecerem a subestimativa populacional, ora o contrário, teve como resultado a não-confiabilidade das informações acerca da cobertura vacinal contra o sarampo e, portanto, acarretou prejuízos na adoção de medidas de controle da doença.

3) A deficiente articulação das ações de 'vigilância' e 'assistência' no modelo tecnoassistencial operado pela rede básica. Historicamente, as ações de vigilância epidemiológica eram de competência do Estado. Com a implantação do SUS, essas ações passaram para a esfera dos municípios. Os modelos de vigilância epidemiológica adotados desde então, apesar de diferentes matizes, têm em comum, pode-se dizer, a ênfase na centralização das decisões e descentralização das ações. As ações de vigilância ainda são vistas no nível local como exigências burocráticas do nível central do município ou do

estado. Os gerentes locais, assoberbados com as demandas da assistência e demais problemas da unidade, ainda não equacionaram essa questão. Ou seja, as atividades de vigilância epidemiológica ainda não foram incorporadas como de responsabilidade da rede básica. As ações das unidades básicas de saúde, quando muito, ficam restritas à execução de tarefas ou de medidas de controle quando os problemas já estão instalados, deixando muito a desejar o trabalho de promoção e de prevenção de saúde, como, por exemplo, a intervenção diferenciada voltada para grupos populacionais mais vulneráveis. As estratégias dos 'vigilantes', por sua vez, não têm conseguido mudar muito esse quadro, prevalecendo, na maioria das vezes, a falta de diálogo entre esses dois mundos.

4) Debilidade dos processos de gestão dos recursos humanos. Trabalhadores despreparados, desmotivados e com baixa responsabilização perante os problemas de saúde da população aparecem como queixa freqüente de qualquer gerente do setor saúde. Nesta investigação trabalha-se com a hipótese de que a 'gestão dos recursos humanos', tal como é feita hoje, contribui para essa situação. Processos que vão desde o recrutamento e seleção, 'capacitação e reciclagem', avaliação e comunicação das direções para as equipes executoras de políticas, aparecem como uma 'cadeia perversa' de erros que resultam em desmotivação, alienação e descomprometimento dos trabalhadores de saúde. O Plano de Eliminação do Sarampo, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 1992, com o propósito de eliminação do sarampo no Brasil, pode ser considerado um exemplo dessa 'cadeia problemática' de eventos, principalmente se considerarmos o desconhecimento dos profissionais de saúde, tanto da rede básica como por parte dos técnicos especializados da vigilância epidemiológica, em relação ao referido plano. Ou seja, ele não cumpriu o papel de 'elemento mobilizador' em relação às metas propostas, e pouco serviu como instrumento 'motivador' para a avaliação do programa de controle da doença e (ou) para realização de capacitações e reciclagens acerca do sarampo.

3.3. O desenho do estudo

Este trabalho de investigação utilizou-se de técnicas quantitativas e qualitativas para análise da ocorrência da doença.

As variáveis quantitativas referem-se àquelas mais significativas para apresentação da doença nas pessoas, nos lugares e, durante um determinado período, analisadas por meio da epidemiologia descritiva. São elas: faixa etária, sexo e região de maior ocorrência. Foram analisadas também as coberturas vacinais contra o sarampo para crianças menores de um ano, além de coberturas vacinais da tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba) para as crianças de um ano de idade.

As fontes dos dados foram: os bancos de dados do CVE, DIR XII Campinas e COVISA.

A análise dos dados da epidemia, no caso do município de Campinas, utilizou-se de dois bancos de dados. O primeiro foi o banco oficial do Estado, elaborado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica, a partir das fichas epidemiológicas enviadas ao nível central do sistema de vigilância epidemiológica pelos municípios, pela Direção Regional de Saúde (a DIR). O outro, elaborado pelo próprio município, que, já em 1997 utilizava a ficha epidemiológica do SINAN. Essa opção pelos dois bancos de dados ocorreu em função da necessidade de se avaliar alguns dados, por área de abrangência, das unidades básicas de saúde do município, não contempladas no banco de dados do Estado. Existe uma pequena diferença entre esses dois bancos de dados, em torno de 5%, porém, para as variáveis estudadas avaliou-se que esse percentual não traria prejuízo para a análise.

A 'ferramenta' para análise dos dados foi o programa EPI-INFO, versão 6.04.

É um estudo também qualitativo, pois valorizaram-se as experiências e as falas dos atores que vivenciaram a epidemia de sarampo de 1997. As metodologias qualitativas são *"aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas"* (MINAYO, 1993).

Moreira (1997) acha necessária a opção pela pesquisa qualitativa quando há o desejo de aprofundar o conhecimento do social, e não por desconsiderar a relevância dos métodos quantitativos. Segundo a autora, quando se resgata para a pesquisa a intencionalidade e o significado como atributos qualificáveis, só assim emergem as contradições subjetividade/objetividade, individual/coletivo, autonomia dos sujeitos/supradeterminação ideológica. E, ainda, *"este resgate do humano para a metodologia científica, retomando-se à reflexão das vivências como um caminho de esclarecimento para as relações de compromisso dos sujeitos com o mundo, conhecendo-se a reciprocidade de influências destes elementos da realidade, é um novo rumo que se estabelece para as ciências sociais"* (MOREIRA, 1997).

Este trabalho de investigação pode ser 'classificado' como um estudo de caso, no qual as técnicas utilizadas para checar as hipóteses foram a análise documental, complementada por entrevistas orais semi-estruturadas. Moreira (1997), apesar das ressalvas metodológicas sobre esses estudos, considera que eles são adequados para indicar particularidades e diversidades dos fenômenos sociais, bem como para possibilitar o levantamento de hipóteses que podem ser melhor avaliadas em outros estudos.

Ainda, segundo Moreira (1997), entrevista semi-estruturada é *"o colóquio entre entrevistados e os informantes através de roteiro constando de questões estruturadas ou dirigidas onde se especificam as hipóteses da pesquisa em combinação com o discurso livre, buscando-se cuidadosamente evitar o caráter de interrogatório e procurando-se não interromper a seqüência de idéias do entrevistado"*.

As áreas estudadas

Embora alguns dados apresentados durante este trabalho de investigação refiram-se às vezes à realidade epidemiológica do Estado de São Paulo , eventualmente do Brasil e de outros países, este estudo de caso foi realizado em algumas áreas geográficas definidas. São elas: a área de abrangência da DIR XII – Campinas, com foco no município de Campinas e em especial, a área de abrangência do Distrito de Saúde Sudoeste, dentro deste município. Essas três áreas estão visualizadas e caracterizadas do ponto de vista socioeconômico no capítulo 4, à página 114.

Como a investigação inclui não só a descrição e análise da epidemia na região de Campinas, mas também a entrevista com os atores envolvidos no processo, a escolha do município de Campinas, dentre os 38 da área de abrangência da DIR XII, justificou-se por oferecer as condições operacionais favoráveis à realização da investigação, particularmente por apresentar um número expressivo de casos.

O critério de escolha do Distrito de Saúde Sudoeste, dentre os cinco Distritos de Saúde que compõem o município de Campinas, levou em conta o CI naquela região, que foi o terceiro mais alto do município (ver tabela 8). A distribuição dos casos ocorreu de forma relativamente homogênea, apesar de algumas diferenças de incidência entre as áreas de abrangência dos centros de saúde. Essa distribuição dos casos determinou qualidade distinta da vivência do problema 'epidemia de sarampo' por parte das equipes de saúde, se comparada com a região de mais alta incidência, onde algumas unidades de saúde ou não tiveram casos ou a incidência foi muito baixa.

A área com o segundo maior CI do município, a Região Sul (a diferença com a Sudoeste não chega a 1%), também apresentou distribuição muito heterogênea dos casos, enquanto apenas uma unidade de saúde contribuiu com quase 50% deles, o que também traria ao pesquisador dificuldades em analisar o conjunto da região com os profissionais de saúde das unidades básicas.

Outro critério utilizado foi o perfil geográfico e socioeconômico. A Região Sudoeste, apesar de heterogênea na composição dos bairros, ainda assim é mais homogênea do que em outras áreas, como a Região Leste, por exemplo, composta por bairros onde essas diferenças são bem mais marcadas. Bairros muito ricos e outros muito pobres são características dessa última região citada, a de maior extensão geográfica e cujo CI de sarampo, em 1997, foi o mais elevado do município.

As entrevistas

O critério de escolha para participação nas entrevistas foi o seguinte: profissionais que já estivessem trabalhando na área estudada, (DIR XII, município de Campinas e Distrito de Saúde Sudoeste) no momento em que se deu a epidemia de sarampo, qual seja, em 1997, ou no período imediatamente anterior à epidemia, em 1995 e (ou) 1996.

A inclusão de um profissional da vigilância epidemiológica do nível central do Estado, além daqueles pertencentes às áreas estudadas, teve como objetivo não perder de vista a dimensão mais abrangente da epidemia de sarampo no Estado de São Paulo.

As entrevistas individuais foram realizadas com técnicos que atuavam na vigilância epidemiológica dos níveis centrais e regionais do estado (CVE e DIR XII) e município (COVISA e VISA SUDOESTE). No total, foram realizadas quatro entrevistas.

As entrevistas com os profissionais das unidades básicas de saúde pertencentes ao Distrito de Saúde Sudoeste foram feitas em grupo. Os profissionais foram divididos de acordo com sua atividade profissional, a saber: auxiliares de enfermagem da sala de vacina e (ou) da vigilância epidemiológica, gerentes e enfermeiros. Foram realizadas três 'oficinas' de trabalho com esses distintos grupos, totalizando oito profissionais. A opção pela separação destes profissionais, de acordo com a atividade exercida na unidade, seguiu apenas a convicção de que esses atores desempenham papéis e têm responsabilidades diferentes dentro do processo de trabalho da 'vigilância' e da 'assistência' e que, portanto, poderia haver uma riqueza maior de conteúdo ouvindo-os separadamente.

O conteúdo das entrevistas individuais e em grupo foi gravado e posteriormente digitado.

Foi organizado um roteiro da entrevista, constituído de duas perguntas-chaves ou 'disparadores', a saber:

1) Na sua opinião, qual foi (ou foram) a (s) causa (s) da epidemia de sarampo de 1997?

2) Na sua opinião, o que deve ser feito para se evitar nova epidemia de sarampo?

Além destas perguntas-chaves, outras perguntas ('de algibeira') eram introduzidas na discussão, com base em conteúdo apresentado pelos entrevistados, associadas também às hipóteses formuladas neste estudo. No grupo dos coordenadores das unidades básicas (os gerentes), acresecentou-se uma terceira pergunta sobre o modelo tecnoassistencial utilizado para operar a rede básica.

Organizou-se um grupo de trabalho 'piloto' com os enfermeiros das unidades básicas do Distrito Sudoeste, com o objetivo de testar a metodologia a ser utilizada com os demais grupos. A metodologia utilizada no grupo piloto tem como referência teórica a

tecnologia desenvolvida pelo LAPA do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, baseada, em parte, no Planejamento Estratégico Situacional (PES) e descrita por CECILIO (1997b). Um roteiro foi elaborado para este 'piloto', em que constam as várias etapas do trabalho e o material utilizado (ANEXO 1).

Também como parte do 'piloto', desenvoolveu-se uma estratégia para resgate da 'memória' e da história da epidemia. Planejou-se um aquecimento antes da entrevista, utilizando-se de um painel com recortes de jornais da época (todos da região e do município de Campinas), com fotos e manchetes sobre a epidemia de sarampo de 1997. Além disso, no centro desse grande painel estavam afixadas duas tabelas: uma com os casos de sarampo de 1997 do município, por distrito de saúde; na outra, os casos e coeficientes de incidência, de acordo com a área de abrangência das unidades de saúde do Distrito Sudoeste. Em seguida, os participantes eram convidados a comentar o que viram e a relembrar algum fato ou história marcante durante a epidemia de sarampo. Um outro cartaz, com o objetivo de 'resgatar' a memória foi afixado, contendo os nomes do prefeito, secretário de saúde e diretor do distrito nos anos correspondentes ao período prévio e durante a epidemia.

A avaliação do piloto foi considerada positiva pelo pesquisador e também pelos participantes. Pelo pesquisador, pois alcançou os objetivos propostos, revelando-se como um potente instrumento para a coleta de dados. Para os participantes, pois consideraram o grupo de trabalho um momento importante de reflexão sobre a sua prática profissional nas unidades básicas. Baseando-se nesse 'piloto', foi utilizada a metodologia nos demais grupos e nas entrevistas individuais.

Os convites para participação nos grupos aconteceram sob forma de uma carta dirigida aos profissionais e aos coordenadores das unidades nas quais eles trabalhavam. Na carta explicitaram-se os objetivos do estudo. Para o grupo 'piloto', o entrevistador visitou todas as unidades de saúde, cujos profissionais encaixavam-se no critério de participação, ou seja, ser enfermeiro e ter atuado na rede, na época da epidemia de sarampo. Esse convite foi entregue em mãos, pelo entrevistador, na medida do possível. O modelo do convite utilizado encontra-se em anexo (ANEXOS 2 e 3).

Para os coordenadores e auxiliares de enfermagem, o convite foi basicamente o mesmo ao utilizado no 'piloto', mudando-se apenas as datas dos encontros (ANEXOS 4, 5).

Os documentos

Em relação aos documentos utilizados para a análise documental, todos se encontram em anexo ou estão contidos no próprio corpo do texto. Referem-se a relatórios de reunião, ofícios, manuais técnicos, informes técnicos, solicitações de vacinas, 'guias de passagens de bens' (relativo a vacinas transferidas do nível central para o nível regional do Estado), todos os documentos elaborados por órgãos oficiais de saúde (OPAS , Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – CVE ou DIR- XII – e Prefeitura Municipal de Campinas. Em determinados momentos, principalmente na hipótese 1, 2 e 3, os 'documentos' são os próprios dados epidemiológicos, oriundos dos bancos de dados do Estado ou município de Campinas, analisados nesta investigação, quando da descrição do período pré-epidêmico e epidêmico.

3.4. Reflexões teóricas do Planejamento e da Gestão

Este estudo sobre a epidemia de sarampo de 1997, além dos conceitos e conhecimentos da Epidemiologia, particularmente da epidemiologia descritiva, utilizou-se também das reflexões teóricas da área de Planejamento e Gestão dos serviços de saúde do LAPA do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

O LAPA constituiu-se em um importante espaço de reflexão teórica sobre a Saúde Coletiva brasileira, seus 'movimentos', definições de propostas e rumos a seguir. Seus autores têm se preocupado com três questões centrais: como fazer as mudanças na saúde; quem faz ou não faz estas mudanças (quem são os atores, os sujeitos) e em que espaços (políticos) eles as fazem ou não.

Sem querer esgotar o conteúdo da produção teórica do LAPA, esta reflexão se deteve em publicações em particular, a saber:

a) Algumas idéias do planejamento estratégico situacional, desenvolvidas por Carlos Matus, apresentadas e discutidas por CECÍLIO (1997a), tais como, as categorias de governabilidade, ator, situação e teoria da produção social.

b) a discussão do modelo tecnoassistencial, com base na rede básica, sistematizada por MERHY (1997);

c) a discussão da alienação e da desresponsabilização dos trabalhadores em relação a sua 'Obra', elaborada por CAMPOS (1997).

Além dos autores citados, este estudo utilizou-se, ainda, do referencial apresentado por SILVA JR (1996), acerca dos modelos tecnoassistenciais e algumas de suas 'escolas' hoje no país, dentre elas o próprio LAPA.

Essas reflexões serão agora apresentadas de forma resumida, com o objetivo de clarear alguns conceitos utilizados no decorrer do estudo, como também contribuir para a discussão final do material empírico.

SILVA JR (1996), baseando-se em uma crítica ao modelo hegemônico, flexneriano, de prestação de serviços em saúde, que o autor chama de 'Medicina Científica', avalia que a proposta da Medicina Comunitária ou Atenção Primária à Saúde, apresentada como alternativa reformadora ao primeiro, não deu respostas satisfatórias às questões de eficácia, eficiência e equidade na prestação dos serviços, reforçando na verdade o modelo hegemônico, uma vez que abria 'mercado' para o consumo de medicamentos e outras tecnologias agora assumidas pelo Estado, que é responsável pela atenção à saúde-doença dos 'pobres'.

O autor analisa, então, as propostas de modelos tecnoassistenciais alternativas ao hegemônico e à Medicina Comunitária, que emergiram do campo da Saúde Coletiva no Brasil, suas formulações, as correntes que conformam o 'campo científico' desses modelos. Usa para essa análise, algumas categorias ou 'dimensões' definidas pelo autor, a saber: concepção de Saúde e Doença, Regionalização e Hierarquização, Integralidade e Inter-setorialidade, comparando-os ao modelo hegemônico.

Foram escolhidos pelo autor, três modelos já implantados e que respondem pelas seguintes características: (p.20)

- desenvolvidos em áreas metropolitanas, nas quais existe uma variedade das condições de saúde para os vários estratos da população e exige-se uma complexidade nas soluções cabíveis;
- desenvolvidos em diferentes regiões do Brasil, em diversos contextos político-administrativos, representando de certa forma as composições políticas em disputa no nível local, regional e nacional;
- conduzidos por grupos representantes do 'movimento sanitário' brasileiro, que compartilham as mesmas bases teóricas do campo da Saúde Coletiva;
- apresentavam-se como alternativas ao modelo hegemônico, que foram implantadas e que podem ser consideradas formas de materializar o SUS em sua essência.

A esses três modelos, denominou-os da seguinte forma, de acordo com a sua formulação teórica: (p. 20)

I. a proposta de SILOS-baiana;

II. a proposta de 'Saudicidade' de Curitiba-PR;

III. a proposta 'Em Defesa da Vida' do LAPA/Unicamp;

O autor considera que *"as três propostas representam as principais vertentes da Saúde Coletiva e suas formulações podem ser reproduzidas em outros municípios brasileiros...os elementos que estruturam essas propostas oferecem alternativas mais abrangentes à problemática sanitária brasileira que o modelo hegemônico e suas reformas"* (p.21).

Antes de falar das características principais de cada um, o autor conceitua modelo tecnoassistencial, citando MERHY: *"ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais...Entendendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma tecnologia para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais damos preferência a uma denominação de modelo tecnoassistencial, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político"*. (p.26)

SILVA JR (1996) faz ainda um confronto teórico entre vários autores para definir e evidenciar os aspectos mais polêmicos sobre cada uma das 'dimensões' utilizadas na comparação. As reflexões relativas à Integralidade e Regionalização/Hierarquização, que são importantes para este estudo, serão ressaltadas:

Sobre a Integralidade, o autor destaca a necessidade de superação de *"falsas dicotomias no desenvolvimento das práticas sanitárias como ações preventivas/curativas e individuais/coletivas, exigindo-se uma articulação entre a ação de um profissional e as especialidades desta profissão, entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde entre os diversos níveis de hierarquização tecnológica da assistência..."* (p.28).

SILVA JR ressalta a discussão travada entre vários autores sobre os seguintes aspectos: superação da programação vertical substituída pela programação horizontal (MENDES); a conformação da demanda por saúde a programas, limitando-se desta forma a 'demanda espontânea' (SCHRAIBER) e a crítica de CAMPOS, de que é necessário flexibilizar a programação, levando-se em conta a demanda individual e dando-se autonomia relativa às equipes de saúde na conformação de seus programas.

A respeito da Regionalização/Hierarquização, o autor faz as seguintes considerações: *"a noção de regionalização surge da necessidade de se dividir territórios de grande extensão, e/ou diversidades de situações socio-econômicas, para estabelecer eixos político-administrativos"* (p.29). Localiza a noção de território na organização dos serviços na Inglaterra, na década de vinte, citando BRAVO (1974).

Diz ainda, que no Brasil essa noção *"leva em conta o acúmulo de técnicas e tecnologias necessárias à manutenção de saúde que, dado seu custo crescente, precisam ser racionalizados para oferecer a 'integralidade de opções' a população circunscrita a territórios"* (p. 29).

Cita ainda MENDES, que considera ser *"a noção de regionalização intimamente ligada à hierarquização, na medida que pressupõe a organização dos serviços de forma piramidal, que ofereça serviços segundo a demanda por eles: na base da pirâmide são oferecidos serviços que tendem a 'resolver' a maioria dos problemas. Em nível intermediário estão localizados os serviços de densidade tecnológica média, de acesso 'filtrado' pelo primeiro nível. E no ápice da pirâmide se localizam os serviços de maior*

densidade tecnológica e especialização, capazes de atender a demanda que ultrapassou a capacidade articulada dos demais níveis" (p. 30).

O autor refere que esses conceitos são amplamente aceitos, porém, começam a aparecer reflexões teóricas criticando-os, o que se justifica dada a *"complexidade dos problemas da população, influenciada pelo processo de urbanização acelerada e caótica, são difíceis as demarcações 'territoriais' da demanda e da densidade tecnológica necessárias à sua solução"* (p.30). Alguns autores afirmam que o fenômeno da transição epidemiológica traz a necessidade de se repensar o papel dos níveis primários.

SILVA JR (1996) aponta que se tem atribuído ao nível primário uma complexidade de relações com a comunidade que requer aportes tecnológicos diferenciados e capacitação de recursos humanos com certo grau de especialização e diferenciação, orientados pelo quadro epidemiológico local. Aponta um autor (UNGLERT), que apresenta a proposta de se recortar territórios que permitam captar as diferenças existentes entre áreas de uma mesma região, conforme o nível socioeconômico e as consequências dos determinantes socioambientais sobre a saúde das populações.

Sobre os modelos alternativos, suas origens e principais pressupostos, o autor apresenta o que se segue:

I. A proposta baiana de SILOS. Tem suas origens no final da década de setenta, valendo-se da experiência de um grupo de intelectuais ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, ligados a movimentos que se articularam ao Movimento Nacional pela Reforma Sanitária no Brasil. A proposta tem seu eixo principal na regionalização das ações de saúde por intermédio dos Distritos Sanitários como forma de descentralizar as decisões, compreender melhor os problemas locais e permitir um maior acesso da população aos serviços de saúde. Recebeu apoio da OPAS e da Cooperação Italiana para sua implantação. A proposta tem como elementos estruturantes do seu desenvolvimento os seguintes conceitos chaves: território –processo, conceito inspirado em Milton Santos, como um espaço em permanente construção, fruto da disputa entre sujeitos sociais, numa determinada arena política; problema: o enfoque por problemas é o elemento articulador das formas de intervenção materializada em

práticas sanitárias; inclui necessariamente a intersetorialidade; práticas sanitárias: há uma ênfase na vigilância à saúde e no planejamento local, que ajuda a estruturar a demanda epidemiologicamente identificada. Vigilância à saúde, na concepção de MENDES, consiste em: *"uma prática sanitária que organiza os processos de trabalho em saúde, sob a forma de operações para comportar problemas de enfrentamento contínuo, num território determinado. Fá-lo através de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde/enfermidade, quais sejam, sobre produtos, os processos e os insumos dos problemas. Por consequência, não incide, apenas, sobre os produtos finais deste processso como mortes, sequelas, doenças e agravos, mas também indícios de danos (assintomáticos), indícios de exposição (suspeitos), situação de exposição (expostos), grupos de risco e necessidades sociais de saúde"*. Toda a demanda espontânea é filtrada para os programas. Investiu-se muito na organização do Sistema de Informações Gerenciais (SIG), para tornar mais ágil o processamento das informações e construção de mapas inteligentes sobre a problemática local.

II. A proposta de Curitiba: 'saudicidade'. A proposta tem sua origem no final da década de setenta, quando assumiu a prefeitura um grupo de dirigentes, que entendiam a saúde como de determinação social e participaram no Movimento pela Reforma Sanitária no país. Com as mudanças políticas, este grupo saiu do poder municipal e se abrigou em universidades e no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO). A volta da atuação desse grupo ao espaço político institucional acontece no final da década de oitenta. O modelo foi baseado na adaptação local do SILOS, pelo contato com Dr. Eugênio Vilaça Mendes, da OPAS. Segundo GIACOMINI, ganhou-se em generalização e perdeu-se em profundidade da discussão. Atribuiu-se muita importância aos gerentes locais, conferindo-lhes a responsabilidade sobre todos os eventos que interferissem na saúde ou na doença da comunidade. Com base em alguns questionamentos da prefeitura que defendia uma linha de urbanização aliada à qualidade de vida, a equipe de saúde repensou seu programa, que estava voltado mais para a doença e propõe o conceito de saudicidade: *"saúde para a cidade, saúde para os cidadãos que nela possam potencializar a plenitude da vida, isto é o oposto da patogenicidade"* (RAGGIO). A concepção de saúde-doença neste

modelo também tem sua matriz teórica na tradição da epidemiologia social latino-americana, porém, há uma ênfase na compreensão do processo de urbanização e seus determinantes sobre a saúde e a doença, aproximando-se, portanto, dos ditames da Carta de Otawa e do Movimento de Cidades Saudáveis da OMS, na qual há uma ênfase da saúde como política central de governo e a articulação inter-setorial como estratégia principal de atuação. A diferença com o projeto SILOS situa-se na crítica à proposta de hierarquização funilar e rígida, proposta pela Atenção Primária neste último. Propõe-se um sistema que convive com a pluralidade e se faz um esforço para se obter equidade. Coexistem centros de saúde com atendimento programado, pronto-atendimento, unidades 24 horas com leitos de curta permanência, odontoclínicas e o laboratório municipal.

III. A proposta LAPA/Unicamp: 'Em Defesa da Vida'. A proposta tem suas origens no final dos anos oitenta. Seus integrantes estavam engajados no Movimento Sanitário Nacional desde a criação do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. O LAPA foi criado com o propósito de ser um espaço plural de articulação entre Academia e Serviço, congregando profissionais com variadas formações e com experiências em Serviços de Saúde. O pilar da criação de um novo modelo alternativo, segundo a fala de CAMPOS, situava-se na insatisfação com os modelos apresentados até então como alternativos ao modelo neoliberal, nos quais o autor enxergava como insuficientes as respostas do Planejamento Estratégico Situacional, a falta de resposta ao trabalho médico (redefinição da clínica) e ao atendimento ao indivíduo doente. Dessa forma, os princípios do modelo 'Em Defesa da Vida' são: gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. A relação instituição/usuário deve permitir o controle social, uma gestão democrática de serviços; a humanização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde, e ampliar a consciência sanitária da população em geral. A organização dos sistemas de saúde deve dar conta das relações dos diversos tipos de prestadores de serviços (públicos e privados) e possuir gerentes locais e regionais como base fundamental de articulação. Quanto ao método, usou-se o referencial de Matus, e Mário Testa. Utilizou-se a idéia de 'uma caixa de ferramentas' (MERHY) para se dar a idéia da

flexibilidade no método, que deve sempre haver crítica e que este nunca está pronto. As contribuições de Deleuze, Guattari, Foucault e Gramsci enriqueceram a abordagem metodológica. Essa 'mescla', no dizer de CAMPOS é "uma crítica dialética com incorporações". Outros autores como Baremblitt, da Análise Institucional, a ação comunicativa de Habermas e as possibilidades da psicanálise de Castoriadis foram incorporados ao referencial teórico do LAPA. Em relação ao conceito de saúde e doença, o modelo tem suas fontes na epidemiologia social latino-americana, porém, aponta os limites dessa visão em relação à individualidade e à subjetividade no processo de adoecer. Em relação à integralidade, faz uma crítica à organização dos serviços pela via programática e propõe um repensar da clínica como um saber complementar à epidemiologia. Uma clínica que tenha compromisso com a preservação da vida, com a autonomia do paciente e não seja reduzida ao 'Pronto Atendimento' (CAMPOS). As atribuições da unidade básica no modelo são complexas. Alguns conceitos da Saúde Mental são emprestados para estruturar a relação da unidade com a população: vínculo e responsabilidade; acolhimento e resolutividade. Preconiza-se a construção de mecanismos de monitoramento que permite a avaliação das operações propostas e seu impacto sobre os problemas definidos. A equipe submete-se a um processo de supervisão e análise institucional nos quais são discutidos casos (clínicos e epidemiológicos) e ações produzidas, desenvolvendo-se uma proposta de Educação Continuada em Serviço. Outro diferendial deste modelo é a revisão da atenção em âmbito hospitalar e a integração desta com os demais níveis do sistema (CECÍLIO).

SILVA JR (1996) tece considerações sobre os movimentos políticos que colocaram ou retiraram os atores envolvidos com esses modelos do cenário das instituições de saúde que os implantaram, que se articulam com a própria história do movimento sanitário no país, com suas confluências e fragmentações. Quando se fragmenta o movimento, abrem-se brechas para outras alternativas que, na prática, não se constituem como oposição ao modelo hegemônico, mas, sim, tentativas de reformá-lo por dentro. Outra conclusão é que os modelos do SILOS baiano e de 'Saudicidade' não são muito diferentes da sua matriz original, a Medicina Comunitária, pelo menos no que diz respeito à formulação da Hierarquização, Unidade Primária e demais Unidades.

Por outro lado, sobre o modelo 'Em Defesa da Vida', diz o autor: *"oferece proposições teóricas e práticas com eixo centrado na politização da saúde, na democratização das relações Estado-Sociedade e na delimitação dos espaços público e privado. A ênfase na percepção das individualidades nas relações sociais, tanto na abordagem ao usuário como na criação de sujeitos sociais, revelou um caminho mais comprometido com a emergência de novos atores sociais que possibilitem novas coalizões políticas contra hegemônicas"* (p. 122).

As contribuições de SILVA JR (1996) foram importantes para a compreensão dos modelos tecnoassistenciais contemporâneas, as quais são apontadas como opções por alguns atores no decorrer desta investigação. Na seqüência, serão apresentadas as contribuições do LAPA/Unicamp.

CECÍLIO (1997a), em suas considerações sobre como alcançar as mudanças na saúde, buscando criar ou identificar uma *"armação teórico metodológica inovadora no campo do planejamento e gestão do setor público"* (p.244) destaca as contribuições de Carlos MATUS.

Uma categoria importante na obra de Matus, e que tem importância para a discussão desta pesquisa é a de ator, conceituado como forças sociais ou autoridades que controlam centros de poder. O que interessa nos atores é seu papel no processo de produção social. No dizer de Matus: *"elles (os atores) son los únicos produtores colectivos de eventos sociales y, en consecuencia, son los sujetos del cambio situacional. Estos actores pueden seguir un processo de producción direta utilizando el poder que tienen en si como instituciones o un processo de produción indirecta a través de las instituciones que controlan. En este processo de producción, segun sea su eficacia, las fuerzas sociales acumulan o desacumulan poder, alterandose asi el espacio de variedade de su producción posible"*.

Uma das preocupações de Matus é criar capacidade de governo, que é conceituado pelo autor como o capital de conhecimento e a experiência que uma determinada equipe de governo é portadora. Governabilidade diz respeito à relação entre variáveis que um ator controla e não controla em um processo de governo. E projeto de governo refere-se ao conteúdo programático que um ator se propõe a realizar para alcançar seus objetivos. O triângulo de governo é uma relação dinâmica, interdependente. Por exemplo, um ator pode

ter boa governabilidade, porém, baixa capacidade de governo. Isto pode, com o tempo, comprometer sua governabilidade.

Outro conceito utilizado neste estudo é o de operação. MATUS (1987) define como: *"es el medio previlegiado de intervención del planificador sobre la realidade para alcanzar un objetivo del plan. La operación es la unidad básica del plan para la asignación de recursos capaces de producir un producto que logre resultados en el enfrentamiento de los problemas o el aprovechamiento de las oportunidades"* (p.766).

São importantes os conceitos de situação e da teoria da produção social, utilizada por Matus para a análise da realidade social. Realidade de atores em conflito, em seus espaços de governabilidades variadas. A esses espaços, Matus chama-os de espaços situacionais: espaço geral (EG), o espaço particular (EP) e o espaço singular (ES). CECÍLIO exemplifica com um exemplo da saúde: o espaço geral seria aquele do Ministério da Saúde; o particular, uma secretaria municipal de saúde e o singular, o do Centro de Saúde. A diferença entre estes espaços é dada pelo controle de recursos e maior ou menor possibilidade de intervenção sobre um determinado problema.

Às vezes não é possível analisar um problema só em um desses espaços. *"O espaço de análise e ação de um ator social sobre um problema é particular a este ator: nesse espaço ele se diferencia de qualquer outro ator"* (MATUS, 1993). Em cada espaço, a explicação dos problemas é diferente e as capacidades de ação também diferem, bem como os atores que explicam e atuam. *"Os espaços situacionais permitem circunscrever um problema no âmbito da nossa capacidade de ação e, ao mesmo tempo, permitem compreender as limitações das explicações e operações que podemos realizar neste espaço, especialmente se o problema que nos interessa é fundamentalmente gerado num espaço hierárquico maior"* (p.128). *"A forma como um ator divide a realidade em espaços situacionais depende inteiramente da eficácia de seus objetivos de análise e da ação"* (p. 129). A atuação em determinado plano ou espaço situacional depende das opções e condições políticas. Esta idéia de atores atuando em espaços de governabilidades distintos, com controles de recursos e responsabilidades, foi útil na caracterização da 'cadeia causal' da epidemia de sarampo.

MATUS (1993), para introduzir o conceito de situação que tem importância fundamental na sua obra, faz as seguintes reflexões: *"O homem pensa com os métodos e sobre os temas condizentes com a situação em que está submerso. Por conseguinte, não existe uma só forma de conhecer o mundo"* (p.101). Os pressupostos básicos são os seguintes:

1) a realidade deve ser compreendida como ela é: indivisível, sem os compartimentos estanques criados pelas ciências;

2) o homem de ação vive um drama, pois *"o mundo não reconhece os setores como a saúde, a educação, o transporte... por um lado ele deve apoiar-se nas ciências departamentalizadas desenvolvidas nas universidades, e por outro num planejamento dividido em setores... No entanto ele deve atuar numa realidade que não reconhece os departamentos criados pelas universidades nem os setores criados pelo planejamento"* (MATUS, 1993).

Para exemplificar melhor essa questão, e clarear o que Matus chama de um homem de ação, lança mão de uma fábula do poeta grego Arquílogo, *O ouriço e o raposo*, que diz: "o raposo sabe muitas coisas, mas o ouriço sabe uma grande coisa", onde se indaga se o ouriço, com sua defesa única (totalizante), não é superior à raposa, com sua astúcia e variedade de recursos parciais e contraditórios. O ouriço representaria o homem que busca a teoria social global, seria o teórico da produção social. O raposo faz o papel do homem que não tem pretensões tão universais; aquele que prefere dispor de uma ferramenta para cada propósito parcial, sem se importar com a coerência e contradições entre elas nem com os vazios originados do fato de que as partes não esgotam o universo do problema. Ele é o representante das ciências sociais departamentalizadas. Os "ouriços" explicam o mundo de forma mais integradora e os raposos buscam muitos fins, sem relacioná-los.

MATUS (1993: 107) propõe a formulação do raporiço, *"que seria o protótipo de um novo homem prático, renovado pela compreensão de uma ciência integradora, mas pronto para a ação baseada na intuição sobre a totalidade do momento, caso essa ciência não lhe ofereça respostas eficazes"*.

É a partir destas considerações que introduz o conceito de situação como categoria em substituição ao conceito de diagnóstico tradicional: Situação é *"a apreciação do*

conjunto feito pelo ator em relação às ações que projeta produzir, visando preservar ou alterar a realidade em que vive" (MATUS, 1993). Este conceito atende às necessidades do homem de ação. Segundo CECÍLIO, este autor quer destacar as seguintes conseqüências do conceito de situação para a elaboração de uma metodologia de planejamento:

- toda explicação tem um ator que devemos identificar, de forma que a explicação média de dois atores é coisa que não existe;
- a realidade admite explicações distintas igualmente verificáveis a partir do lugar da realidade que se toma como centro de observação;
- toda explicação da realidade é parte da totalidade concreta e comporta aspectos que são relevantes para a ação de um ator específico.

A visão apresentada pelos vários atores institucionais entrevistados no correr desta investigação é uma 'visão situacional', isto é, em grande medida uma visão própria de quem vive uma 'situação', um recorte da realidade visando a ação, mas sempre portador de alguma "cegueira" decorrente do lugar ocupado.

Matus traz outra contribuição importante para este estudo. O conceito de produção social é mais abrangente do que o de produção de bens e serviços econômicos apenas porque inclui também a produção de valores, ideologias, teorias, ciências, instituições, partidos políticos, poder político, imagens políticas, linguagem, etc A situação não pode ser explicada apenas pelo vetor da economia.

A teoria da produção social como ciência mais integradora, *"unificaria os processos de produção econômica, política, ideológico-cultural, cognitiva, etc, mediante análise dos seus processos criativos e leis comuns, assim como a inter-relação entre esses processos particulares abordados fragmentariamente pelas ciências sociais"* (MATUS, 1993).

A produção social é vista *"como um circuito onde toda a produção realizada por um ator social supõe, entre vários outros, o uso de recursos econômicos, de poder, aplicação de valores e de conhecimentos. Essa produção reverte ao ator-produtor como acumulação ou desacumulação desses mesmos recursos, reafirmação, questionamento ou surgimento de novos valores e acumulação de novos conhecimentos"* (MATUS, 1993:109).

Para facilitar a compreensão da realidade, tece comparações com um jogo, com regras pré-definidas (que denomina geno-estrutura) e jogadores, que além de 'obedecer' às regras, carregam valores, ideologias e produzem 'jogadas' (que chama de fluxos de produção) pelo instrumental que carregam.

Porém, a *"realidade é muito mais complexa do que a superfície de contato que ela mantém com os seres humanos"* (MATUS, 1993). Na superficialidade, estão os fatos, os eventos e os elementos que fluem como produção (ações cotidianas) e, de outro, os resultados oferecidos pelo jogo social. Baseando-se nessa concepção, pode-se considerar uma epidemia como um evento ou um fato, expressão fenomênica visível, de uma cadeia de determinações mais profundas.

Certos fluxos terminais de produção social servem para precisar os resultados do mundo em que vivemos. Todos os fluxos de produção provêm das capacidades acumuladas (as acumulações ou feno-estruturas). Uma parte dos fluxos de produção não se consome na prática social e acumula-se como feno-estrutura. Certos fatos, eventos, ações e bens "feno-estruturam-se" e passam a constituir novas capacidades de produção.

As regras não escritas, que são os valores dos jogadores, também são essenciais para o desenvolvimento do jogo. MATUS (1993) diz que a comparação do jogo com o sistema de produção social seria mais perfeito se não existissem regras tão rígidas, em que o objetivo não fosse apenas a vitória, mas a reformulação ou manutenção das regras, a tal ponto de transformá-lo em outro jogo, no qual o vencedor estabelecesse as novas regras.

Essa visão de jogos sucessivos, de finais sempre com possibilidade de alteração de regras, poderia ser chamado de mudança situacional, como um processo de intercâmbio de problemas, em alternativa à idéia de solução de problemas. A mudança "geno-estrutural" pode ser chamada de transformação, que produz a possibilidade de intercâmbio de problemas de maior valor, por problemas de menor valor, *"já que devido à dinâmica conflitiva do social é impossível resolver todos os problemas"* (MATUS, 1993).

Outra diferença do sistema social com o jogo diz respeito aos objetivos. No jogo, geralmente, ele é único, diferente da realidade social, na qual, além de diversos, na maioria das vezes são conflitantes entre os vários atores. Geralmente os homens usam regras para o jogo social, que não foram necessariamente construídas por eles. Com isso, cada homem

assume sua prática social a partir de regras geno-estruturais prévias. *"A paixão pelo jogo e sua força leva-nos ao cotidiano da sobrevivência e a atuar dentro do espaço previamente definido pelas regras geno-estruturais do sistema vigente. Ao jogar estamos cegos para as possibilidades de outros jogos, porque o jogo em que vivemos absorve todas as nossas energias"* (MATUS, 1993).

Resumindo: *"as feno-estruturas (acumulações) e a produção (fluxos) existem ou se produzem constantemente dentro do espaço de produção do jogo social, enquanto as geno-estruturas são as regras que determinam este espaço. Estas geno-estruturas são muito estáveis e suas alterações marcam as grandes mudanças da história"* (MATUS, 1993).

Nesta investigação, foi feita uma 'releitura' destas formulações de Matus. Para determinados atores entrevistados, as 'regras' são o 'outro', ou melhor, os recursos que o 'outro' controla e que são importantes para a explicação do problema – no caso a epidemia de sarampo – e que, aparentemente eles não podem controlar.

Para facilitar a compreensão e análise da realidade, Matus elaborou um fluxograma situacional que, segundo CECÍLIO (1997a), pode ser visto como uma variante mais sofisticada de cadeias causais elaboradas em outras metodologias de planejamento, no qual trabalha com muito rigor a distribuição das várias explicações nos diferentes 'planos' da realidade, com o intuito de aumentar a eficácia da intervenção do ator. Aponta uma grande diferença entre atacar causas do problema que estão no plano dos fatos ou dos fluxos, ou aquelas localizadas mais 'profundamente' no plano das regras fundamentais do sistema social.

As ações nos distintos planos situacionais não têm a mesma potência. Um ator enfrenta um problema num certo plano e num certo espaço, e isto conduz a um outro problema em outro espaço. Portanto, não está circunscrito, ao contrário, um problema qualquer tem expressão em todos os planos situacionais e nos três espaços de ação. Por isto o tema da potência/impotência está sempre tão presente para os atores em situação.

A percepção de que uma aparente causa de um problema está nas 'regras', num espaço mais 'profundo' da cadeia causal, parece também desresponsabilizar o ator pelo desenvolvimento de ações que estão no seu campo de responsabilidade. Isto aparece de forma bem evidente nas entrevistas dos vários atores que têm responsabilidade na 'cadeia

causal' da epidemia. Parece sempre haver uma dificuldade em reconhecer sua própria responsabilidade na solução do problema, deslocando a 'culpa' ou a responsabilidade para o 'outro', que se transforma em uma 'regra'. Uma coisa é reconhecer os limites da ação de cada um, outra é desresponsabilizar-se sempre porque a 'culpa estaria no outro'.

Buscando responder estas questões da 'desresponsabilização' dos trabalhadores de saúde, CAMPOS (1997) propõe formulações importantes sobre o processo de alienação e afastamento do trabalhador de saúde com a sua OBRA. Esta é conceituada como sendo: *"o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho"* (p. 234). Considera que são três as condições, que juntas alienam o apego do trabalhador à obra: *"a mecânica deformadora das escolas, o funcionamento burocratizado dos serviços e a dinâmica individualista da sociedade"* (p. 252). Importa mais nessa 'ciranda' o sucesso financeiro ou o cumprimento burocrático de algumas normas, e menos que os trabalhadores se perguntem se o seu trabalho realmente produziu ou está produzindo saúde.

CAMPOS (1997) assinala que, para se alcançar um trabalho de saúde com qualidade, eficaz e resolutivo, sempre dependerá de um certo *"coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pela clínica e pela saúde pública"* (p. 230). E questiona quais mecanismos ou valores a gerência pode lançar mão para conseguir essa autonomia dos trabalhadores, mantendo a responsabilização, e como combinar controle com qualidade e trabalho autônomo com atribuição de responsabilidades.

Segundo o autor, as vertentes tradicionais da administração de pessoal não estão conseguindo dar resposta a essas diretrizes. Tanto os liberais, com suas receitas de pagamento por produtividade, quanto os tayloristas com roupagens velhas e novas, que se guiam pela definição de normas administrativas e padronizações técnicas, falharam sistematicamente no alcance daqueles objetivos. Pior ainda, com os valores que acabam imperando pela ganância, pela burocratização, pelas disputas de poder e pela acomodação dos trabalhadores, diminui a capacidade dos serviços de saúde de produzir qualidade de vida e, por outro lado, aumentam os custos com a atenção à saúde/doença.

CAMPOS (1997) propõe que se deva definir um 'contrato de trabalho', em espaços democráticos de gestão e não sem conflitos e paradoxos, com base em alguns critérios: 1)capacidade de produzir saúde, do serviço ou da equipe, ou seja, o contrato de trabalho

assegurando os objetivos de um programa de saúde; 2) viabilidade técnica, financeira e política para o projeto e 3) a realização profissional. Esses critérios uniriam os temas da sobrevivência e da obra, dentro dos espaços dos serviços, sendo os agentes de saúde sujeitos da sua própria existência.

Sobre a realização profissional, o que mais pode afastar o trabalhador de sua obra é justamente o trabalho parcelar. Afirma: *"a organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do profissional a determinada etapa de um certo projeto terapêutico produzem alienação. Na verdade, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção de saúde de uma comunidade"* (CAMPOS, 1997).

Para ilustrar melhor o pensamento do autor sobre este tema: *"concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende uma continuação que o trabalhador não somente não controla, como também desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado...trabalhar em instituições assim costuma se transformar num suplício insuportável...não há vocação que resista a atos parcelares..."* (CAMPOS, 1997).

Na saúde pública, considera-se que os mecanismos gerenciais são um pouco mais complexos, para se atingir esse objetivo da aproximação do trabalhador com sua obra. Parte da compreensão de que também nesse campo as ações são fragmentadas, decorrente principalmente do isolamento da Epidemiologia com a Saúde Pública, do Planejamento e da Gestão. Propõe para esse campo, à moda dos contratos de gestão, a definição de programas de intervenção baseados nos diagnósticos que se tem e das condições técnicas e, com base na definição de prazos e metas, acordados direção e equipes, esse trabalho passaria a ser avaliado permanentemente por instâncias técnicas e de participação democrática, como os conselhos de saúde (p. 237).

Outros aspectos relevantes, apresentados por CAMPOS (1997), dizem respeito à motivação, à identidade profissional e à especialização. Devem ser todos especialistas ou polivalentes? Responde que essas questões devem também ser mediadas pela

responsabilização. E nesse ponto apresenta dois conceitos importantes que são: Núcleo e Campo de Competência e Responsabilidade. Por Núcleo *"entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade"* e Campo: *"ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades...o saber básico por exemplo, sobre o processo saúde-doença...conhecimentos sobre o funcionamento corporal, sobre relação profissional/paciente, sobre risco epidemiológico e regras gerais de promoção e de prevenção. Pertenceriam também ao Campo noções genéricas sobre política, organização de modelos e processo de trabalho em saúde"* (p.249). Essas definições não descartam a necessidade de se ter clareza das responsabilidades perante um caso individual ou problemas coletivos.

O autor reafirma que todos esses princípios norteadores – a autonomia com responsabilização, baseada na gestão democrática – estão fincados em um único pilar que é a defesa da vida: *"não haverá solução para o 'problema dos recursos humanos' sem enfrentamento deste padrão de subjetividade e de prática hoje predominantes (aqueles que causam desmotivação e alienação), isto é a defesa da vida deveria constituir componente obrigatório do Campo de responsabilidades de todo e qualquer profissional de saúde. A gerência teria o direito e o dever de cobrar essa disposição de todo e qualquer profissional de saúde"* (p. 252).

Outra reflexão importante para este estudo é desenvolvida por MERHY (1997), a respeito do papel da rede básica no modelo tecnoassistencial. Valendo-se da recuperação da história da reforma do aparelho estatal no Brasil, afirma que esta deve ser um lugar privilegiado para a constituição de novas práticas de saúde, quais sejam, as de produção de novos sujeitos, na perspectiva de intervenções em defesa da vida e com a preocupação de *"aumentar a autonomia para o usuário no seu modo de caminhar no mundo"* (p. 197). Afirma que, para privilegiar a rede básica como estratégica, ela deve ser um dos lugares principais para politizar o sentido das ações de saúde; no *"'fazer do dia-a-dia' procurando expressar as disputas dos vários interesses sociais, que efetivamente constroem os modelos de atenção"* (p.225).

Para o autor, construir esse novo modelo e repensar a rede básica para que a mesma tenha um papel transformador no modelo de atenção, significam alguns desafios, como por exemplo:

- as ações individuais e coletivas de saúde devem fazer parte de um cardápio tecnológico de intervenções em saúde, em cada estabelecimento da rede básica de serviços, pois esta opera sobre as distintas dimensões dos problemas/necessidades de saúde.
- deve-se valorizar intensamente a formação de unidades baseadas em equipes autônomas, do ponto de vista da gestão do processo de trabalho dentro do conjunto de temas estratégicos definidos na política governamental e social pela garantia do acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização, resolutividade e efetividade, ressaltando que a alteração da estrutura de necessidades deve ocorrer no processo de relação entre os usuários e os trabalhadores, nos serviços de saúde;
- nesta perspectiva organizacional, além das unidades co-geridas politicamente e autogeridas de tecnoassistencialmente, deve-se procurar construir uma rede de serviços estruturada conforme uma lógica horizontalizada de relações de ajuda, entre os diferentes estabelecimentos, de acordo com os tipos de incorporações tecnológicas e a capacidade para gerar opções de enfrentamento dos problemas de saúde, cujas relações devem ser centralizadas conforme uma rede de petição e compromisso, coletiva e pública, sendo a concepção dessa rede centrada na rede básica.

MERHY (1997) destaca dois momentos da reforma da rede básica. O primeiro foi o da reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde no final dos anos sessenta e durante a década de setenta, cujos artífices foram Leser e Mascarenhas. Concebia-se o centro de saúde como local para desenvolver as ações de saúde pública, mantendo-se a dicotomia com a assistência médica. Nas palavras do ex-secretário Leser, "*não se podia confundir a saúde pública com a atuação da assistência médica, que cuida só de indivíduo-doente, deslocando-o do coletivo, e para cuja intervenção contamos centralmente com a tarefa específica dos médicos, em seus serviços próprios*" (p. 218). Essa proposta não só dicotomizava o campo tecnológico assistencial, como reconhecia a necessidade de organização privada da assistência médica, à semelhança do que propunha Paula Souza nos anos vinte.

Estes programas eram concebidos com base no referencial do modelo da História Natural da Doença e *"dava um sentido coletivo ao ato médico como parte das ações de saúde (médicas, educativas, higiene pessoal), cuja perspectiva era a promoção e a proteção da saúde, e secundariamente, a recuperação, pois esta era a tarefa prioritária da medicina individualizada"* (p.219). Trouxe, ainda, para o interior dos programas os parâmetros da epidemiologia e do planejamento. Este autor assinala que o modelo, denominado 'médico-sanitário', tem clareza do papel da rede básica, sobre a delimitação do campo de atuação e sobre o perfil do trabalho e do trabalhador. O problema principal para que essa proposta não se expandisse em âmbito nacional foi a questão do seu alto custo.

O segundo momento da reforma da rede básica concebia-a como 'porta de entrada' do conjunto dos serviços de saúde e inspirou-se na conferência de Alma Ata, promovida pela OMS, no final dos anos setenta. Essa proposta *"postulou um combate à dicotomia das ações de saúde, técnica e institucionalmente, através da unificação das ações ao nível ministerial e de serviços de saúde concebidos como hierarquizados por complexidade tecnológica e racionalizados, com lugares bem-definidos de realização das ações básicas de saúde"* (MERHY, 1997).

O que diferenciava esta proposta da anterior foi a incorporação da assistência médica. MERHY (1997) identifica que o modelo era inspirado ao mesmo tempo na História Natural da Doença e em uma *pobre visão 'medicalizante' das ações de saúde, dispostas tecnologicamente num continuum, de acordo com a seqüência linear dos cinco níveis de prevenção, na qual (a rede básica) atos simples e de baixa incorporação tecnológica (estas entendidas como insumos e equipamentos) corresponderiam graus elevados de resolutividade da maioria dos 'simples' problemas de saúde, que com retaguardas de maior complexidade completariam a resolução de problemas mais complexos"* (p. 220). Este autor aponta que esse frágil equilíbrio entre a 'medicina' e as 'ações coletivas' rapidamente sucumbe e acaba por reproduzir a dicotomia anteriormente criticada.

Em resumo, esta variante tecnológica *"reduz a questão da saúde e da doença a uma questão da organização racional (custo/eficácia) das ações médicas, auxiliadas pelas ações coletivas, nos momentos da promoção e proteção, quando se insere como suporte para pensar e organizar um novo modelo assistencial, tem todas as prerrogativas para*

efetivar uma rede básica que seja lugar de uma verdadeira triagem dos problemas de saúde, comportando plenamente um eixo tecnoassistencial do tipo 'queixa/procedimento' ou variante, descaracterizando a articulação da dimensão individual e coletiva do processo saúde/doença, acabando também, em nome da unificação das ações de saúde por realizar uma 'deslavada' medicalização-medicamentosa e produtora de procedimentos como fins em si mesmo...pode até gerar uma rede que não caia no eixo 'queixa/procedimento', que realize uma assistência médica primária com um razoável grau de resolutividade, em termos médicos, mas, mesmo assim, o eixo central desta rede/porta de entrada é centrado não na unificação efetiva das ações, dentro de uma perspectiva típica da medicina tecnológica (Schraiber), que ao invés de gerar usuários autônomos, produz o oposto" (MERHY, 1997).

Baseando-se nessas críticas, o autor localiza que foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, que se passou a repensar o papel da rede básica. Ela teria de ser 'inventada'. Aí duas vertentes surgiram: uma buscando uma saída mais tecnocrática e outra, a vertente mais política, com a qual o autor se identifica.

As reflexões apresentadas por estes autores contribuíram para a compreensão de alguns aspectos suscitados neste estudo, em particular a importância que tem o modo como se organiza a atenção e se faz a gestão dos recursos humanos para os resultados que os serviços de saúde podem alcançar.

De Matus, retirou-se a indicação para pensar qualquer epidemia como um fato, um evento, ou melhor, uma manifestação fenomênica de uma cadeia causal complexa, habitada por atores em situação e em distintos espaços de governabilidade: *a epidemia como uma produção social.*

4. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO

4.1. Sobre a doença: aspectos clínicos e epidemiológicos

O agente etiológico do sarampo é um vírus da família *Paramyxoviridae,* do gênero *Morbilli*vírus, do qual existe apenas um sorotipo. Foi isolado pela primeira vez em 1954, nos Estados Unidos da América (EUA), por Enders e Peebles (BELLINI, 1994). Apesar de o isolamento do vírus ser recente, Assaad (1985), destacando aspectos históricos da descoberta da doença, cita que esta foi descrita pela primeira vez no século X por um médico persa que a considerava mais temida que a varíola, porém, necessária ao desenvolvimento infantil. Fazia também referência ao seu aspecto sazonal.

Home, em meados do século XVIII, da mesma forma que Jenner, em relação à varíola, reconheceu a natureza infecciosa da doença e introduziu a técnica de infectar suscetíveis por meio da inoculação de sangue retirado de pacientes com sarampo na fase inicial do exantema, como forma de tentar induzir imunidade. Com base no isolamento, por Enders e Peebles, é que foram possíveis a atenuação do vírus e a produção das primeiras vacinas contra o sarampo, liberadas para uso humano, pela primeira vez, em 1963, nos EUA (AMATO, BALDY, SILVA, 1991).

O sarampo é uma doença exantemática aguda, caracterizada pela alta infectividade e transmissibilidade. A viremia causada pela infecção provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas. Devem-se destacar as perdas consideráveis de eletrólitos e proteínas, gerando o quadro espoliante característico da infecção. Além disso, as complicações infecciosas contribuem para a gravidade do sarampo, particularmente em crianças desnutridas e menores de um ano de vida (BRASIL, 1994).

As complicações, causadas na maioria dos casos pela invasão bacteriana nos tecidos lesados, são: otite média, broncopneumonia, gastroenterite, meningoencefalite, laringite, panencefalite esclerosante subaguda. Para cada 2.000 casos notificados pode acontecer um caso de encefalite, com dano cerebral irreversível (CARRADA BRAVO, 1983). A panencefalite esclerosante pode manifestar-se tardiamente em cerca de 1: 1 milhão de casos de sarampo (AMATO, 1991).

Clinicamente, o sarampo compreende dois períodos distintos: o prodrômico e o exantemático. O primeiro caracteriza-se pela presença de febre elevada, sintomas catarrais e conjuntivite. Nessa fase podem ser observadas, em 50 a 80% dos casos, as manchas de Koplik na mucosa oral. O segundo surge de três a cinco dias após o início do período prodrômico e dura aproximadamente de quatro a seis dias. O exantema é maculopapular morbiliforme, não pruriginoso, que se inicia na região retroauricular e se estende à face, pescoço e parte superior do tórax, atingindo, no terceiro dia, todo o tronco e membros. (SES, 1991)

A única fonte de infecção é o homem. É transmitido por meio das gotículas de muco ou saliva expelidas pelos doentes, ou pelo contato direto com as secreções nasofaríngeas do mesmo. O vírus penetra no organismo e o infecta pela disseminação das gotículas de Phlugge, provavelmente pela via conjuntiva. Durante o período de incubação, o vírus dissemina-se aos linfonodos mais próximos, replica-se e rapidamente pode ser detectado na corrente sangüínea, no baço, no fígado, na medula óssea e em outros órgãos (SILVA, 1993).

O período de incubação dura cerca de dez dias, podendo variar de oito a 13 dias desde a exposição até o aparecimento da febre, e cerca de 14 dias até o início do exantema. A transmissibilidade verifica-se desde o início do período prodrômico até quatro dias do aparecimento do exantema (SES, 1991). O vírus não permanece latente no ambiente, importando na transmissão apenas a fase aguda da doença, pois a transmissão ocorre de uma pessoa para outra pessoa (BLACK *et al.*, 1974).

A suscetibilidade é universal. A reunião de um baixo número de suscetíveis numa determinada comunidade (em torno de 5%) é suficiente para que a doença se propague. Supõe-se que praticamente todos os grupos populacionais contraem o sarampo, a menos que estejam imunizados. A infecção é quase sempre sinônimo de doença (ASSAAD, 1985). A suscetibilidade da população total fica em torno de 15%. A distribuição dos suscetíveis na população está ligada a vários fatores, entre eles a idade, a densidade populacional, o nível de renda (SILVA 1993). A taxa de ataque é de 90%, ou seja, espera-se que, de cada dez comunicantes, nove fiquem doentes, desde que os mesmos estejam suscetíveis (AMATO, 1991).

A imunidade pode ser conferida pela doença, pela vacinação e provisoriamente pelos anticorpos maternos. Em relação à imunidade conferida pela doença, talvez o sarampo seja o melhor exemplo de imunidade duradoura ao longo da vida, embora outras doenças virais também apresentem esta característica. As crianças cujas mães tiveram a doença ou foram imunizadas recebem os anticorpos pela via placentária, estando imunes ao longo dos primeiros meses de vida (SILVA, 1993).

Um aspecto importante levantado por Black *et al.*, em 1984, diz respeito aos títulos de anticorpos das crianças, que guardam proporcionalidade com o transferido pelas mães. Estas, por sua vez, têm títulos mais altos se a imunidade for adquirida pela doença comparada com a proteção induzida pela vacinação. Betts e Quintero, em 1987, em uma epidemia no Panamá, verificaram um maior número de crianças doentes abaixo dos seis meses de idade, provavelmente pela curta duração de anticorpos maternos, em crianças cujas mães eram vacinadas e não adoeceram na infância, ou totalmente suscetíveis. Tal fenômeno ocorre quando se verifica o deslocamento de faixa etária na qual incide a doença, geralmente em países onde existe melhoria das medidas de controle.

Inúmeros trabalhos vêm sendo desenvolvidos para se definir qual a idade ótima para a vacinação, uma vez que os anticorpos maternos interferem na resposta imune. Por mecanismo ainda não totalmente esclarecido, a proteção conferida pelos anticorpos maternos é menos duradoura nos países pobres (WALDMAN, 1995).

Para interromper a transmissão comunitária, por meio do mecanismo da imunidade de grupo, ou "*herd immunity*", é necessário, no mínimo, 95% de cobertura vacinal (SES, 1993). Fox (1985) destaca que "*el éxito definitivo de un programa de inmunización sistemática requiere conocer la distribución de los suscetibles por edad y por subgrupo y realizar un esfuerzo máximo para reducir la concentración de suscetibles en toda la comunidad, más bien que tratar de vacunar a una proporción específica de la polblación general*".

O sarampo já era citado como causa de morte nas primeiras estatísticas inglesas de mortalidade no século XVII (AMATO, 1991). A taxa de letalidade é alta, principalmente para os menores de cinco anos, particularmente entre os menores de um ano, apesar da diminuição dessas taxas após o advento da imunização. A taxa de letalidade para os países

pobres varia em torno de 5 a 10% e de 2 a 6% nos países desenvolvidos (CUTTS & MARKOWITZ, 1994).

O sarampo tem ocorrência sazonal e periódica, com picos de incidência durante o final do inverno e início da primavera (AMATO, 1991). Em relação à idade média que se apresenta a infecção e a mortalidade por ela ocasionada, existem variações consideráveis entre as regiões, ligadas a fatores socioeconômicos, fluxos migratórios, entre outros, existindo contrastes muito grandes entre países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento. (ASSAAD, 1985).

Esse mecanismo de variação em relação ao tempo pode ser modificado de acordo com a cobertura vacinal. Quando não se vacina ou a cobertura é menor que 50%, a incidência apresenta oscilações cíclicas, de dois a quatro anos, em decorrência da recomposição e acúmulo de suscetíveis da epidemia anterior. Por outro lado, países que conseguem manter altas coberturas vacinais aumentam os períodos interepidêmicos. Mesmo assim, podem apresentar surtos explosivos quando os suscetíveis se acumulam o suficiente para sustentar uma transmissão ampla, geralmente afetando faixas etárias mais elevadas (SES, 1993; SES, 1997e).

Em relação à distribuição espacial, a doença é endêmica nos grandes conglomerados urbanos, sendo baixa a ocorrência nos pequenos grupos populacionais. A distribuição geográfica sempre dependerá do grau de imunidade *versus* suscetibilidade da população (BLACK *et al.,* 1974). Fox (1985) considera que o requisito para que se produzam epidemias, a saber, um número suficientemente grande de suscetíveis em contato freqüente uns com os outros, estará quase sempre presente em grandes conglomerados populacionais, independentemente da proporção de pessoas imunes.

Em relação às características das pessoas, é mais comum na infância, afetando indistintamente homens e mulheres. Em populações não vacinadas, 95% das pessoas que chegam aos 15 anos já tiveram a doença. A incidência em faixas etárias mais baixas ocorre onde a circulação do vírus é contínua. Se há aumento da cobertura vacinal, mesmo que não em níveis suficientes para o controle da doença, há elevação na faixa etária, já que passa a ocorrer um encontro tardio do suscetível com o vírus (SES, 1993).

Estudos realizados na URSS, descritos por Peradze e Smorodintsev (1985), antes e após a introdução da vacina em larga escala como medida de controle, demonstraram que a incidência média de sarampo era praticamente igual à taxa de natalidade, com concentração de casos na faixa etária de pré-escolares e diminuição nas faixas etárias mais elevadas, em virtude da imunidade duradoura após a doença. Grandes epidemias (incidências de 1.500 casos por 100 mil habitantes) eram alternadas com períodos de ocorrência de surtos de menores proporções, em intervalos de um a dois anos. Com a introdução da vacina, houve queda na transmissão e até interrupção por longos períodos em algumas cidades. Houve, ainda, mudança da faixa etária dos suscetíveis, após longos períodos de vacinação em crianças, tendo como conseqüência o aumento da morbidade em adultos.

Considera-se a doença em fase de controle quando as coberturas vacinais são superiores a 95% de forma homogênea em uma determinada área, durante pelo menos cinco anos consecutivos. Alguns casos aparecem isoladamente ou em pequenos surtos, em faixas etárias mais elevadas. Já na fase de eliminação, a incidência cai a zero. A manutenção de altas coberturas vacinais (acima de 95%) continua sendo fundamental (SES, 1993). Questionando os conceitos de controle e erradicação, Robbins (1985) considera que o controle é a etapa na qual a redução da incidência vai a um nível em que a morte e a incapacidade ocasionadas pela doença já não representam importantes preocupações sociais.

4.2. Sobre o sistema de vigilância epidemiológica do sarampo: a imunização e demais estratégias de controle e eliminação.

Waldman (1991), em brilhante estudo sobre as origens, as limitações e a evolução dos conceitos de vigilância epidemiológica, apresenta como objetivos dessa prática de saúde pública: *"identificar novos problemas de saúde pública; detectar epidemias; documentar a disseminação de doenças; estimar a magnitude da morbidade e mortalidade causada por determinados agravos; identificar fatores de risco envolvendo a ocorrência de doenças; recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde; avaliar o impacto de medidas de intervenção, por meio de coleta e análise sistemática de informações relativas*

ao específico agravo, objeto dessas medidas; avaliar a adequação de táticas e estratégias de medidas de intervenção com base não só em dados epidemiológicos mas também nos referentes à sua própria operacionalização; revisar práticas antigas e atuais de sistemas de vigilância com o objetivo de discutir prioridades em saúde pública e propor novos instrumentos metodológicos"(p.33).

O autor propõe, a partir da aplicação do enfoque sistêmico, a organização da vigilância epidemiológica integrada aos demais componentes do sistema nacional de saúde, a saber o subsistema de serviços de saúde e o subsistema de pesquisa. Os sistemas de vigilância epidemiológica de cada agravo específico, por sua vez, seriam divididos também em três subsistemas: 1) de informação para ações de controle, que teria por objetivo a coleta sistemática de dados relativos aos agravos específicos ou aos respectivos programas de controle. Sempre que necessário essas informações serão complementadas por atividades especiais de vigilância, tais como inquéritos e investigações epidemiológicas de campo; 2) subsistema de inteligência epidemiológica, que teria por objetivo a análise sistemática das informações, para elaborar recomendações oferecendo as bases técnicas para as ações de controle e também divulgar amplamente a todos que dela necessitam. Deverá, ainda, identificar lacunas no conhecimento científico e tecnológico, induzindo o subsistema de pesquisa a desenvolver investigações com vistas a superá-las; 3) subsistema de pesquisa: desenvolverá pesquisas científicas e tecnológicas voltadas à solução de problemas emergentes e (ou) prioritários, identificados pelo subsistema de inteligência epidemiológica correspondente (p.169).

O autor propõe, ainda, que as normas técnicas para implementação dos programas de controle deverão ser elaboradas em conjunto com as equipes de planejamento e avaliação dos serviços de saúde.

O CVE, em seu plano de trabalho para o biênio 1995/1996, define o sistema de vigilância epidemiológica (SVE) do Estado de São Paulo como *"o conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar, oportunamente, as medidas indicadas que levem à prevenção e ao controle das doenças. Trata-se de um subsistema de informações, voltado às*

enfermidades específicas, que serve de base para a tomada de decisões relativas à prevenção e controle destas doenças, bem como subsídio ao planejamento e avaliação em saúde". (SES, 1995).

Além do conceito geral do sistema de vigilância epidemiológica, este mesmo documento conceitua a 'atividade de vacinação' ou 'programa de imunização', composto pelas seguintes atividades: *"conjunto de procedimentos técnico-administrativos preconizados pelo Programa Estadual de Imunização, que abrange a adequada indicação, preparação e aplicação de cada imunobiológico; a manutenção adequada da cadeia de freio; a previsão, acompanhamento do estoque, solicitações e remanejamentos que se fizerem necessários de cada tipo de imunobiológico, segundo as necessidades locais; a coordenação e operacionalização em nível local de Campanhas de Vacinação Estaduais e Nacionais; a manutenção e atualização do fichário de vacinação; o agendamento da clientela, o registro de dados nas cadernetas de vacinação e nos impressos próprios; o cálculo mensal e acompanhamento das coberturas vacinais por tipo de vacina e faixa etária; a execução de convocações ou visitas domiciliares a faltosos e recém-nascidos; a notificação e acompanhamento de eventos adversos pós-imunização; os treinamentos e/ou reciclagem de pessoal que se fizerem necessários para garantir a qualidade dessa atividade"* (SES, 1995).

Feitas estas conceituações, a seguir serão apresentadas algumas das etapas da elaboração do 'sistema de vigilância epidemiológica do sarampo' no Brasil e no Estado de São Paulo, além da situação atual desse sistema no Estado. Esse resgate de algumas informações sobre a história recente das medidas de controle do sarampo, principalmente em São Paulo, servirá de base para a discussão que será travada sobre as hipóteses levantadas nesse trabalho, em capítulo que se segue.

4.2.1. Alguns aspectos sobre a vacina e a imunização contra o sarampo

Qualquer estratégia utilizada para controle, eliminação ou erradicação do sarampo deve levar em conta, além dos aspectos da epidemiologia do sarampo, já citadas anteriormente, as características da vacina que serão apresentadas a seguir. Amato (1991) consideram como principais vantagens da imunização ativa contra o sarampo sua alta

eficácia e o baixo custo. Silva (1993) afirma que *"a vacina ideal seria aquela que tivesse o maior potencial imunogênico com a menor freqüência ou, se possível, a ausência de efeitos adversos, assim como a facilidade de produção e a resistência máxima a fatores inativantes, tais como o calor"*.

Ao final dos anos 50, dois pesquisadores, Enders e Peebles já haviam sintetizado a cepa Edmonston B da vacina atenuada contra o sarampo. Estudos realizados com essas vacinas atenuadas mostraram que crianças vacinadas, após período de um mês, apresentavam títulos protetores muito semelhantes aos de crianças que tiveram a infecção natural. A diferença das cepas atenuadas com a cepa virulenta é que as primeiras provocam uma infecção aparente em aproximadamente 85% dos vacinados. Alguns sintomas, como febre, tosse e exantema, se aparecerem, são geralmente passageiros (KRUGMAN, 1985).

A cepa Edmonston é a progenitora da maioria das vacinas vivas atenuadas utilizadas hoje em todo o mundo. Outras cepas, não oriundas da Edmonston, foram desenvolvidas pelo Japão (a CAM-70); pelos russos (a LENINGRADO) e pelos chineses (a SHANGAI-191 [S-191]). Estudos de seqüências genéticas dessas cepas mostra que a CAM-70 é a que apresenta maior diferença com a original Edmonston. A despeito das diferenças regionais no processo de atenuação do vírus do sarampo, o processo ocorre por meio de múltiplas passagens do vírus por cultivo celular, em diferentes condições de temperatura (BELLINI, 1994).

Por se tratar de um vírus vivo atenuado, a vacina é sensível a altas temperaturas, devendo ser conservada idealmente em temperaturas de –20°C. Nas unidades de aplicação de vacina, deve ser mantida em refrigerador comum ou adaptado especialmente para imunobiológicos, em temperaturas que variam entre 2° e 8°C . Temperaturas dentro desse intervalo são necessárias para a manutenção dos níveis de potência preconizados pela OMS e garantir o poder imunogênico da vacina. Após a diluição, a vacina mantém potência por um período de oito horas. Até pouco tempo atrás, outro agravante associava-se à sensibilidade em relação a altas temperaturas. A exposição à luz solar reduzia rapidamente a potência da vacina. Essa questão foi solucionada com mudanças no modo de enfrascar e nas técnicas de produção (SES, 1998b; MENDES *at al.*, 1985).

Sempre foi preocupação do PAI garantir a qualidade dos imunobiológicos oferecidos aos usuários dos serviços de saúde. O processo de conservação, desde o momento da produção, o armazenamento, a distribuição e a manipulação dentro das temperaturas adequadas, denomina-se cadeia de frio ou rede de frio. Se houver falhas nesse processo, pode haver comprometimento do programa de controle da doença. (CARRASCO, 1983; BRASIL, 1990; SILVA, 1993).

Alguns autores, na década de 80, manifestaram preocupação com essa questão da qualidade da vacina do sarampo e apontaram algumas fragilidades no processo de conservação da vacina. Tellerias *et al.*, em 1981, descrevem uma epidemia de sarampo no Chile, na qual 48% das crianças internadas com sarampo haviam sido vacinadas. Mesmo levando-se em consideração a idade que tais crianças foram vacinadas, muitas delas menores de um ano, a percentagem é alta e os autores sugerem que os vírus atenuados da vacina tornaram-se inativados. Muito provavelmente por falha no processo de conservação.

Mendes *et al.*, em 1985, em um trabalho realizado na rede de saúde do Estado de São Paulo, nos centros de saúde e nos postos de vacinação privados credenciados (autorizados a funcionar pelo Estado) constataram, com base em testes de campo, ser necessária uma melhoria das condições de estocagem das vacinas vivas atenuadas contra o sarampo. Um dos problemas detectados era que o controle da temperatura não era realizado com o rigor necessário em 15% dos postos de vacinação públicos visitados; percentual ainda maior foi encontrado nos privados credenciados. Ainda nesses últimos, 3,53% das amostras de vacina coletadas estavam abaixo do mínimo de potência requerido para induzir proteção (abaixo de 1000 DICT – dose infectante por cultura de tecido). Outro problema detectado nos serviços públicos e privados era a falta de rigor na proteção da vacina contra a luz.

Sobre esse aspecto, o de garantir a qualidade da vacina, houve um investimento da Secretaria de Estado da Saúde, principalmente na estruturação da rede de frio e na capacitação de pessoal de nível universitário e de nível médio, principalmente no final da década de 80 e início dos anos 90, após a epidemia de sarampo ocorrida em 1986 e 1987 (BRASIL, 1991b). Outro ensinamento da epidemia de 1987 foi o sucesso da estratégia de

controle, por meio de uma campanha de vacinação, cujo impacto foi ter passado de um CI de 222 por 100 mil naquele ano para 2,7 100 mil em 1988 (PANNUTI *et al.*, 1991).

Outro ponto que sempre foi objeto de preocupação dos pesquisadores é a idade para vacinação. Sempre rodeada de controvérsias, a idade pode comprometer a alta eficácia da vacina (em torno de 90 a 95%), aliás, comprovada por inúmeros estudos. A eficácia da vacina para crianças que recebem a vacina aos nove meses é de 80%, o que em pouco tempo acumula suscetíveis, caso a cobertura vacinal não seja superior a 95%. Isso permite a manutenção da circulação do vírus na população à procura de novos grupos de suscetíveis (MORAES, 1998; PANNUTI *at al.*, 1991).

Para exemplificar melhor este mecanismo de acúmulo de suscetíveis, será usado o cálculo realizado pelos consultores da OPAS, ao analisarem a situação do sarampo no Estado de São Paulo, em 1991. Considerando o número de nascimentos no Estado em torno de 800.000 por ano; a cobertura de vacinação de 90%; a eficácia da vacina para os menores de um ano em torno de 85%; as crianças nascidas no Estado, que não ficam protegidas com a primeira dose e não retornam para a segunda dose; as crianças que não ficam protegidas com nenhuma dose; as outras faixas etárias que não são alvo de campanhas de vacinação; os suscetíveis maiores de 15 anos; os migrantes e imigrantes moradores no Estado que nunca foram vacinados ou nunca tiveram a doença, chegou-se a uma estimativa de, no mínimo, 715.000 pessoas suscetíveis, naquele ano, nas condições apresentadas (OPAS, 1991).

Segundo estes consultores, o número de suscetíveis era suficiente para alimentar uma epidemia, caso não ocorressem intervenções específicas sobre esses grupos desprotegidos e se persistisse, a cada ano, uma baixa atividade do vírus do sarampo, combinada com elevação no número de suscetíveis (OPAS, 1991).

Algumas considerações já foram feitas no início desse capítulo sobre a interferência dos anticorpos maternos na imunidade das crianças, a partir da aplicação da vacina. Levando-se em conta esse fato, sabe-se que a 'idade ótima' para vacinação é questionável, mas seria próxima de um ano de idade, quando praticamente desaparecem os anticorpos maternos. O problema é que, ao adotar essa estratégia de vacinar a partir de um ano de idade em países pobres, pode-se incorrer no risco de crianças adoecerem ou morrerem de

sarampo antes de completarem um ano de vida (AABY, CLEMENTS, 1989; RODRIGUEZ *et al.*, 1984; SOERENSEN *et al.*, 1985). Outros autores analisam a possibilidade de adoção de novas vacinas, por exemplo, oriundas de cepas EZ (Edmonston-Zagreb), mais eficazes, inclusive antes dos seis meses de idade, apesar da correlação do uso dessa cepa com aumento de mortalidade nos estudos já em andamento com essas vacinas (OSTERHAUS, VRIES, BINNENDDIJK, 1994; KNUDSEN, 1996).

Mesmo em países que avançaram no controle do sarampo e já têm como meta a erradicação da doença há mais tempo, como os EUA, por exemplo, apesar do sucesso das estratégias utilizadas, não se conseguiu alcançar essa meta. Evidencia-se aí outra questão relativa à estratégia de imunização, totalmente diferente da apresentada anteriormente. É a de garantir coberturas vacinais elevadas na vacinação de rotina e o prolongamento da imunidade para os adolescentes e adultos jovens que se vacinaram precocemente, com dose única, após um ano de vida. A revacinação é a saída apresentada para resolver as possíveis falhas vacinais primárias (a não-formação de anticorpos após o estímulo vacinal). Os autores discutem qual seria a idade para revacinação. Alguns sugerem o momento de ingresso na escola, outros durante a adolescência (MMWR, 1997b; CHAUVIN, 1995; AYLWARD, CLEMENTS, OLIVÉ, 1997). Uma questão importante levantada por GRIFIN, WARD, ESOLEN (1994) e ABDALA (1993) é acerca da possibilidade de resposta inadequada para os vacinados, após a reexposição ao vírus do sarampo.

Risi Jr (1985), relatando a história do controle do sarampo no Brasil, cita a existência de lei federal de 1977, obrigando a vacinação contra algumas doenças imunopreveníveis, entre elas, o sarampo. O esquema de dose única aos nove meses foi implantado no país a partir de 1982. Vontobel (1985), analisando a história das estratégias de vacinação adotadas em várias partes do mundo e no Estado de São Paulo , apresenta as várias mudanças ocorridas no calendário deste estado nas décadas de 70 e 80. Aplicada em dose única aos sete meses, a partir de 1975, sofre nova mudança em 1979, com inclusão de segunda dose aos 15 meses, e nova alteração em 1984, quando volta a ser dose única, porém, aos nove meses, igualando-se ao calendário dos demais estados do país.

A partir da epidemia de sarampo de 1987, juntamente com algumas mudanças na vigilância epidemiológica do sarampo, retomou-se a segunda dose aos 15 meses, até 1992,

quando essa dose dos 15 meses foi substituída pela tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), com a implantação do programa de controle da rubéola e síndrome da rubéola congênita. Este esquema de vacinação vigora até os dias de hoje (MORAES, 1998; SES, 1998b; SES, 1991).

As contra-indicações para a vacinação contra sarampo são raras, mas uma dificuldade sempre encontrada pelas autoridades de saúde é a de reduzir as oportunidades perdidas de imunização. Falsas contra-indicações são freqüentes nos serviços de saúde, o que pode também comprometer as estratégias de controle da doença (LEE-HAN, 1996; MOREIRA, 1997). As contra-indicações para a vacinação são as seguintes: história de anafilaxia após ingestão de ovo, com apresentação de um ou mais dos seguintes sintomas: urticária; sibilos; laringoespasmo; edema de lábios, hipotensão; choque, gravidez, uso de imunoglobulina e de sangue e derivados previamente à vacinação, ou nos 15 dias posteriores a ela. Cada dose de vacina corresponde a 0,5ml e a via de administração é subcutânea. A enfrascagem da vacina é em frasco-ampola, contendo um liófilo que, após diluído, produz cinco ou dez doses de vacina. Após a diluição, a vacina deve ser utilizada no período máximo de oito horas. Após esse período, as doses não utilizadas devem ser desprezadas (SES, 1998b).

4.2.2 Vigilância Epidemiológica.

No Brasil, a vacinação e a notificação compulsória do sarampo foram implantadas na década de 60. Apesar da notificação semanal dos casos de sarampo existir há quase 30 anos, até meados da década de 80, essa atividade não era desenvolvida na totalidade dos Estados do país. As informações sobre distribuição por idades e o estado vacinal dos casos notificados, por exemplo, era restrita a determinados estados e não eram repassados para a esfera federal (RISI JR, 1985).

Vontobel (1985), em detalhado levantamento histórico sobre a vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo e do sarampo em particular, desde o final do século XIX até os meados da década de 80, destaca alguns períodos em que existia a obrigatoriedade da notificação rápida para as autoridades competentes, até o ano de 1976. Naquele ano, por meio de decreto federal, obriga-se a notificação apenas dos casos

hospitalizados. No ano seguinte, houve alteração desse decreto, instituindo-se a notificação de todos os casos. O Estado de São Paulo foi o único da Federação que manteve a notificação somente dos casos de sarampo hospitalizados.

A concepção do sistema de vigilância do sarampo no Estado baseava-se como para os demais agravos em normas e padronizações claras e rigorosas (por exemplo, havia um prazo de 30 dias para todas as fichas notificadas chegarem ao nível central da Secretaria de Saúde e 45 dias ao CIS – Centro de Informações de Saúde). A propósito da avaliação do programa, a autora conclui, em seu estudo, que o sistema não conseguia responder aos seus pressupostos de eficácia, competência e agilidade, ao exercer os procedimentos e ações de controle do sarampo, pelos problemas de estrutura da própria Secretaria de Estado da Saúde e da dificuldade de obtenção de dados dos hospitais particulares.

Após a epidemia de 1987 e a realização da campanha de vacinação indiscriminada contra o sarampo para todos os menores de 14 anos, foram introduzidas novas modificações na vigilância epidemiológica do sarampo. Todos os casos suspeitos, fossem eles hospitalares ou ambulatoriais, passaram a ser notificados e investigados, como era a sistemática em meados da década de 70. O caso suspeito era definido como doença febril acompanhada de exantema maculopapular. Colhiam-se duas amostras de sangue para exame sorológico: uma na fase aguda da doença e outra na fase de convalescença. Algumas variáveis, tais como detalhes da clínica, complicações e situação vacinal dos casos, entre outras, passaram a ser coletadas (SES, 1991; OPAS, 1991; OPAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

O propósito da vigilância epidemiológica do sarampo, contida no Manual de Sarampo (1991), é o seguinte: "acompanhar o comportamento epidemiológico da doença no que se refere principalmente à distribuição de sua incidência por área geográfica, grupo etário e situação vacinal, visando fundamentalmente a aplicação de medidas de controle: avaliar o impacto do programa de imunização e controlar a incidência do sarampo". O Manual de Capacitação de Sarampo e Rubéola (1993) vai além nesse conceito ou propósito da vigilância epidemiológica, onde se lê: "...voltada a uma atitude de alerta....avaliando periodicamente a possibilidade de existirem grupos populacionais com risco de transmissão, decorrente das baixas coberturas vacinais...". Sugere, ainda, três indicadores

básicos de avaliação do alcance da meta de controle e eliminação da doença: o número de casos da doença, o seu CI e os níveis de cobertura da vacina contra o sarampo, ou, ao contrário, o número de suscetíveis na população.

O critério de 'caso suspeito' definido no manual de 1991 era muito sensível, capturando grande número de casos, embora muitos falso positivos. Isso se justificava pela fase de controle estabelecida no final dos anos 80, logo após a epidemia de 1987. O caso confirmado seguia a definição clínica do CDC, sendo o seguinte: todo caso que apresentar febre alta (acima de 38,5°C), erupção maculopapular generalizada durante três dias ou mais, e um ou mais dos seguintes sintomas: tosse, coriza ou conjuntivite.

Para a confirmação de casos, passou a ser necessário um exame com alta especificidade, ou seja, com a presença de IgM ou a elevação de quatro vezes o título de IgG. A primeira amostra deveria ser colhida no momento da primeira visita do paciente ao serviço e a segunda, no mínimo dez dias após o início do exantema. Epidemiologicamente era confirmado, quando o caso era comunicante de um caso confirmado laboratorialmente. Dentre as medidas de controle preconizadas no Manual de Sarampo (1991) está a busca ativa de casos suspeitos de sarampo, a ser realizada pelas unidades básicas de saúde na sua área de abrangência, pelo contato permanente com os serviços de pronto-socorro, ambulatórios e hospitais públicos e privados.

Outras medidas de controle preconizadas são: o isolamento dos casos hospitalares; a identificação de possíveis novos hospedeiros, principalmente em creches, escolas e locais de risco como cortiços, favelas e hospitais; a vigilância sanitária dos comunicantes, por cerca de 14 dias, referente ao período máximo de incubação da doença e a vacinação de bloqueio para os comunicantes não vacinados ou inadequadamente vacinados. Dependendo da situação epidemiológica, as faixas etárias mínimas e máximas para essa vacinação de bloqueio podem ser estendidas para mais ou menos, independentemente da idade recomendada para as doses de rotina.

Em 1992, a partir da introdução do programa de controle da rubéola e da síndrome da rubéola congênita no Estado de São Paulo e da proposta de eliminação do sarampo, elaborada pelo Ministério da Saúde, algumas alterações foram feitas no Manual de Sarampo de 1991. Essas alterações constam do Manual de Capacitação de Pessoal para a

Vigilância do Sarampo e Rubéola (1993). Dizem respeito, basicamente, às regras para confirmação laboratorial dos casos, que no manual anterior não estavam muito claras. Permaneceram as duas amostras para confirmação laboratorial dos casos, apesar de o Plano de Eliminação de Sarampo de 1992 (BRASIL, 1992) indicar, já naquela época, a necessidade de estudos rápidos para se dosar IGM em soro único, colhido ao longo da primeira semana, após o início do exantema, como forma de facilitar o diagnóstico da doença.

Se os resultados não confirmassem sarampo, era automaticamente processada a pesquisa para rubéola e vice-versa. A detecção de anticorpos do sarampo era feita utilizando-se as seguintes técnicas: inibição de hemaglutinação para dosagem de anticorpos totais, imunofluorescência para dosagem de IgM e IgG, ensaio imuno-enzimático (ELISA) para IgM e IgG e neutralização em placa. Outra diferença detectada está na maior ênfase dada à confirmação laboratorial, tendo em vista a proposta de eliminação e a necessidade de diagnósticos mais precisos (SES, 1993).

Desta forma, e também pela introdução da suspeita conjunta de rubéola, a interpretação dos resultados e o fechamento dos casos tornaram-se mais complexos, se comparados os dois manuais. Aparece, no manual de 1993, o termo inconclusivo para diagnóstico laboratorial de sarampo, seja quando não se obtiveram duas amostras e a primeira não foi suficiente para elucidar o diagnóstico, seja quando, mesmo com duas amostras, acontecessem situações duvidosas. Um exemplo está em que não poderia ser afastado o diagnóstico de sarampo se aparecessem duas amostras negativas de IgM. Isso decorre das diferenças de respostas imunológicas por ocasião da infecção natural em não-vacinados e em vacinados, ou ainda decorrentes da idade em que foi dado o estímulo antigênico (SES, 1993).

O manual de 1993 acrescenta o critério de necrópsia aos de confirmação de caso, juntamente com os critérios laboratorial, clínico e epidemiológico. Acrescenta, também, o critério clínico-epidemiológico para confirmação de caso, quando se associam os dois critérios no fechamento do caso. Os casos em que não foi possível a confirmação laboratorial ou em que faltam dados clínicos suficientes para confirmação ou descarte são definidos como inconclusivos. O manual refere, ainda, que a alta freqüência de casos

inconclusivos poderia indicar falhas no sistema de vigilância da região, como problemas na coleta, no armazenamento e no processamento das amostras e, ainda, na qualificação de pessoal.

Outro item abordado nesse manual diz respeito à notificação negativa semanal dos casos, como outro indicador de qualidade do sistema de vigilância do sarampo. Detalha, ainda, as etapas da investigação dos casos. A fonte de toda a informação é a ficha epidemiológica, a qual deve responder às perguntas básicas da investigação epidemiológica de pessoa, tempo e lugar. A investigação pressupõe sempre uma visita ao domicílio, à rua ou ao bairro onde ocorreu o caso, onde serão complementadas as informações referentes aos casos e aos comunicantes. A cobertura vacinal deve ser analisada, de preferência mês a mês, sempre levando em conta as diferenças intra-regionais de cobertura, principalmente em municípios de médio e grande porte.

Apresenta, também, um fluxograma com todos os passos da investigação, desde o momento do conhecimento do caso suspeito até o envio da ficha epidemiológica para o nível central do sistema de vigilância epidemiológica. Em função do programa de controle da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, a ficha anterior foi substituída por um novo instrumento de investigação, no qual o caso suspeito poderia ser separadamente de sarampo ou rubéola, ou suspeito de ambos os agravos. Outra mudança importante na ficha epidemiológica foi a introdução do campo destinado à investigação de surtos ou epidemias.

Em 1994, foi elaborado um adendo ao manual de 1993 denominado "Sarampo e Rubéola – classificação final dos casos suspeitos" que modificava, em parte, a classificação final dos casos, com o objetivo de adaptar as informações do Estado de São Paulo àquelas definidas pelo Ministério da Saúde para os demais estados do país. Introduz o conceito de caso 'compatível', quando a confirmação era feita pelo critério clínico ou epidemiológico separadamente. O caso era considerado confirmado se o critério fosse o laboratorial ou o clínico-epidemiológico (ou seja, que tivesse clínica compatível e ligação com outro caso confirmado por laboratório).

Além dessas duas possibilidades, o caso poderia ser inconclusivo ou descartado. O critério de descarte poderia ser laboratorial ou clínico. A recomendação desse 'manual' era que se adaptasse essa nova classificação final à ficha de sarampo/rubéola em uso no

sistema, até que se elaborasse um novo instrumento. A adaptação poderia ser feita nas caselas já existentes para o diagnóstico final na ficha velha, não escrevendo os novos diagnósticos, pois não havia espaço para isso, mas interpretando-os de maneira 'nova'. Lia-se 'caso compatível' onde estivesse escrito 'caso confirmado por critério clínico' e assim por diante, respeitando-se as novas regras.

Esse 'manual' apresentava também um detalhamento sobre a interpretação dos resultados laboratoriais, de acordo com o tempo mínimo e máximo para a coleta da primeira e da segunda amostra. Seguindo mais uma vez a diretriz do Ministério da Saúde, percebe-se uma tendência a valorizar mais o resultado de IGM positivo. Fazia, ainda, uma ressalva sobre a importância de se colocar uma anotação de amostra única no pedido de exame, caso essa coleta fosse realizada após o oitavo dia do início do exantema (ou nono dia de exantema), pelos problemas operacionais que impossibilitassem coletas de duas amostras no tempo ideal.

A contagem de dias a partir do exantema, para efeito de cálculo de solicitação de exames ou avaliação clínica dos casos, também foi objeto de modificação, seguindo também a padronização do Ministério da Saúde. Adotou-se o termo dias após o exantema, ao invés de dias de exantema (que inclui o dia do início), nomenclatura anteriormente adotada pelo Estado de São Paulo.

Outra alteração em relação aos manuais anteriores diz respeito à febre. O início da febre no período prodrômico passou a ter um valor relativo, quando o caso era confirmado pela clínica. Isto se deve a dados de literatura que apontam a possibilidade de elevação da temperatura, às vezes coincidentemente ao aparecimento do exantema. Os outros sinais clínicos da doença, suas datas mínimas e máximas de aparecimento e de desaparecimento, são também apresentados e discutidos com minúcias, para efeito de confirmação ou descarte de casos.

Outra informação importante contida nesse manual refere-se à situação em que um caso suspeito de sarampo ou rubéola pode não se confirmar como nenhuma delas, diante da possibilidade de se tratar de eventos adversos das vacinas contra o sarampo ou da tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola). O critério para fechamento como evento adverso é o aparecimento de sinais característicos (febre e exantema) entre o 5° e o 12° dia

após a aplicação da vacina contra o sarampo e entre o 5° e o 21° dia após a aplicação da vacina tríplice viral. Esses critérios vigoram até hoje.

Em novembro de 1996, novas mudanças ocorreram no sistema de vigilância epidemiológica do sarampo. As justificativas para tais mudanças encontram-se no material intitulado "Atualização do manual de vigilância do sarampo e rubéola e síndrome da rubéola congênita - novembro de 1996", que refere literalmente o seguinte: "em virtude da situação epidemiológica do sarampo no Brasil, algumas modificações conceituais fazem-se necessárias para a adequação das ações de vigilância epidemiológica. Tais modificações dizem respeito à definição de caso suspeito, assim como à época e número de amostras de sangue a serem colhidas e também às técnicas utilizadas para a realização do diagnóstico laboratorial...a definição de caso suspeito que ora passaremos a adotar no Estado de São Paulo está em vigor nos demais Estados brasileiros desde 1992. Quanto ao diagnóstico laboratorial, as técnicas atualmente disponíveis permitem, com certa segurança, que se adote o uso de amostra única para a realização do exame diagnóstico, colhida por ocasião do primeiro atendimento após o aparecimento do exantema, o que trará inúmeras vantagens...".

Desta forma, a partir do início de janeiro de 1997, a regra passou a ser a realização de uma única amostra colhida no momento do contato do paciente com o serviço de saúde, a partir do início do exantema até o 28° dia após o início do mesmo (BRASIL, 1996b). O caso suspeito passou a ser definido como o caso com febre, exantema maculopapular generalizado e tosse ou coriza ou conjuntivite, independentemente do estado vacinal e da idade. Nesse 'manual' de 1996 foi introduzida a nova ficha de investigação, atualizada no que diz respeito à confirmação de casos, como já havia sido orientado no 'manual' de 1994.

Outra mudança importante que aparece refere-se à suspeita do caso. Deveria ser discriminado se era suspeita de sarampo ou rubéola, nunca ambos os agravos. O que era perfeitamente razoável, uma vez que a suspeita de sarampo mudara, ficara mais específica. Essa orientação, da entrada do tipo de suspeito na ficha epidemiológica, já havia sido passada para a rede desde 1995, antes mesmo da existência desse novo instrumento de investigação (SES, 1997b). Outro fato que corroborava para a suspeita ser distinta para os dois agravos: a data da coleta de amostra única seria realizada em datas diferentes. O teste

de ELISA para sarampo passou a ser realizado com "kits" comerciais, adquiridos pelo Instituto Adolfo Lutz. Para controle de qualidade desses exames, os casos positivos deveriam ser conferidos pelo Instituto Adolfo Lutz Central, por meio do método padrão de captura desenvolvido pelo Center Disease Control, dos EUA. A partir desse período, não se dosava mais anticorpos IgG para diagnóstico de sarampo.

Duas outras modificações são introduzidas nesse 'manual': uma sobre reação vacinal, que, na vigência de surtos ou epidemias, mesmo que o paciente receba vacina contra o sarampo, se o IgM for positivo e se houver sinais clínicos, o caso deverá ser confirmado, recomendação diferente da que é proposta para a situação de rotina. A segunda diz respeito a considerar a febre alta, assim como qualquer outro sinal prodrômico, caso seu aparecimento tenha ocorrido dois ou três dias antes do aparecimento do exantema, para encerramento de casos pelo critério clínico, diferentemente do manual de 94, que relativizava o valor da febre no período prodrômico.

Outras alterações foram feitas nas regras da vigilância do sarampo ao longo de 1997, porém em função de estabelecimento de medidas necessárias para o controle da epidemia. Um outro material foi elaborado no final de 1997, com o objetivo de padronizar novamente a classificação de casos. Porém, algumas adaptações ocorreram no final de 1998, em função da implantação em todo o Estado de São Paulo do novo sistema de informação, o SINAN. A classificação dos casos na ficha do SINAN explicita nos diagnósticos confirmados e descartados qual o critério utilizado para tal. Até o presente momento, não foi elaborado um novo Manual de Vigilância do Sarampo para o Estado de São Paulo.

4.2.3. A proposta de eliminação e erradicação do sarampo

O conceito de eliminação do sarampo refere-se à interrupção da transmissão em uma determinada área geográfica, na qual a vacinação não pode ser interrompida pelo risco de reintrodução do vírus, principalmente dos casos importados. Já a erradicação é considerada a interrupção global da transmissão do vírus do sarampo, etapa que reflete o sucesso dos programas de eliminação nos vários países do mundo, na qual pode ser interrompida a vacinação, pois não existe mais o risco de epidemias. Esses conceitos foram

reafirmados em reunião de "experts" da OMS e da OPAS representantes de diversos países do mundo, com a presença de técnicos do CDC, relatada no informe semanal deste órgão, o MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report), de junho de 1997.

O sucesso do programa de erradicação da varíola, bem como as experiências positivas do programa de erradicação da poliomielite, têm servido de base para se pensar a erradicação de outras doenças, entre as quais o sarampo (SILVA, 1993). As tentativas de eliminação do sarampo, já levadas a cabo em alguns países do mundo, valeram-se de estratégias diferentes, como, por exemplo, aprimorar o programa de vacinação de rotina, ou desenvolver campanhas de vacinação em massa, com intervalos regulares de tempo, sempre aliadas a altas coberturas vacinais e a uma vigilância epidemiológica de ótima qualidade. Até o momento, o sarampo não foi erradicado em nenhum país do mundo.

A primeira tentativa de interrupção da transmissão autóctone do vírus no mundo foi nos Estados Unidos da América. Em 1978, foi anunciada a meta de eliminação do sarampo até 1982. As estratégias utilizadas nesses anos foram: elevadas coberturas de vacinação, com dose única a partir de um ano de idade, a melhoria da vigilância da doença e um controle rigoroso de surtos e epidemias. Apesar da obrigatoriedade da apresentação do registro de vacinação no ingresso escolar, a estratégia não era seguida à risca, principalmente nas áreas mais pobres, nas periferias dos grandes centros. No final dos anos 80 e início dos anos 90, aquele país foi atingido por uma importante epidemia, que obrigou as autoridades de saúde a reverem as estratégias adotadas, introduzindo, por exemplo, uma segunda dose na população de escolares (QUADROS, 1996).

Na década de 70, Cuba viveu grandes epidemias de sarampo. No período de 1980 a 1985, as estratégias de controle da doença foram modificadas. Porém, as epidemias continuaram ocorrendo. As autoridades sanitárias daquele país, baseando-se em outras experiências, principalmente na estratégia bem-sucedida de Gâmbia, em 1986, decidiram-se por uma campanha de vacinação em massa dirigida às crianças entre nove meses e 14 anos, independentemente de história vacinal anterior. Durante um período de seis meses, essas crianças foram vacinadas, atingindo uma cobertura em torno de 98%. A vigilância sobre a doença também foi incrementada. Desse período até 1993, a queda na incidência foi brutal, com uma média de 20 casos por ano. O último caso confirmado sorologicamente foi em

1993. Outras experiências de sucesso na busca da eliminação do sarampo têm sido relatadas em outros países como, por exemplo, a Finlândia (QUADROS *et al.*, 1996; PELTOLA *et al.*, 1997).

Baseando-se nessas e em outras experiências bem-sucedidas, inclusive a de Gâmbia, que foi o primeiro país do mundo a demonstrar que a estratégia de eliminação do sarampo é factível, a OPAS recomendou a estratégia de interrupção rápida da circulação do vírus para as Américas, por meio de campanhas de vacinação em massa ("catch-up") e a manutenção dessa condição, pelas altas coberturas na vacinação de rotina ("keep-up"), suplementadas por campanhas de vacinação em massa a cada três a cinco anos ("follow-up"), associadas a uma vigilância epidemiológica eficaz de casos suspeitos e controle de surtos, onde houver. Os únicos países da América que não adotaram a estratégia do "catch-up", foram os Estados Unidos e o Canadá (MMWR, 1998a; TAMBLYN, 1995).

A proposta de eliminação do sarampo no Brasil foi elaborada em 1991 e implantada em 1992, pelo Ministério da Saúde. Contou com assessoria da OPAS, tendo como base algumas das experiências relatadas acima e também o sucesso do Programa de Controle do Sarampo implantado no Estado de São Paulo , no final da década de 80. A estratégia utilizada por este Estado foi a Campanha de Vacinação indiscriminada contra o sarampo para os menores de 15 anos, em 1987 e a melhoria do sistema de vigilância do sarampo como um todo, conforme discutido no início desse mesmo capítulo (OPAS, 1991;BRASIL, 1991a; SILVA, 1993).

As diretrizes principais desse Plano foram baseadas nas diretrizes da OPAS, relatadas acima, quais sejam: a imunização em massa (catch-up) e incremento da vacinação de rotina, mantendo-se, no mínimo, 95% de cobertura para os menores de um ano (keep-up); vigilância epidemiológica de ótima qualidade, investindo-se inclusive na capacitação de profissionais; melhoria da retaguarda laboratorial e definição dos laboratórios de referência nacionais e campanhas de divulgação, com o objetivo de sensibilizar a população em geral, a classe política e os profissionais de saúde. A primeira atividade do Plano foi a realização da Campanha de Vacinação Indiscriminada contra o Sarampo, para todas as crianças menores de 14 anos, em 1992. Essa estratégia teve um impacto imediato na

incidência da doença, observando-se, no ano seguinte, uma redução de 80% no número de casos notificados em todo o país (BRASIL, 1996a; BRASIL, 1997a).

Em setembro de 1994, durante a solenidade de entrega do Certificado de Erradicação da Poliomielite na Região das Américas, a decisão da XXIV Conferência Sanitária Panamericana foi de definir como meta a eliminação do sarampo do Hemisfério Ocidental até o ano 2000. Tal meta foi reassumida pelo Ministério da Saúde do Brasil. Como a vacinação de rotina não foi satisfatória nos anos posteriores à implantação do plano, e para não se perderem os esforços que já haviam sido feitos, especialistas do Ministério da Saúde optaram por uma campanha de vacinação de seguimento (follow-up) para 1995, com o objetivo de atingir os suscetíveis que se acumularam nas últimas coortes de nascidos, não cobertos pela vacinação de rotina. A cobertura vacinal dessa estratégia ficou abaixo do esperado, sendo que o Estado de São Paulo não aderiu a essa proposta. O que foi feito naquele estado foi uma vacinação seletiva para os menores de cinco anos não vacinados (BRASIL, 1997c).

Alguns outros problemas adicionais dificultaram a concretização de algumas metas do plano, nos anos posteriores a 1995. Os percalços do Ministério da Saúde em manter o abastecimento de vacina de sarampo prejudicaram a manutenção de boas coberturas vacinais de rotina. Os surtos ocorridos, principalmente os de Santa Catarina e de São Paulo, em 1996, e a epidemia ocorrida em São Paulo, em 1997, estendendo-se para o restante do país, associada a indicadores de vigilância epidemiológica nada animadores, estremeceram as bases do Plano de Eliminação. Na sua segunda versão atualizada, em 1997, o Ministério da Saúde propôs algumas medidas adicionais de incremento desses itens, ressaltando que, sem o compromisso político das várias esferas de governo, priorizando e destinando recursos para implementação do plano, as metas não poderiam ser alcançadas.

Esse documento de 1997, ou seja, a versão atualizada do Plano de Eliminação, refere que a reemergência do sarampo no Brasil pode comprometer a meta de eliminação da doença na América Latina, e até mesmo comprometer o programa de controle da doença, o que traria grandes prejuízos à Saúde Pública do país. Propõe, então, uma redefinição das metas até o ano 2000, atribuindo responsabilidades aos diversos níveis de governo. Em relação às metas político-gerenciais, por exemplo, propõe a incorporação das

universidades ao plano, a formação da Comissão Nacional de Eliminação do Sarampo, que teria o gerenciamento do plano como atribuição, a integração mais efetiva dos organismos internacionais, como a OMS, OPAS e o UNICEF, que, além da assessoria técnica, deveriam cumprir sua contrapartida orçamentária.

Em relação à vacinação, algumas atividades deveriam ser incorporadas à rotina, além do cumprimento do calendário habitual e das metas das campanhas de vacinação em massa ("catch-up" e "follow-up"). A meta era oferecer a vacina contra o sarampo a 100% das instituições de assistência a menores (creches, orfanatos, centros de reclusão e outros), para os internos não imunizados. Outras propostas apresentadas foram: imunizar o pessoal que ingresse nas faculdades da área de saúde, assim como os candidatos a vagas nas escolas de 1° e 2° graus das redes públicas e privadas deveriam apresentar seus comprovantes de vacinação em dia. Além disso, as vacinações de bloqueio foram recomendadas e também a vacinação de grupos com maior risco de exposição como, por exemplo, os profissionais de saúde.

Em relação à vigilância epidemiológica, foram elaboradas as seguintes metas: notificação semanal positiva em 100% dos casos; notificação semanal negativa em 80% dos municípios; número de casos notificados até sete dias do início do exantema, em 80% dos casos; investigação epidemiológica de todos os casos notificados em 48 horas, em no mínimo 80% dos casos; colher uma amostra de sangue para diagnóstico (em 100% dos casos), que deve ser enviada para o laboratório de referência no prazo máximo de 48 horas a partir da coleta; realizar as medidas de controle, como a vacinação de bloqueio para os contatos suscetíveis e busca ativa de novos casos na área de abrangência do caso, em 100% dos casos investigados; casos confirmados por laboratório ou vínculo epidemiológico, em 100% dos casos; casos confirmados com fonte de infecção conhecida em 90% dos casos; casos com fichas de investigação completas em 90% dos casos (BRASIL, 1998d). Além disso,torna-se necessário manter a regularidade na informação e na análise da situação epidemiológica, através da elaboração de boletins e informes técnicos, mensais ou bimensais, conforme a situação o exigir. É importante ressaltar que, para efeito do plano de eliminação do sarampo, um caso confirmado em uma determinada área já é considerado epidemia.

Em relação aos indicadores de laboratório, o mais importante é a agilidade na devolução dos resultados, sendo definida a meta de oito dias para a liberação do resultado do exame, em 80% dos casos. Outro item previsto no plano é o abastecimento de todos os laboratórios de referência com um número de "kits" suficientes para atender essa meta. Ainda sobre as metas para laboratório, uma questão importante é a indicação de colheita de material para isolamento viral, apresentada no "Relatório do 1° Seminário Nacional sobre Doença Exantemática – Sarampo/rubéola", realizado em Brasília, em outubro de 1998.

Esse relatório destaca, ainda, a importância da manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais nos vários municípios do país e o mapeamento de áreas e grupos de risco, com aplicação imediata das medidas de controle. As áreas de risco seriam aquelas com casos confirmados, áreas silenciosas, áreas com coberturas vacinais baixas e grupos ocupacionais de risco.

Em relação à capacitação de pessoal, está prevista para 100% dos técnicos que desenvolvem ações do Plano de Eliminação, assim como para 100% dos técnicos que atuam como supervisores. Estão previstas, ainda, consultorias e assessorias para revisão das bases técnicas e revisão do conteúdo científico. Em relação aos itens comunicação e educação em saúde, estavam previstas várias atividades, destacando-se, entre elas: o pronunciamento do Presidente da República e do Ministro da Saúde sobre o Plano; elaboração de vídeo sobre vigilância epidemiológica; programas de rádio e televisão; elaboração de material gráfico para divulgação do plano; articulação intersetorial, internamente ao Ministério da Saúde e em outras esferas de governo, além de outros segmentos da sociedade.

Os indicadores para avaliação dos Planos de Eliminação elaborados pela OPAS (1995b), são os seguintes: percentual de unidades que notificam semanalmente; percentual de unidades que notificam pelo menos um caso suspeito a cada ano; percentual de casos investigados nas primeiras 48 horas após a notificação; percentual de casos com amostra adequada (do primeiro ao 28° dia após o exantema) de laboratório ou vínculo epidemiológico; percentual de amostras com resultado nos primeiros sete dias após o recebimento da amostra no laboratório; de surtos com fonte de infecção conhecida e percentual de municípios com cobertura menor que 95% para vacinação de rotina.

A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, por meio do documento intitulado "Plano Nacional de Eliminação do Sarampo para o ano 2000", de dezembro de 1998, faz uma análise histórica da situação do sarampo no país e no Estado de São Paulo , nas últimas duas décadas, e reforça a diretriz da estratégia de eliminação do sarampo, fazendo algumas indicações para a vigilância epidemiológica do estado.

Porém, a partir de 1998, com o objetivo de reforçar a importância de manter a região das Américas "livre da circulação do vírus do sarampo", a OPAS passou a recomendar uma nova denominação para o Plano de Eliminação a seus países membros, passando a adotar o "Plano de Erradicação do Sarampo". A meta é de alcançar a erradicação do sarampo até o ano 2000 (BRASIL, 1999). Em reunião de avaliação do Plano de Eliminação do Sarampo no Brasil e da proposta de Erradicação do Sarampo nas Américas, foram apontados pelos especialistas alguns avanços do plano de eliminação do Brasil no período de 97 a 98 e propostas em algumas ações para alcançar a meta da erradicação.

Como avanços, destacam a melhoria da divulgação do plano; a intensificação da vacinação de rotina; uma maior sensibilidade para a notificação de casos de enfermidades exantemáticas febris; melhoria das ações de investigação e medidas de controle, ampliação da rede de laboratórios de referência e melhoria das atividades de laboratório. Como necessidade de avanços, para alcançar a meta da erradicação, destacam-se os seguintes aspectos: implantação de um grupo tarefa; intensificação da divulgação; intensificação da vacinação de rotina; intensificação da vacinação em locais de risco, vacinação dos grupos de risco, melhoria das atividades de laboratório, ações de capacitação e supervisão.

Outro documento do Ministério da Saúde, com o título de "Grupo Tarefa Para a Erradicação do Sarampo no Brasil até o Ano 2000", define que Grupo de Erradicação do Sarampo (GES) será criado nas Unidades Federadas, tendo como principal objetivo "fortalecer as estratégias necessárias à consolidação da meta de erradicação, sobretudo no que se refere às ações de vigilância epidemiológica...essas ações visam precipuamente ampliar e fortalecer as fontes de notificação, realizar busca ativa, investigar casos e surtos, implementar medidas de controle, orientar ações de imunização, identificar grupos de risco,

realizar coleta e análise de dados com subsequente divulgação em nível técnico e político, bem como fortalecer parcerias com instituições governamentais e não-governamentais".

As Secretarias Estaduais de Saúde indicarão assessores que irão colaborar com os coordenadores estaduais do programa na implementação, supervisão e avaliação do plano de erradicação. O valor total do projeto para o desenvolvimento do Grupo Tarefa no Brasil será da ordem de U$3.390.500,00, entre o salário dos assessores, material de consumo, despesas com treinamento e capacitação, aquisição de materiais para exames laboratoriais, divulgação, entre outros. A contrapartida da OPAS é de U$100.000,00.

Essa aparente contradição entre eliminação e erradicação do sarampo nas Américas fica aparentemente mais clara na ata da 50ª Sessão do Comitê Regional da 25ª Conferência Sanitária Panamericana. O primeiro item da pauta da referida reunião é: "Erradicação do Sarampo até o Ano 2000", no qual, entre outras coisas, a situação epidemiológica da doença é analisada em todos os países do continente americano, no período de 1997 e 1998.

A seguir, serão destacados dois trechos da ata dessa reunião do Comitê Regional, para análise posterior de seu conteúdo, em outro capítulo desse estudo: "...a maioria dos casos do Brasil foi notificada por São Paulo, o único estado que não realizou uma campanha de vacinação de seguimento em 1995..." . Em outra parte do texto, faz a seguinte recomendação para o futuro: "...o ressurgimento do sarampo nas Américas em 1997 oferece importantes lições que podem ser utilizadas para aperfeiçoar a estratégia de erradicação do sarampo na Região e assegurar sua plena implementação em todos os países. Para atingir a meta de erradicação do sarampo, todos os países da Região deverão implementar a estratégia de vacinação recomendada pela OPAS...o objetivo geral da estratégia é a prevenção de surtos de sarampo. É muito mais eficiente e menos oneroso prevenir um surto do que controlá- lo..." (OPAS, 1998).

De qualquer modo, a estratégia de erradicação do sarampo proposta globalmente é de julho de 1996, com base nas experiências positivas de controle e eliminação do sarampo, principalmente nas Américas. Foi apresentada em encontro internacional organizado pela Organização Mundial da Saúde, cuja meta de erradicação global do sarampo será para o período entre 2005 e 2010 (OPAS, 1996; QUADROS, 1997).

Existem controvérsias entre autores de diversas partes do mundo sobre essa estratégia. Alguns são árduos defensores da proposta de erradicação, principalmente os que se baseiam na experiência positiva da erradicação da varíola e da poliomielite. Sabin (1992), apesar de apontar obstáculos maiores para erradicação do sarampo, comparando-se com a erradicação da poliomielite, acreditava que a meta poderia ser alcançada.

Por outro lado, os questionamentos vão desde a discussão da viabilidade da proposta, o custo-benefício da estratégia, principalmente em países pobres; o desafio da mudança do perfil epidemiológico, com o deslocamento de faixas etárias para adultos jovens, mesmo em áreas com coberturas vacinais razoáveis; a possibilidade sempre presente de reintrodução do vírus por meio dos casos importados; o intervalo de tempo necessário entre as campanhas de seguimento, entre outros temas relevantes (CUTTS & STEINGLASS, 1998; OLIVÉ, 1997; GAY & NOKES, 1996).

Silva (1993), em um denso estudo sobre a proposta de eliminação do sarampo no Brasil, logo no capítulo de apresentação, levanta dúvidas mais básicas sobre a exeqüibilidade do plano, uma vez que *"os resultados ainda são preliminares, as dificuldades para investigar e diagnosticar adequadamente os casos suspeitos ainda são muitas e é sobre a manutenção de das mais altas coberturas de vacinação possíveis das novas coortes e da vigilância epidemiológica que repousa a perspectiva de alcançar a eliminação da doença. Será esse desafio exeqüível no Brasil?"*.

O presente estudo tentará investigar os caminhos desse processo na região de Campinas, no período que antecedeu a epidemia de sarampo de 1997. Por que no 'meio do caminho' da eliminação/erradicação do sarampo apareceu uma epidemia?

4.3. Sobre o objeto: a epidemia de sarampo na região de Campinas, 1997

Antes da descrição da epidemia, serão apresentados os dados epidemiológicos no período pré-epidêmico, ou seja, o número de casos e a cobertura vacinal nos anos anteriores à epidemia, na região da DIR XII e no município de Campinas.

Serão ainda caracterizadas sinteticamente áreas do estudo, quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos e perfil epidemiológico mais relevantes. As áreas são as seguintes: a região de Campinas, o município de Campinas e a região do Distrito de Saúde Sudoeste, pertencente ao município de Campinas. Maiores detalhes sobre o critério de escolha dessas áreas já foram abordados no capítulo da Metodologia.

4.3.1.Caracterização das áreas do estudo

A área de abrangência da DIR XII Campinas é composta de 38 municípios com uma população aproximada de três milhões de habitantes.

Quatro microrregiões com características distintas definem aquela área de abrangência. A microrregião de Campinas caracteriza-se como área densamente povoada e altamente industrializada. A microrregião de Jundiaí, mais próxima da capital do Estado, também é marcada pela crescente industrialização, mesclada com áreas de cultivo, principalmente de frutas. A microrregião de Amparo, região fronteiriça ao sul de Minas, conhecida como o 'Circuito das Águas', tem no turismo e na agropecuária sua principal fonte de recursos. A microrregião de Bragança Paulista, que também faz limite com o sul de Minas e a região de São José dos Campos, caracteriza-se como área predominantemente rural, com agropecuária praticamente de subsistência. Apresenta os piores indicadores de saúde da região da DIR XII, com os mais altos coeficientes de mortalidade infantil. A maioria dos municípios tem população igual ou menor que 10 mil habitantes (SES, 1997g).

Antes da reforma administrativa realizada na Secretaria de Estado da Saúde, em 1995, essas quatro microrregiões constituíam-se de quatro antigos ERSAs. O ERSA de Campinas compreendia 12 municípios. Alguns dados que serão apresentados referem-se a esse período anterior a 1995 e diz respeito ao antigo ERSA 27, Campinas, no qual, da mesma forma que na região da DIR XII, estava situado o município-sede da região.

Do total de 38 municípios da área de abrangência da DIR XII, 22 (57,9%) estão habilitados na gestão plena do Sistema e os demais na gestão plena da atenção básica, de acordo com as diretrizes da Norma Operacional Básica (NOB 96) do Ministério da Saúde. A região de Campinas está caracterizada na FIGURA 1.

FIGURA 1. Mapa da área de abrangência da DIR XII Campinas

O município de Campinas, localizado a 100km da capital do Estado, tem hoje aproximadamente um milhão de habitantes. No início da década de 90, esse número era de 861 mil habitantes. A principal atividade econômica é o setor secundário; é também um importante centro no setor de serviços. Do ponto de vista demográfico, o município foi marcado na última década por altas taxas migratórias, com crescimento desordenado da área urbana, aumento de favelas e áreas de invasões de terra, com o crescimento de bairros com péssima infra-estrutura urbana, ou mesmo com ausência desta (PMC, 1992; PMC, 1997).

O município conta com uma boa estrutura de serviços de saúde, os de alta e os de baixa complexidade, alguns próprios do município, e outros centros ligados a universidades ou serviços privados contratados. Uma rede de 42 Centros de Saúde municipais constitui a rede básica, distribuída em cinco distritos ou regionais de saúde, a saber: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste. A divisão do município em quatro distritos de saúde ocorreu em 1993. A partir de 1995, o Distrito de Saúde Oeste foi dividido em dois, o Distrito Noroeste e Sudoeste, pela grande extensão geográfica do Distrito original. A distribuição das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde está caracterizada na FIGURA 2.

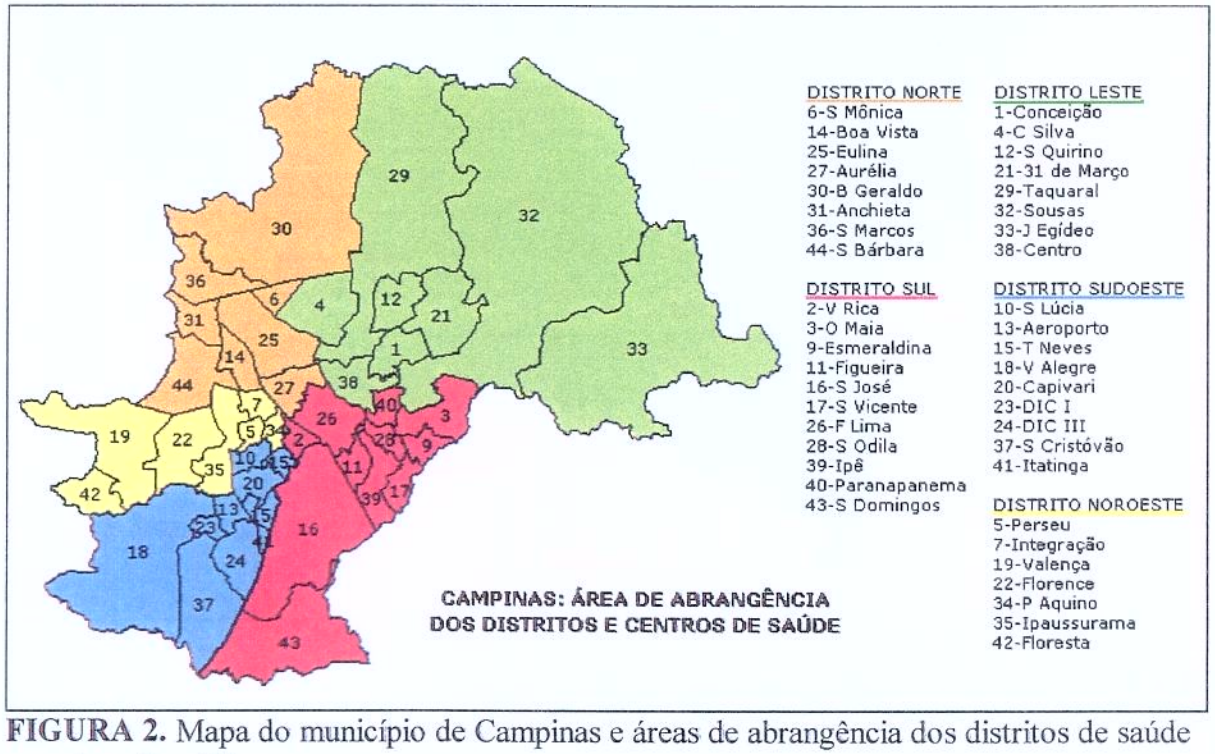


FIGURA 2. Mapa do município de Campinas e áreas de abrangência dos distritos de saúde e centros de saúde

O Distrito de Saúde Sudoeste tem uma população de 179.004 habitantes (PMC - COVISA). Os dados do distrito para 1999 referem-se a uma população de 203.705 habitantes e 62.104 domicílios (dados do Programa de Erradicação do *Aedes Aegypti*). O Distrito pode ser dividido em duas microrregiões: a primeira, com uma população 'SUS-dependente' em torno de 70%. São bairros de 'classe média', sem áreas de invasão e favelas. Esses bairros pertencem à área de abrangência dos seguintes Centros de Saúde: Tancredo Neves, Capivari, Santa Lúcia e Jardim Aeroporto. A outra microrregião apresenta "níveis graves de pobreza e miséria", e essa dependência dos serviços do SUS varia de 80 a 100%. Segundo o relatório do Distrito, nesse ano de 1999, "verificou-se um aumento crescente do desemprego e agravo das condições socioeconômicas da população". As unidades de saúde, cuja área de abrangência corresponde à segunda microrregião, são as seguintes: DIC-I, DIC-III, VISTA ALEGRE e SÃO CRISTÓVÃO (PMC, 1999).

A capacidade instalada de serviços do Distrito é a seguinte: nove unidades básicas, um ambulatório de especialidades e um pronto-socorro. Possui uma média mensal de 5.311 consultas médicas para a área de clínica médica, 3.359 para pediatria e 3.249 para ginecoobstetrícia. O coeficiente de mortalidade infantil, em 1998, foi de 10,25/1000 nascidos vivos. Os principais agravos agudos notificados em 1998 foram: dengue: 808; sífilis não especificada: 57; doenças exantemáticas: 90; acidentes por animais peçonhentos: 25; leptospirose: 28; meningite: 34 e esquistossomose: 49. Sobre os agravos crônicos, a região tinha 122 pacientes de tuberculose e 12 pacientes com hanseníase em acompanhamento (PMC, 1999).

4.3.2 A situação pré-epidêmica: dados epidemiológicos e cobertura vacinal

Em 1992, houve uma campanha de vacinação indiscriminada contra o sarampo para todas as crianças menores de dez anos. Além de ser um marco para a introdução do Programa de Controle da Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita, essa campanha foi importante para a diminuição do número de casos, que aumentara no período de 1989 a 1991, principalmente ocasionado por surtos em canteiros de obras da construção civil, particularmente na Grande São Paulo (SES, 1998c; SES, 1998f).

No período de 1992 a 1995, o número de casos de sarampo decresceu em todo o Estado, assim como o número de óbitos. Em 1996, houve aumento do número de casos, mais especificamente a partir de setembro, no município de São Paulo e alguns municípios da Grande São Paulo, conforme o observado na TABELA 1 (SES,1997b).

TABELA 1. Casos de sarampo confirmados laboratorialmente, Coeficiente de Incidência por 100.000 hab. E óbitos, no Estado de São Paulo, 1992 a 1996

	Município de São Paulo			**Interior Grande SP**			**Total Grande São Paulo**			**Interior do estado**			**Total do estado**		
ANO	C	C.I.	O	C	C.I.	O	C	C.I.	O	C	C.I.	O	C	C.I.	O
1992	16	0,16	0	12	0,20	0	28	0,18	0	9	0,05	0	37	0,12	0
1993	8	0,08	0	2	0,03	0	10	0,06	0	11	0,07	2	21	0,06	2
1994	5	0,05	0	1	0,02	0	6	0,04	0	5	0,03	0	11	0,03	0
1995	1	0,01	0	0	0,00	0	1	0,01	0	7	0,04	0	8	0,02	0
1996	9	0,09	0	12	0,19	0	21	0,13	0	1	0,01	0	22	0,07	0

C = Casos de sarampo confirmados laboratorialmente CI = Coeficiente de Incidência por 100.000 hab. O = Óbitos

Fonte: Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória – CVE/SES/SP

O total de casos confirmados por laboratório no Estado, em 1995, representa apenas 8,33% dos 96 casos confirmados e compatíveis. Nesse mesmo ano, somente 40% dos casos suspeitos de sarampo foram submetidos à coleta de duas amostras de sangue para a realização do diagnóstico da doença. Ainda em 1995, do total de casos confirmados laboratorialmente, 62,5% referiam-se à faixa etária maior de 20 anos; 25% correspondiam a crianças entre nove e 11 meses de idade, diferentemente da situação em 1994, que fora 18,18% e 36,36%, respectivamente (SES, 1997a). A ocorrência na faixa etária de maiores de 20 anos decrescera na Grande São Paulo, após uma elevação na incidência no período entre 1989 e 1990, como já descrito anteriormente (SES,1996).

Segundo dados do Centro de Vigilância Epidemiológica, em 1995 ocorreram 104 casos no Estado, entre confirmados e compatíveis. Na região da DIR – XII, nenhum caso

foi confirmado e apenas três foram compatíveis com sarampo, sendo dois em Jundiaí e um em Paulínia (SES, 1996).

Segundo dados da DIR XII, em 1995 foram notificados 52 casos de sarampo, sendo 14 confirmados e um compatível. Em 1996, foram notificados 11 casos e nenhum confirmado. O número de casos confirmados de sarampo na região da DIR XII, em 1995, não são coincidentes com os dados do Centro de Vigilância Epidemiológica. A classificação final de casos suspeitos, que aparece no banco de dados da DIR XII, inclui caso 'provável' de sarampo, o que era apenas utilizado para classificação final de rubéola. Em relação aos confirmados, não há informação no banco de dados sobre o critério de classificação usado para a confirmação.

Ainda segundo o banco de dados da DIR XII sobre os casos e município de residência, em 1995, o único caso compatível é residente em Amparo, diferentemente do apresentado pelo Banco de dados do CVE, cujos municípios de residência dos casos compatíveis são Jundiaí e Paulínia, conforme apresentado na TABELA 2.

Em 1995, foram notificados 496 casos à DIR XII, entre sarampo, rubéola ou ambos. Desse total, 97 fichas (19,6%) não chegaram à DIR XII, não sendo possível, portanto, classificá-las quanto à suspeita inicial ou diagnóstico final. Em 1996, esse percentual foi de 19%, correspondente a 54 fichas, de um total de 287 casos notificados (VILELA *et al.*, 1998).

Para 1996, como o número de casos compatíveis do Estado por Regional de Saúde não estava disponível, não foi possível a comparação entre os dois bancos de dados.

Segundo o banco de dados do município de Campinas, para 1995, foram notificados 12 casos de sarampo, sendo dois descartados, quatro compatíveis e os demais ignorados (50%). As idades dos casos compatíveis foram: um, três, 14 e 16 anos, respectivamente. A região do Distrito Sudoeste não apresentou nenhum caso.

Em 1996, foram 12 casos notificados, sendo seis descartados e três compatíveis. Os demais casos (25%) ficaram com diagnóstico ignorado. As idades dos casos compatíveis foram: oito meses e 13 anos. A região do Distrito Sudoeste registrou dois casos naquele ano, sendo um descartado e um compatível, este último pertencente à área de abrangência do Centro de Saúde São Cristóvão (Banco de dados COVISA).

TABELA 2. Casos confirmados de sarampo, segundo a classificação final do CVE e DIR XII, por município de residência, região de Campinas, 1995

Município	**COMP.**		**CONF.**		**PROV.**		**IGNOR.**		**TOTAL**	
Residência	CVE	DIR	CVE	DIR	CVE	DIR	CVE	DIR	**CVE**	**DIR**
Amparo	0	1	0	0	0	0	0	0	**0**	**1**
Campinas	0	0	0	7	0	1	0	2	**0**	**10**
Hortolândia	0	0	0	0	0	1	0		**0**	**1**
Jundiaí	2	0	0	0	0	0	0	0	**2**	**0**
Paulínia	1	0	0	0	0	0	0	1	**1**	**1**
Sta. Bárbara D'Oeste	0	0	0	5	0	0	0	0	**0**	**5**
Sumaré	0	0	0	1	0	0	0	0	**0**	**1**
Vinhedo	0	0	0	1	0	0	0	0	**0**	**1**
Total	**3**	**1**	**0**	**14**	**0**	**2**	**0**	**3**	**3**	**20**

COMP: compatível CONF: confirmado PROV: provável IGNOR: ignorado

Fonte: CVE, DIR XII – SES/SP

Em relação à cobertura vacinal, de acordo com a série histórica do Estado de São Paulo , na década de 90, a cobertura vacinal de rotina, da vacina contra o sarampo para os menores de um ano, manteve-se em torno de 100%. Observa-se uma pequena queda em 1995 e 1996, sendo de 97,35 e 95,30, respectivamente. A fonte dos dados demográficos é a Fundação Seade (ANEXO 6).

Analisando-se a série histórica de cobertura vacinal na região da DIR XII, de 1990 a 1996, percebe-se uma discreta elevação da cobertura vacinal em 1992 e queda da cobertura no período de 1995 e 1995, comparando-se com os três anos anteriores, conforme observado na TABELA 3.

TABELA 3. Cobertura vacinal em menores de um ano, da vacina contra o sarampo, por microrregião, no período de 1990 a 1996, região de Campinas/SP

MICRO REGIÃO	ANO						
	1990	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**
Amparo	105,82	71,37	95,19	88,58	95,768	76,15	73,89
Bragança Paulista	110,64	88,34	102,18	104,35	89,66	98,65	102,01
Campinas	66,56	84,04	98,36	89,40	92,97	86,07	81,44
Jundiaí	90,41	78,95	113,98	118,37	105,32	95,58	103,73
Total	**80,24**	**82,18**	**74,67**	**95,75**	**95,33**	**88,62**	**87,42**

Fonte: CVE/SES/SP População: SEADE

Essa tendência de queda em 1995 e 1996 é mais marcante nas microrregiões de Amparo e Campinas. Na microrregião de Bragança, essa tendência de queda não foi observada e, na análise da série histórica, aparentemente não há nenhuma tendência de queda ou aumento, demonstrando uma flutuação atípica, se comparada com as outras microrregiões. Ainda sobre a micro de Bragança Paulista, apareceram coberturas acima de 100% em vários anos, o que pode ser indicativo de problemas na base de dados populacionais. O mesmo acontece na micro de Jundiaí que também tem coberturas acima de 100% durante três anos analisados.

Quando se utiliza alguma outra base populacional para efeito de comparação, por exemplo, quando o denominador passa a ser o número de doses de BCG, acrescidas de mais 10% de crianças menores de um ano (SES, 1998a), percebe-se que as coberturas apresentam uma queda importante. Nenhuma microrregião, com essa nova base populacional, atinge 95% de cobertura, que é recomendado para o controle do sarampo, conforme se pode observar na TABELA 4.

TABELA 4. Cobertura vacinal e cobertura vacinal corrigida* da vacina contra o sarampo em menores de um ano de idade segundo microrregião, região de Campinas/SP, 1996

MICRO REGIÃO	COB. %	C.C *
Amparo	73,89	80,45
Bragança Paulista	102,02	86,99
Campinas	81,44	85,92
Jundiaí	103,74	88,98
Total	**87,42**	**86,46**

* denominador: doses aplicadas de BCG mais 10%

Fonte: DIR XII-Campinas/SES/SP; População: SEADE ; Reproduzido de VILELA *et al.*

Apesar de algumas coberturas microrregionais estarem aparentemente adequadas, é importante esclarecer que existem coberturas muito heterogêneas entre os vários municípios de uma mesma microrregião. A análise global da área de abrangência tem significado quando as coberturas são analisadas no tempo. A avaliação permanente para cada município, porém, é fundamental para indicar medidas de melhoria do programa de imunização do município, e até mesmo para indicar a necessidade de correção da base de dados populacionais, quando as diferenças de cobertura apresentam-se, se forem comparadas fontes distintas.

Em relação ao município de Campinas, a cobertura vacinal na série histórica nunca foi adequada, ou seja, igual ou superior a 95%, conforme o que segue:

- **1993**: 76,23%
- **1994**: 78,57%
- **1995**: 86, 55%
- **1996**: 66,23%

Em relação à cobertura da vacina SRC (contra sarampo, rubéola e caxumba), os dados para a DIR XII são de 95,18% e 89,60% para as crianças de um ano, em 1995 e 1996, respectivamente. Para o município de Campinas, a série histórica desde 1993 mostra o seguinte:

- **1993**: 79,1%
- **1994**: 84,6%
- **1995**: 89,5%

- **1996**: 66,4%

A queda da cobertura da vacina tríplice viral acompanhou a queda na cobertura da vacina contra o sarampo (Banco de dados DIR XII).

4.3.3. A epidemia

Os casos de sarampo para o Estado de São Paulo, em 1997, configuraram-se conforme mostra a TABELA 5:

TABELA 5. Casos de sarampo confirmados, compatíveis e descartados, coeficiente de incidência (C.I.), por 100.000 hab., e taxa de letalidade (LET), Estado de São Paulo, 1997

CLASSIFICAÇÃO	CASOS	C.I.	ÓBITOS	LET
Confirmados por laboratório	23.536	68,06	22	0,10
Confirmados por vínculo epidemiológico	372	1,08	0	0
Necropsia	1		1	100
Total de confirmados	**23.909**	**69,13**	**23**	**0,10**
Compatíveis	18.149	52,48	19	0,10
Descartados	22.488	65,02	0	0
Total	**64.546**	**186,64**	**42**	**0,07**

Fonte: CVE/SES/SP

Em relação à distribuição dos casos confirmados nas várias regiões do Estado, houve diferenças importantes, comparando-se a Grande São Paulo e o interior. O município de São Paulo teve 13.635 casos confirmados, com um CI de 138, 33/100 mil habitantes, sendo o total de casos da Grande São Paulo de 20.876, com CI de 124,32/100 mil habitantes. No interior, foram 3.033 casos, com um coeficiente de 17, 05/100 mil habitantes.

Do total de casos do interior do Estado, a região de Campinas representou 37,35% dos mesmos, ficando assim distribuídos os números da epidemia de sarampo na região:

TABELA 6. Casos de sarampo confirmados, compatíveis e descartados, coeficientes de incidência (C.I.), por 100.000 hab., e taxa de letalidade (LET), Região de Campinas/SP, 1997

CLASSIFICAÇÃO	CASOS	C.I.	ÓBITOS	LET
Confirmado por laboratório	1.099	36,75	2	0,17
Confirmado por vínculo epidemiológico	34	1,13	0	0
Total de confirmados	**1.133**	**37,89**	**2**	**0,17**
Compatíveis	663	21,96	0	0
Descartados	1.267	42,37	0	0
Total	**3.063**	**102,43**	**2**	**0,17**

Fonte: CVE/SES/SP

A taxa de letalidade na região de Campinas foi maior do que a letalidade observada para o total do Estado. Os dois óbitos ocorreram em pacientes residentes no município de Hortolândia, sendo uma criança de sete meses não vacinada e uma mulher de 22 anos, sem informação de história de vacinação.

Do total de casos confirmados, 104 (9,17%) foram internados, praticamente em todos os municípios onde ocorreram casos. Dos 38 municípios que compõem a região de Campinas, 32 (84,21%) apresentaram casos de sarampo. A distribuição dos casos e os coeficientes de incidência foram os seguintes, como mostra a TABELA 7:

TABELA 7. Casos de sarampo confirmados e coeficiente de incidência (C.I.), por microrregião, região de Campinas/SP, 1997

MICRORREGIÃO	CASOS	C.I.
Amparo	21	12,59
Bragança Paulista	58	20,11
Campinas	734	37,70
Jundiaí	320	54,38
Total	**1.133**	**37,89**

Fonte: CVE/SES/SP

Observa-se que o número absoluto de casos foi maior na microrregião de Campinas. Na microrregião de Jundiaí, o CI foi maior. Isto pode ser explicado pela proximidade desta última com a Grande São Paulo, caracterizando a expansão da epidemia para os municípios mais próximos da região mais afetada do Estado (VILELA *et al.*, 1998). Quase todos os municípios da microrregião de Jundiaí (80%) tiveram coeficientes de incidência acima de 40 por 100 mil habitantes. Não houve heterogeneidade na distribuição dos coeficientes gerais de incidência nos municípios da microrregião.

Na microrregião de Campinas, essas diferenças entre os municípios foram mais marcantes, sendo que alguns apresentaram maior risco para a doença, por exemplo, Cosmópolis, que apresentou um CI de 167,38 por 100 mil habitantes, seguido de Paulínia, com coeficiente de 130 por 100 mil hab. Em ordem decrescente de valores, seguem Sumaré, com 66,17 por 100 mil habitantes e Hortolândia, com 55,36 por 100 mil habitantes. Esses dois últimos municípios citados, assim como Campo Limpo Paulista e Várzea Paulista, caracterizam-se por serem muito próximos aos municípios pólos da microrregião e, ainda, serem considerados 'cidades-dormitório', com crescimento urbano desordenado, altas taxas de migração e bolsões de miséria. O município de Cosmópolis apresenta uma característica peculiar dos demais municípios da região, pois possui uma população flutuante, atraída pelo corte de cana. O município de Paulínia, vizinho a Cosmópolis, concentra grande número de trabalhadores petroleiros em uma das maiores refinarias do país, a REPLAN (SES, 1997g).

Os demais municípios apresentaram perfil semelhante ao da microrregião, sendo que 40% deles apresentaram coeficientes de incidência com valores abaixo de 20 por 100 mil habitantes.

Na microrregião de Bragança, chamam a atenção, pelo alto CI, o município de Pinhalzinho, com 95,94 por 100 mil habitantes, e Bom Jesus dos Perdões, com 72, 14 por 100 mil habitantes. Do total dos municípios, 80% apresentaram casos de sarampo.

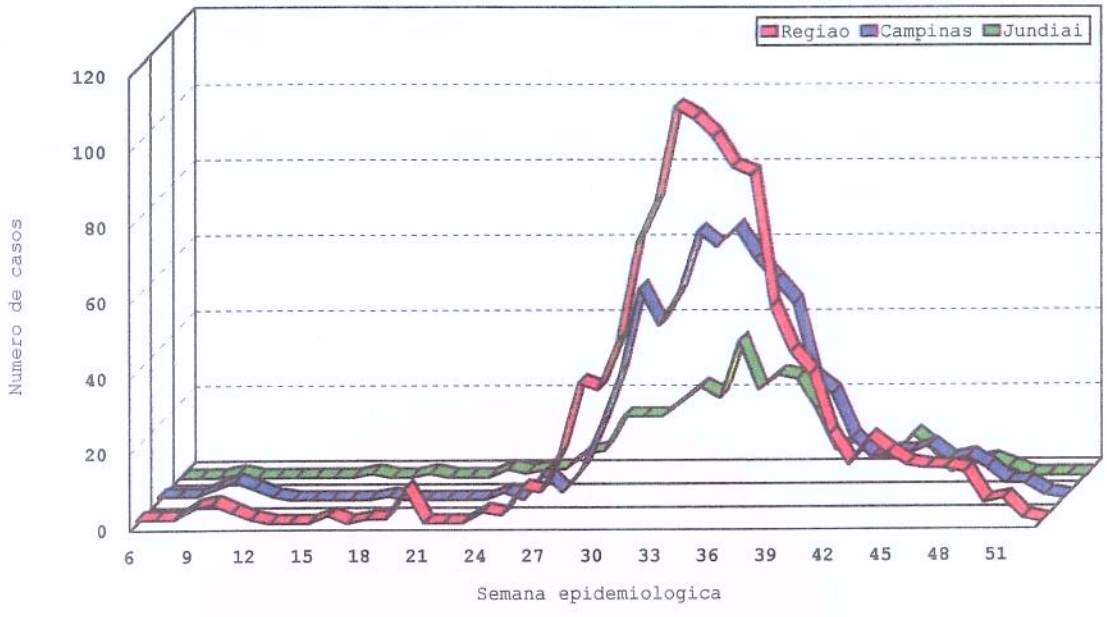
Na microrregião de Amparo, o único município com coeficiente mais elevado foi Monte Alegre do Sul, com 49 por 100 mil habitantes. Do total da microrregião, 57% dos municípios apresentaram casos de sarampo.

Deve-se fazer uma ressalva quanto aos municípios com coeficientes mais altos das microrregiões de Amparo e Bragança. São municípios pequenos, com população em torno de 10 mil habitantes. Mesmo usando-se o indicador CI para efeito de comparação com os demais, nesses casos pode haver prejuízo da análise, pois há uma instabilidade do indicador, devido ao número absoluto muito pequeno. Será detalhada, a seguir, para esses municípios com valores de coeficientes mais altos, a distribuição por faixa etária, o que pode melhorar a avaliação da epidemia nesses locais.

Para uma análise mais aprofundada da diferença na distribuição dos casos em uma determinada área geográfica, devem ser considerados vários fatores. Entre eles, estão as próprias medidas adotadas para o controle da epidemia nos vários municípios. Esse, porém, não é o objeto deste trabalho de investigação, nem tampouco a análise mais individualizada dos casos para obtenção das informações sobre o risco de adoecimento. No entanto, essa descrição detalhada das variáveis relacionadas à distribuição dos casos no espaço, no tempo e nas pessoas, pode trazer indicações importantes para essa análise das diferenças encontradas, principalmente nas questões ligadas à organização da rede de serviços, particularmente a rede básica, e da dinâmica social e econômica das regiões estudadas.

Em relação à distribuição dos casos no tempo, a epidemia na região de Campinas teve início no mês de fevereiro de 1997, com dois casos confirmados em Campinas. Ambos os casos ocorreram em adultos, na faixa etária de 20 anos. O primeiro deles foi 'importado' do município de São Paulo. Esses dois primeiros casos não tiveram relação um com o outro. A situação foi controlada, e novo surto apareceu no mês de março, no município de Vinhedo, também acometendo adultos jovens. Não ficou esclarecida a fonte de infecção do primeiro caso naquele município, porém, sabe-se que estava relacionado a um encontro de caráter religioso que reuniu muitas pessoas de várias cidades, inclusive de Guarulhos, município da Grande São Paulo que apresentava naquele momento o maior número de casos da doença.

A epidemia de Vinhedo foi controlada e o vírus voltou a circular na região no mês de maio, principalmente na microrregião de Jundiaí, e em seguida na microrregião de Campinas, conforme apresentado na FIGURA 3.



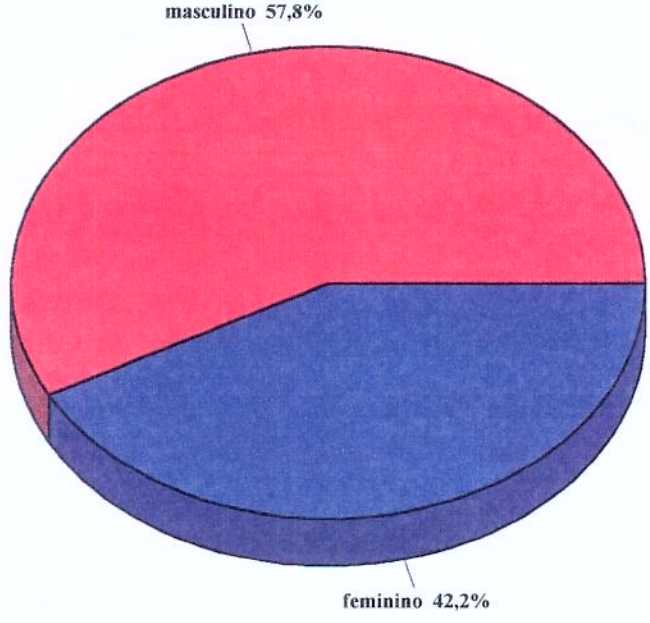
Fonte: CVE/SP/SP

FIGURA 3. Casos confirmados de sarampo na região de Campinas e microrregiões, segundo semana epidemiológica, 1997

As duas microrregiões apresentaram padrões diferentes, sendo a curva de Jundiaí de progressão mais lenta, e a de Campinas mais abrupta, esta última definindo o perfil epidemiológico da região como um todo. O período de crescimento dos casos ocorreu por volta da semana epidemiológica 28 (início de julho), diferentemente do ocorrido na Grande São Paulo, na qual esse crescimento se deu na semana 25. O pico epidêmico ocorreu na semana 36 (final de agosto de 1997). Na região da Grande São Paulo, o pico ocorreu por volta da semana 35 (VILELA *et al.*, 1998; SES, 1998a).

Uma queda acentuada na incidência dos casos deu-se a partir da semana 37, três semanas após a realização da campanha de vacinação indiscriminada contra o sarampo, para os menores de cinco anos. Esse perfil de queda é semelhante ao ocorrido no restante do Estado. Percebe-se, também, que foi mantida a sazonalidade da doença, de acordo com o padrão epidemiológico do sarampo. Uma pequena elevação no número de casos ocorreu em meados da primavera, na microrregião de Campinas (VILELA, 1998; SES, 1998a).

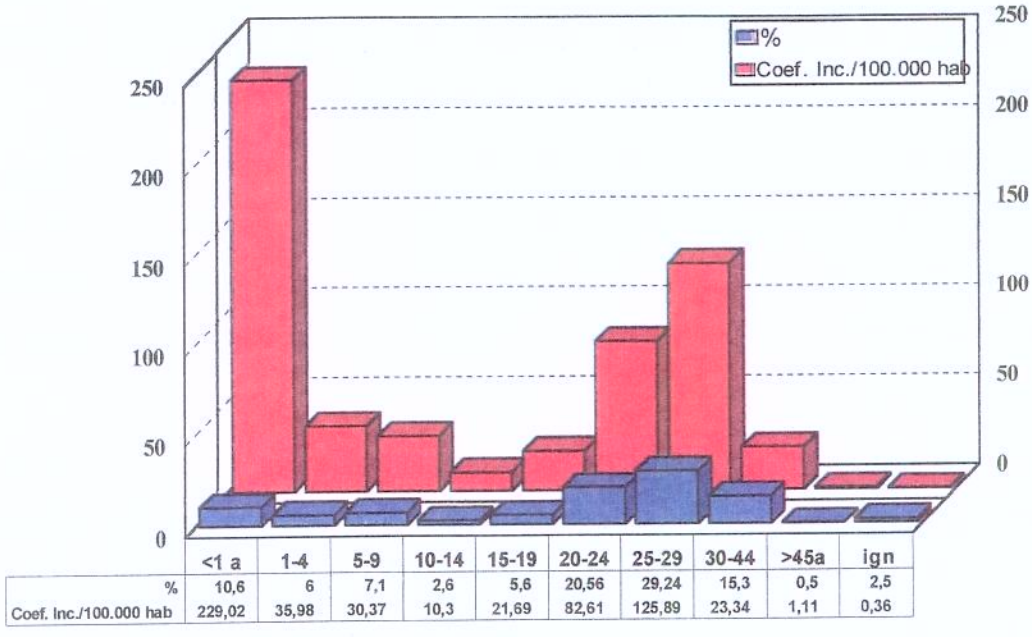
Analisando-se a epidemia conforme sua distribuição nas pessoas, o sexo masculino foi mais atingido que o feminino, proporcionalmente, conforme observado na FIGURA 4. Essa diferença foi também descrita por outros autores, principalmente na faixa etária entre 20 e 29 anos (MELLO *et al.*, 1998; BARAN *et al.*, 1998). Outro autor encontrou maior percentual no sexo feminino, em uma epidemia no Ceará, também em 1997 (GONÇALVES, 1998).



Fonte: CVE/SES/SP

FIGURA 4. Casos confirmados de sarampo na região de Campinas, segundo o sexo, 1997

Em relação à variável faixa etária, de fundamental importância para analisar o impacto das medidas de controle da doença, comparando-se esta epidemia de sarampo com outras ocorridas no Estado de São Paulo, houve deslocamento da faixa etária acometida. A maioria dos suscetíveis encontrava-se no grupo entre 20 e 29 anos, mais particularmente entre os maiores de 25 anos. O maior risco, porém, ocorreu nos menores de um ano, seguido do grupo de 20 a 29 anos, conforme os coeficientes de incidência apresentados na FIGURA 5.



	<1 a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-44	>45a	ign
%	10,6	6	7,1	2,6	5,6	20,56	29,24	15,3	0,5	2,5
Coef. Inc./100.000 hab	229,02	35,98	30,37	10,3	21,69	82,61	125,89	23,34	1,11	0,36

Fonte: CVE/SES/SP

FIGURA 5. Coeficiente de incidência (100.000 hab) e percentual de casos confirmados de sarampo na região de Campinas, segundo a faixa etária, 1997

Outro aspecto chama a atenção quando se analisa o grupo de menores de um ano. Do total de 120 casos na região de Campinas, 47,5% foram em crianças do grupo de um a seis meses de vida. Isso sugere a possível baixa proteção conferida pelos anticorpos maternos. Provavelmente, essas mães adquiriram proteção pela vacina e não pela doença. Alguns estudos têm demonstrado que a duração dessa proteção conferida pela vacina é menor do que a de mães imunes pela doença, conforme discutido nesse capítulo, no item imunização. As crianças entre nove e 11 meses representaram 26,6% dos casos nesse grupo etário.

Comparando-se a distribuição por idade na região de Campinas com o perfil da Grande São Paulo, percebe-se que o risco para os menores de um ano foi muito menor na região de Campinas. Enquanto na Grande São Paulo o CI para esse grupo etário foi de 984 por 100 mil habitantes, na região foi de 226,68 por 100 mil habitantes. O CI para os menores de um ano foi duas vezes maior que o segundo maior CI, o do grupo etário de 25 e 29 anos, o que também é diferente do observado para a Grande São Paulo, na qual essa

diferença é de nove vezes maior. O CI para o grupo etário de um a quatro anos, na Grande São Paulo, foi maior se comparado com o da região, sendo, no primeiro, superior a 80 por 100 mil habitantes e, na região, de 35,32 por 100 mil habitantes (SES, 1998c).

A explicação para essas diferenças deveria ser melhor aprofundada, porém, é possível arriscar que tenha ligação com as medidas de controle adotadas para conter a epidemia. Em uma região onde o número absoluto de casos foi menor, a agilidade na adoção das medidas de controle pode ter alterado o perfil epidêmico em uma doença aguda e de avanço rápido como o sarampo (SES, 1998c).

Essa tendência de deslocamento para faixas etárias mais elevadas, já era esperada e ocorrera nas últimas epidemias do final da década de 80 e início dos anos 90, com elevação da porcentagem dos maiores de 15 anos. Esse perfil epidêmico não é diferente de outras epidemias de sarampo ocorridas em outros lugares do mundo, conforme descrito em capítulos anteriores. Esse fenômeno ocorre quando há baixa circulação do vírus, em regiões onde a cobertura vacinal é relativamente elevada.

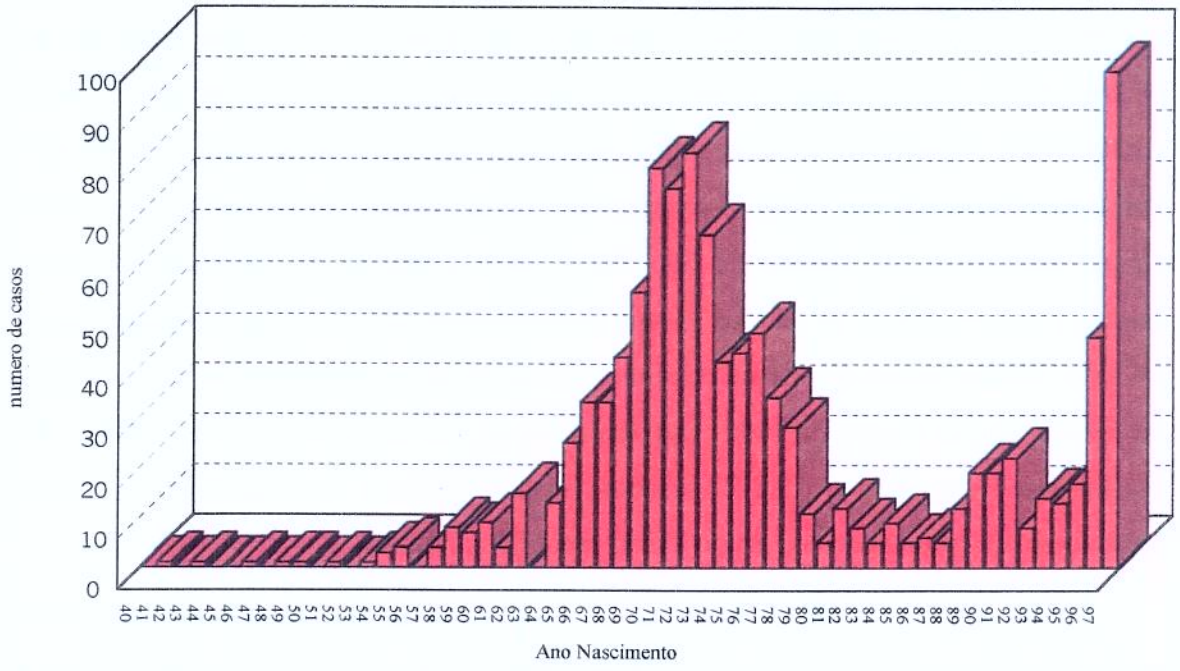
É importante lembrar também que, além da vacinação de rotina, as estratégias adotadas para controle do sarampo, em 1987, com a vacinação de todas as crianças menores de 14 anos e novamente em 1992, quando se vacinaram todos os menores de dez anos, garantiram um estoque relativamente alto de crianças, adolescentes e adultos jovens imunes ao vírus do sarampo. Nas faixas etárias mais elevadas, acima de 30 anos, a maioria obteve imunidade em virtude da doença ocorrida na infância, em um momento em que o acesso à vacinação era inexistente ou as vacinas eram de qualidade duvidosa.

Por outro lado, as crianças nascidas a partir de 1992 só tiveram a oportunidade de imunização pela proteção rápida dos anticorpos maternos até meados dos primeiros meses de vida, para aqueles que foram amamentados ao peito, ou pela imunização ativa contra o sarampo, que é a vacina aplicada aos nove meses e, mais tarde, com um ano e três meses. Se as coberturas vacinais de rotina não são adequadas, ou seja, acima de 95%, existe a cada ano um acúmulo de suscetíveis em cada coorte de nascidos. Some-se a isso as crianças vacinadas que não adquirem imunidade. Quando essa coorte de suscetíveis torna-se igual a uma coorte de nascidos, rompe-se a 'barreira de proteção' ou a imunidade de grupo ("herd immunity") e ocorre a volta da circulação viral de forma epidêmica (SES, 1998 c).

O outro grupo de suscetíveis, os adultos jovens, particularmente os nascidos a partir do início da década de 70, só foram vacinados na rotina, em um período no qual as coberturas vacinais eram muito baixas (abaixo ou em torno de 50%). Esse grupo não sofreu nenhum tipo de intervenção de imunização em massa, por exemplo, quando crianças ou adolescentes. Uma parte teve sarampo, provavelmente, porém, em um período no qual diminuíra a circulação do vírus, se comparado com as décadas anteriores. Estudos feitos em alguns municípios do Estado de São Paulo para avaliação da resposta sorológica ao sarampo nesses grupos de adultos jovens demonstraram um perfil de imunidade da ordem de 95%. Mesmo assim, o estoque de suscetíveis nesse grupo representava para a população do Estado de São Paulo, em 1997, algo em torno de 700 mil pessoas (SES, 1998 a). Para a região, isso representava 13.225 pessoas, sendo 4.130 só do município de Campinas, levando-se em conta apenas o grupo etário entre 25 e 29 anos.

Esse resgate de alguns aspectos da epidemiologia do sarampo é importante para explicar a distribuição da doença nas faixas etárias com maior CI. Esse mecanismo pode ficar mais claro com a visualização dos casos de acordo com o ano de nascimento e as intervenções que foram realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de acordo com a FIGURA 6.

Um outro aspecto importante sobre a distribuição dos casos por idade diz respeito às diferenças entre os vários municípios das distintas microrregiões. Assim como já foi apresentado anteriormente sobre a distribuição geográfica da doença na região, um olhar mais atento sobre a distribuição por idade pode revelar diferenças importantes e trazer maior riqueza à análise dos dados.



Fonte: CVE/SES/SP

FIGURA 6. Casos confirmados de sarampo na região de Campinas, segundo o ano de nascimento, 1997

Na microrregião de Jundiaí, analisando-se os coeficientes de incidência por faixa etária, o risco maior foi no grupo de adultos jovens. Chamam a atenção, porém, alguns coeficientes em menores de um ano, no grupo de pré-escolares e de escolares, principalmente nos municípios de Jundiaí, Campo Limpo e Várzea Paulista. No primeiro, os coeficientes de incidência de todas as faixas etárias que compõem o grupo de menores de nove anos foram duas vezes maiores do que para a região como um todo. Reproduzem, também, o perfil da região em relação aos menores de um ano, no qual a ocorrência maior foi entre os menores de oito meses, ainda fora da idade recomendada para a vacinação de rotina. No segundo município, com exceção dos menores de um ano, reproduziu-se o mesmo perfil apresentado em Jundiaí, para as crianças menores de nove anos. E o último, que apresentou risco menor para os escolares, comparado a Jundiaí e Campo Limpo, ainda assim foi superior ao risco da região para aquele grupo etário.

Na microrregião de Bragança Paulista, o município pólo teve perfil semelhante ao da região ou, em alguns casos, coeficientes de incidência menores para algumas faixas etárias. O único grupo, cujo CI está acima daquele da região, é o de crianças entre um e quatro anos. Dos outros municípios que apresentaram coeficientes gerais de incidência maiores, já citados anteriormente, merece destaque Pinhalzinho, que teve um CI dez vezes maior do que a região para a faixa etária entre cinco e nove anos, grupo em que se esperava um número menor de suscetíveis, em função da vacinação de rotina e de campanhas.

Na microrregião de Amparo, no único município com coeficiente geral de incidência mais elevado, que é Monte Alegre do Sul, curiosamente a incidência foi apenas em maiores de 30 anos, totalmente diferente da região.

Na microrregião de Campinas, da mesma forma que para o coeficiente geral de incidência, a distribuição por faixa etária apresentou-se de forma bastante heterogênea. Os municípios de Sumaré e Hortolândia tiveram perfil semelhante, com coeficientes de incidência bem mais altos que os da região, para as crianças menores de nove anos. Hortolândia apresentou um CI de 500 por 100 mil habitantes para os menores de um ano e Sumaré de 384,82 por 100 mil habitantes, para essa mesma faixa etária. Em relação ao grupo de crianças entre um e nove anos, Hortolândia apresentou um risco de adoecer duas vezes mais alto, se comparado à região. Sumaré teve perfil semelhante para o grupo entre cinco e nove anos.

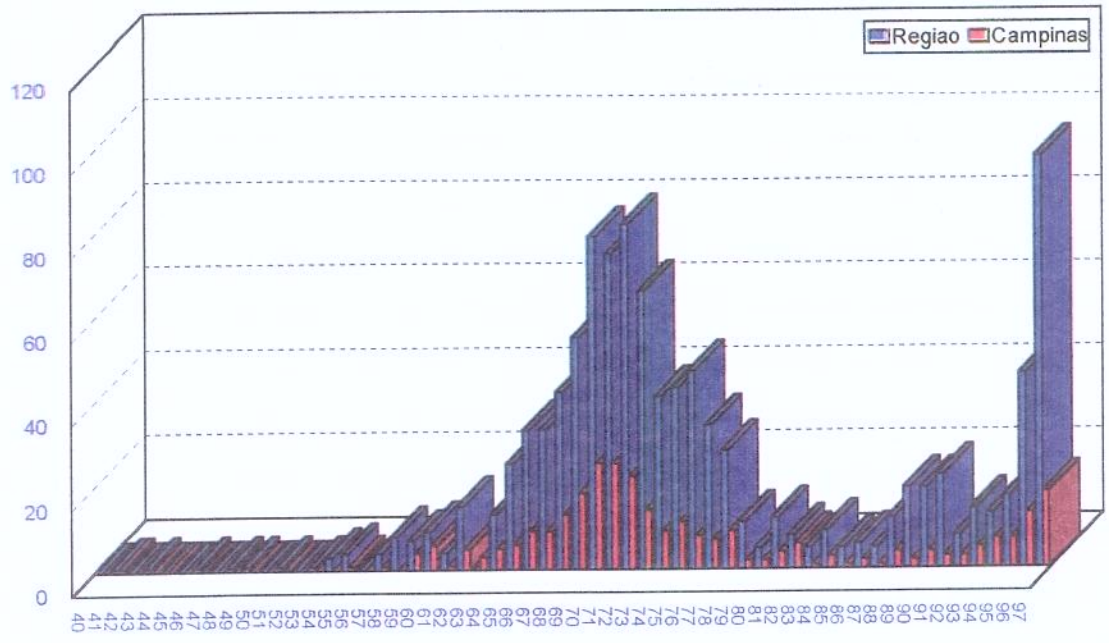
Os municípios de Paulínia e Cosmópolis merecem também uma reflexão mais aprofundada sobre a distribuição por faixa etária e sexo. O primeiro apresentou risco de adoecer para quase todas as faixas etárias. Chama a atenção o CI em menores de um ano, e o de um a quatro anos ter sido quatro vezes maior do que a região, sendo os mais altos coeficientes para as respectivas faixas etárias em toda a região de Campinas. Para os maiores de 20 anos, o coeficiente também foi duas vezes maior, caso seja feita a comparação com os demais municípios. É interessante notar também que a distribuição por sexo, naquele município, teve um perfil diferenciado, sendo 72,9% para o sexo masculino e 27,1% para o feminino. Isto representou a maior exposição ao vírus do sarampo pelos homens, principalmente no ambiente de trabalho. Além do fato da aglomeração no

ambiente de trabalho, pesa aí a origem desses suscetíveis, provavelmente de áreas com baixas coberturas vacinais, em especial áreas rurais (SES, 1998f).

O município de Cosmópolis apresentou o mais alto CI para a faixa etária entre 20 e 29 anos e entre 30 e 45 anos, sendo respectivamente 473,72 e 188,54 por 100 mil habitantes. Para esta última faixa etária, o risco foi oito vezes maior do que para a região. Isto pode indicar um acúmulo de suscetíveis nesse grupo, que podem estar representados principalmente pelos migrantes que vêm de áreas de baixa cobertura vacinal. A incidência no sexo masculino nesse município também foi maior, se comparado com o perfil da região, sendo 61% e 39% para homens e mulheres, respectivamente. A faixa etária entre cinco e nove anos apresentou também coeficiente maior, sendo de 181,95 por 100 mil habitantes, seis vezes maior que o da região.

O município de Campinas e o Distrito de Saúde Sudoeste serão agora mais detalhados, pois são partes da área estudada neste trabalho de investigação. Em relação à distribuição por idade, o município difere da região em alguns aspectos. O CI para os menores de um ano foi muito semelhante ao da faixa etária entre 25 e 29 anos, sendo 149, 79 e 124,72 por 100 mil habitantes, respectivamente. Entre os menores de um ano, 35% dos casos referem-se a crianças acima de nove meses; 52% foram em crianças menores de seis meses, reproduzindo aquela tendência de ocorrência da doença em lactentes, teoricamente. A faixa etária entre um e quatro anos apresentou um risco maior de adoecer, sendo o CI próximo de 50 por 100 mil habitantes. O CI do grupo etário entre 20 e 24 anos foi menor, sendo de 56,83 por 100 mil habitantes, o que reforça a existência de um estoque maior de imunes nesse grupo etário, alvo da campanha de vacinação indiscriminada contra sarampo ocorrida no Estado, em 1987.

A FIGURA 7 compara as curvas de ocorrência do sarampo na região e no município de Campinas, segundo o ano de nascimento, nas quais se visualizam com maior clareza as coortes de suscetíveis.



Fonte: CVE/SES/SP

FIGURA 7. Casos confirmados de sarampo na região e no município Campinas segundo o ano de nascimento, 1997

Se detalharmos, porém, a distribuição dos casos por faixa etária nos vários distritos de saúde do município, algumas diferenças importantes aparecem, e isso será detalhado um pouco mais adiante.

Aqui vale um parêntesis sobre os bancos de dados utilizados neste estudo, que, apesar de estarem contidos no capítulo sobre a metodologia, vale a pena relembrar. Para a análise dos dados referentes ao município de Campinas, utilizaram-se dois bancos de dados. O banco oficial está mais completo em relação ao número de casos, porém, faltam informações mais detalhadas sobre a ocorrência destes nas várias regiões da cidade. Nesse aspecto, o banco de dados do município é bastante detalhado, o que obedece a uma lógica correta, pois só no nível local do sistema de vigilância epidemiológica interessam e são fundamentais as informações da distribuição por regiões da cidade e por área de abrangência das unidades básicas de saúde.

A diferença no número de casos (5%) talvez possa ser explicada por alguns fatores, quais sejam: uma parte pequena dos casos de Campinas no banco oficial, na verdade, podem se referir a outros municípios, pois são casos de pacientes que informam endereços de bairros vizinhos, porém, não pertencentes ao município de Campinas. O outro aspecto pode ser o seguinte: como o município de Campinas já descentralizou o sistema de vigilância epidemiológica para a rede há algum tempo, pode parte das fichas estar nos distritos de saúde ou regionais de saúde aguardando alguma informação complementar, só enviando-as ao nível central do município quando realmente completas. Uma vez que a necessidade do envio da ficha epidemiológica oficial já fora 'cumprido', as regionais talvez se desobriguem do envio da ficha SINAN ao nível central do município, em prazos mais curtos. Outra questão que deve ser levada em conta é que possa ter ocorrido a classificação final de alguns casos de maneira distinta, a exemplo do que ocorrera em anos anteriores.

Essas são hipóteses precisariam ser melhor avaliadas. Foram baseadas em uma análise rápida dos bancos de dados, para posterior decisão do uso dos mesmos pelo pesquisador. Por exemplo, comparando-se o preenchimento de alguns campos importantes da ficha epidemiológica, tais como "ser ou não vacinado contra sarampo", "internação", "deslocamento", "data de início" de alguns sintomas, os dados referentes ao município de Campinas no banco oficial apresentam porcentagem maior de ignorados ou não informados, se comparados ao município de Jundiaí, o segundo maior da região. Quando se observa, porém, o banco de dados do município para essas informações, a porcentagem de dados completos ou próximos de 100%, para esses mesmos campos, aumenta consideravelmente.

De qualquer modo, para as variáveis aqui apresentadas, avaliou-se que a diferença nos números não comprometeria a análise da situação epidemiológica do sarampo em 1997, no município de Campinas. O banco do município foi utilizado por ocasião da análise para as cinco regiões da cidade, em especial o Distrito de Saúde Sudoeste. As ressalvas aqui apontadas servem mais como elemento de avaliação, superficial, diga-se de passagem, do sistema de vigilância epidemiológica e da qualidade dos dados, que precisariam ser melhor investigados.

Voltando ao município de Campinas, há um registro de 1.044 casos notificados no banco de dados do Centro de Vigilância Epidemiológica, sendo 311 confirmados, com CI de 33,83/100 mil habitantes, e 248 casos compatíveis, sendo o CI de 26,98 por 100 mil habitantes.

De acordo com o banco de dados do município, a distribuição dos casos confirmados, de acordo com o Distrito de Saúde de residência, é o que mostra a TABELA 8.

TABELA 8. Número de casos de sarampo confirmados e coeficiente de incidência por 100.000 hab., por Distrito de Saúde de residência, Campinas/SP, 1997

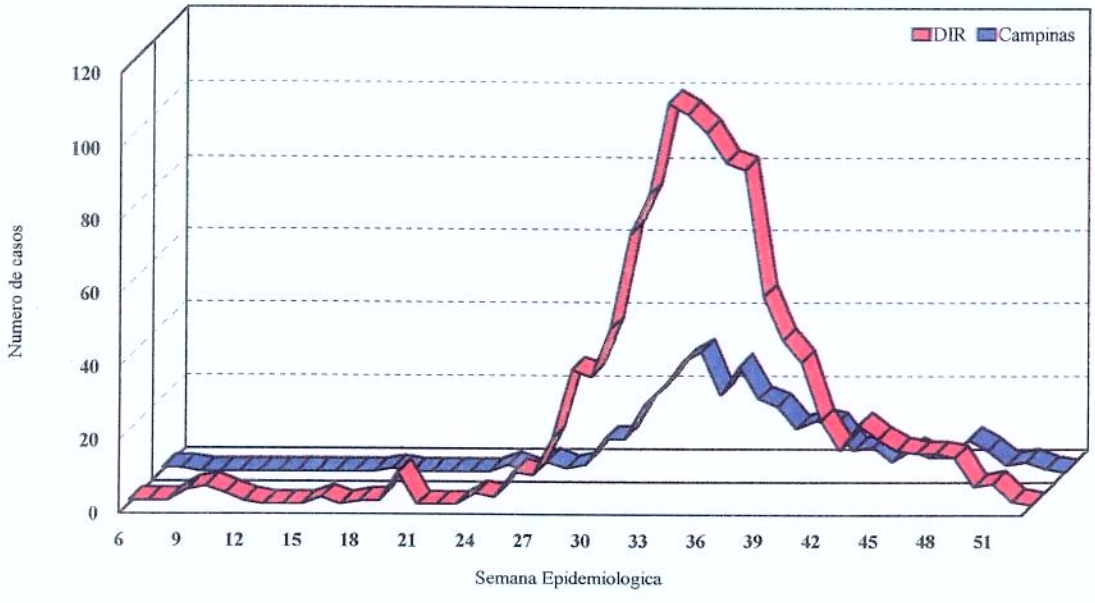
DISTRITO DE RESIDÊNCIA	NÚMERO DE CASOS	COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA
Norte	48	28,99
Sul	73	32,31
Leste	77	35,01
Sudoeste	57	31,84
Noroeste	29	21,62
Total	284	30,90

Fonte: COVISA/SMS/Campinas

Uma avaliação mais detalhada desta distribuição geográfica aponta para uma certa heterogeneidade, assim como na região de Campinas como um todo, se compararmos alguns coeficientes de incidência para alguns bairros. Na Região Leste, o Distrito de Sousas teve o maior CI, de 95,17 por 100 mil habitantes, e, na Região Sul, a área de abrangência do Centro de Saúde São José, com um coeficiente de 113,93 por 100 mil habitantes. Na Região Norte, a área de abrangência com maior número de casos foi a do Centro de Saúde Anchieta, que faz divisa com o município de Hortolândia. Em relação à Região Sudoeste, o maior CI foi na área de abrangência do Centro de Saúde São Cristóvão, seguida pelo Centro de Saúde DIC-I. A Região Sudoeste será discutida detalhadamente um pouco mais adiante.

Em relação à distribuição no tempo, a epidemia no município de Campinas teve início em meados de fevereiro, correspondendo aos dois primeiros casos da região como

um todo, conforme já descrito anteriormente. Voltou a apresentar um pequeno crescimento na semana 18 e o início do crescimento da curva foi a partir da semana 26. Tem o seu ápice na semana 36 e, a partir daí, inicia uma queda. Volta a ter um pequeno crescimento próximo da semana 49, já em novembro, conforme mostra a FIGURA 8.



Fonte: CVE/SES/SP

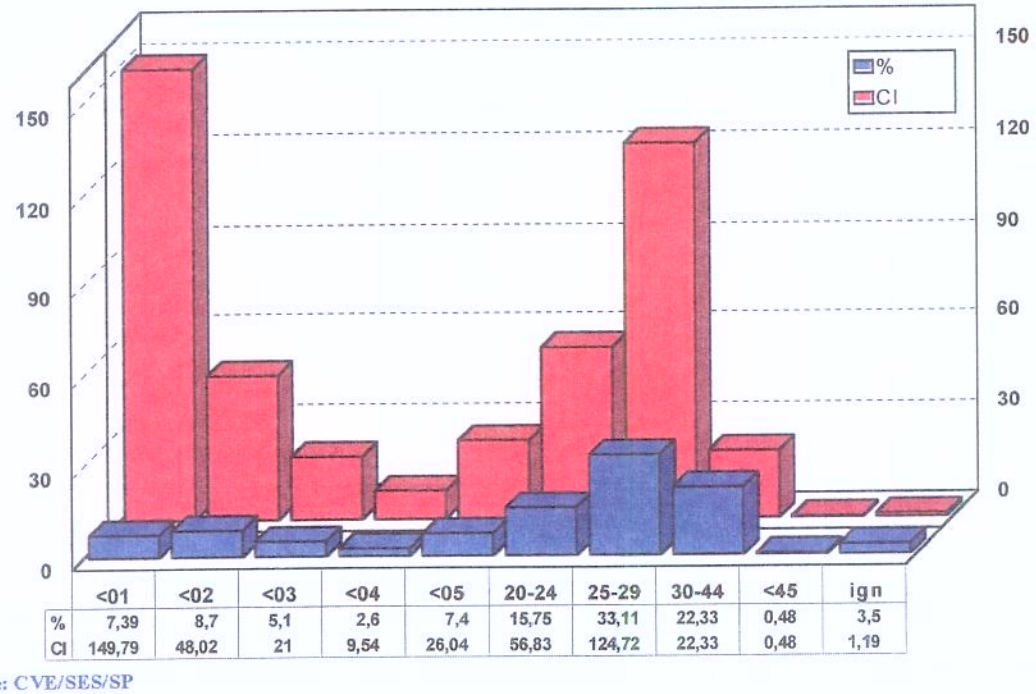
FIGURA 8. Casos confirmados de sarampo no município de Campinas, segundo semana epidemiológica, 1997

O início dos casos deu-se na Região Leste e, a partir da semana 25, o vírus iniciou a circulação na Região Sul. Observou-se um caso isolado também na Região Norte na semana 25. Os primeiros casos nas Regiões Sudoeste e Noroeste aconteceram na semana 29, quase um mês após o início de crescimento da curva epidêmica. Portanto, a epidemia cresceu com o início da transmissão na Região Sul.

Um aspecto interessante e que chama a atenção é quando se analisa a distribuição no **tempo**, de acordo com a variável **faixa etária**. O vírus iniciou a circulação pelos adultos, e atingiu a primeira criança suscetível de quatro anos já na semana 24. Volta a atingir crianças apenas na semana 29, sendo os primeiros em menores de seis meses e um de nove meses. Coincide, inclusive, com o crescimento da epidemia nas Regiões Sul, Sudoeste e Noroeste, áreas com grandes concentrações de favelas e bolsões de baixa cobertura. Ainda

sobre a distribuição por faixa etária, naquelas áreas de abrangência dos mesmos Centros de Saúde com coeficientes de incidência mais altos, é interessante observar algumas diferenças entre os números. O distrito de Sousas, por exemplo, apresenta um CI em menores de um ano muito elevado, de 879,76 por 100 mil habitantes, porém os suscetíveis eram crianças fora da faixa etária de imunização. No Centro de Saúde São José, por sua vez, com CI em menores de um ano de 625,97 por 100 mil habitantes, teve uma parte importante dos casos incidindo em crianças entre nove e 11 meses, portanto, dentro da faixa etária de vacinação.

É bastante elevado também o CI na área de abrangência deste último Centro de Saúde para a faixa etária de crianças entre um e quatro anos, de 118,03 por 100 mil habitantes, duas vezes e meia maior que o do município e quatro vezes maior do que o da região como um todo. A distribuição por faixa etária é apresentada na FIGURA 9.



	<01	<02	<03	<04	<05	20-24	25-29	30-44	<45	ign
%	7,39	8,7	5,1	2,6	7,4	15,75	33,11	22,33	0,48	3,5
CI	149,79	48,02	21	9,54	26,04	56,83	124,72	22,33	0,48	1,19

fonte: CVE/SES/SP

FIGURA 9. Coeficiente de incidência e percentual de casos confirmados de sarampo no município de Campinas, segundo faixa etária, 1997

Ainda quanto à distribuição nas pessoas, no município de Campinas, o sexo masculino representou 55,9% dos casos e as mulheres 44,1%, portanto, semelhante ao observado na região como um todo.

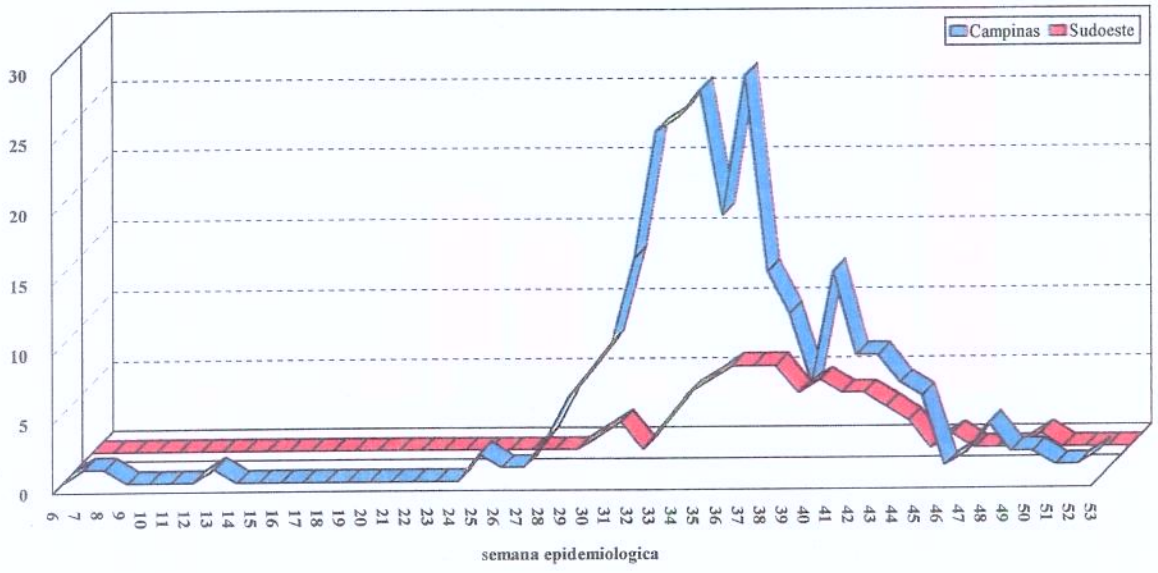
Na região do Distrito de Saúde Sudoeste foram notificados 168 casos, sendo 57 confirmados, 86 descartados, um compatível e 24 casos com diagnóstico inconclusivo no banco de dados. Na TABELA 9 estão apresentados os casos distribuídos de acordo com a área de abrangência dos Centros de Saúde da região.

TABELA 9. Casos de sarampo confirmados e coeficiente de incidência (C.I.) por 100.000 habitantes segundo a área de abrangência dos Centros de Saúde, Distrito de Saúde Sudoeste, Campinas/SP, 1997

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	NÚMERO DE CASOS	C.I.
CS Santa Lúcia	7	25,92
CS Aeroporto	3	14,75
CS T. Neves	4	18,76
CS Vista Alegre	13	38,83
CS Capivari	4	21,67
CS DIC I	11	56,39
CS DIC III	5	22,65
CS São Cristóvão	10	65,48
Total	**57**	**31,84**

Fonte: COVISA/SMS/Campinas

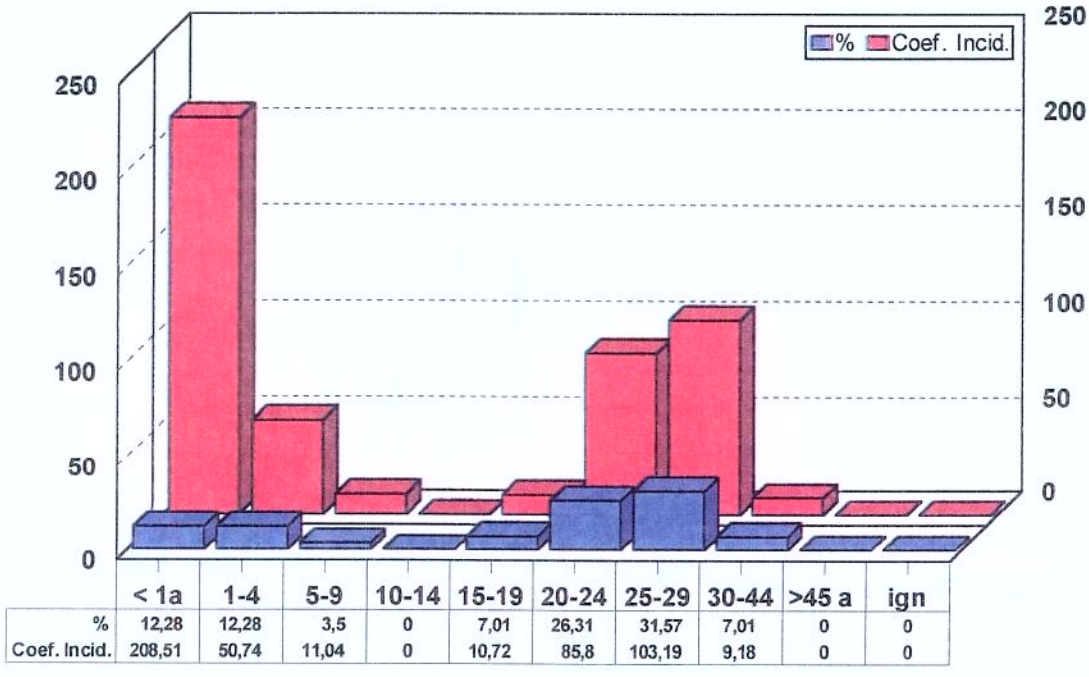
A distribuição no tempo ocorreu a partir da semana 29, e teve seu pico na semana 34. Diferente do perfil da região, a curva apresenta um 'platô' sem queda abrupta dos casos, conforme apresentado na FIGURA 10. O primeiro caso confirmado foi em um adulto morador do bairro Vida Nova, da área de abrangência do Centro de Saúde Vista Alegre. Os dados sugerem que o vírus começou a circular a partir desta área, prioritariamente em adultos, expandindo-se em seguida para as outras áreas. O primeiro caso confirmado em criança (de quatro anos) foi na semana 33, em torno da segunda quinzena de agosto. A dúvida é se circulava em crianças e não foi feito diagnóstico de sarampo.



COVISA/SMS/Campinas

FIGURA 10. Casos confirmados de sarampo no município e Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas, segundo semana epidemiológica, 1997

Em relação à distribuição por idade, o CI dos menores de um ano é mais alto do que o do município, sendo de 208,51 por 100 mil habitantes. O coeficiente para a faixa etária de um a quatro anos é semelhante ao do município de Campinas, sendo de 50,74 por 100 mil habitantes. Nos adultos, tanto aqueles entre 20 e 24 anos, quanto os maiores de 25 até 29, houve diferença do perfil do município, sendo muito similares, com 85,80 e 103,19, respectivamente, conforme apresentado na FIGURA 11.



Fonte: COVISA/SMS/Campinas

FIGURA 11. Coeficiente de incidência e percentual de casos de sarampo confirmados no Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas, segundo faixa etária, 1997

Também observou-se heterogeneidade na distribuição por faixa etária, de acordo com bairros de residência dos casos. Nas áreas consideradas como os 'bairros nobres' da Sudoeste, é interessante observar que os coeficientes de incidência foram mais altos nos adultos. O Tancredo Neves, por exemplo, teve um coeficiente alto em menores de um ano, porém, todos fora da faixa etária de vacinação. Nenhum caso em adulto foi registrado. No bairro Aeroporto, nenhum caso foi registrado em crianças, só em adultos acima de 25 anos. No Santa Lúcia, os sete casos foram também em adultos, entre 20 e 35 anos.

Um perfil um pouco diferente desses foi observado no Capivari, que não teve caso em adulto, mas apresentou o maior risco na faixa etária dos escolares, entre cinco e nove anos, com CI de 116,48, dez vezes mais alto do que na região da Sudoeste e do município como um todo. Ressalva deve ser feita nessa última análise, pois o número de casos é pequeno.

Os demais bairros, da área de favelas, invasões e bolsões de baixa cobertura, o perfil epidêmico é diferente, sendo, em geral, os coeficientes maiores entre os menores de um ano e um risco alto também entre o grupo de crianças entre um e quatro anos. Chama a atenção o São Cristóvão, com coeficiente de 789,47 por 100 mil para os menores de um ano, 69,06 para o grupo de um a quatro, e também alto o risco para os maiores de 25 anos, com 328,29 por 100 mil, três vezes mais alto do que o do município como um todo. Pode indicar aí também a presença de suscetíveis em populações migrantes.

O DIC-I apresentou risco de adoecer mais alto para quase todas as faixas etárias, sendo relevantes para o grupo de um a quatro com 136,33 por 100 mil habitantes, quase três vezes maior do que o do município. O DIC-III também tem esse perfil de risco para as crianças entre um e quatro anos, sendo o CI de 103,25 por 100 mil habitantes. O Vista Alegre teve um risco menor para os grupos de menores de um ano, entre um e quatro e os escolares, se comparado ao da Região Sudoeste. Isto, porém, com um risco um pouco maior para os adultos jovens, particularmente os entre 20 e 24 anos, com coeficiente de 188, 85 por 100 mil habitantes, quase três vezes maior que o da região Sudoeste e do município, indicando possível presença de migração recente.

Em relação à distribuição por sexo, o perfil da Região Sudoeste foi muito similar ao do município, sendo 56,1% masculino e 43,9 para o sexo feminino.

5. A CHECAGEM DAS HIPÓTESES

A reconstrução da história da epidemia a partir do material empírico

A seguir, as hipóteses elaboradas para tentar explicar a epidemia de sarampo de 1997 na região de Campinas serão checadas com base em material empírico levantado, ou seja, nas entrevistas e nos documentos pesquisados. É necessário destacar que esta reconstrução tem dois componentes: o primeiro é descritivo e tem compromisso com a 'objetividade', por ser baseado na análise documental. O segundo componente dessa reconstrução baseia-se mais no campo das 'explicações' elaboradas pelos atores em 'situação'. 'Situação', segundo Matus, "é a realidade explicada por ator que vive nela em função da ação" (Matus, 1987).

5.1. Hipótese 1: Desabastecimento do imunobiológico

O que revelaram as **entrevistas**:

Comentário dos depoimentos dos auxiliares de enfermagem das unidades básicas:

O grupo considera como principal causa da epidemia de sarampo a falta da vacina. Houve, também, um questionamento sobre a qualidade do imunobiológico, uma certa desconfiança da cadeia de frio, inclusive nos outros Estados. Como relacionam alguns casos com população migrante, acham que pode ter sido falha vacinal. A propósito de como o grupo fazia para resolver o problema da falta de vacina, lembrou-se o agendamento da vacina para alguns períodos ou dias da semana. Falaram que esse procedimento do agendamento continua e a explicação para isso é principalmente o medo de faltar a vacina e de não querer 'desperdiçar', quando o frasco é de dez doses, e eles têm que jogar o resto fora. Por isso o 'racionamento'. Não sabem explicar direito porque continua assim, acham que é porque não tem vacina para o mês inteiro. Não sabiam que o estoque da vacina contra sarampo já foi regularizado. Consideram que há falta de informação clara sobre esse assunto, de uma diretriz dos enfermeiros ou da regional. Surgiu uma discussão 'acalorada' no grupo sobre esse tema do 'agendamento' e da diminuição do acesso à vacina. Houve discordância sobre essa prática. Consideram que outros fatores podem interferir nessa diminuição do acesso, como, por exemplo, falta de profissionais ou profissionais treinados para a vacinação. Outro ponto polêmico surgiu quando o entrevistador questionou o grupo sobre o 'bom

senso' dos auxiliares da sala de vacina para avaliar a mãe 'confiável', ou seja, aquela que volta depois para vacinar quando você a dispensa e marca outro data para o retorno.

A seguir, alguns trechos dos depoimentos:

"Falta de vacina... coincidiu, não sei se você lembra, naquela época em 1997, faltou muita vacina também, 96 também faltou vacina, não só sarampo, como várias... DPT eu lembro, na época eu trabalhei na vacina, era um sufoco! De repente, chegava um pingo de vacina, aquele monte de gente procurando, a gente trabalhava que nem doido, e não dava... e o pessoal comentava:- oh: tá tendo sarampo, se prepara que daqui a pouco são outras coisas: rubéola, caxumba, tudo..."

"Ou é a qualidade da vacina?... esse controle é feito no Estado de São Paulo e nos outros Estados?"

" Acho que tem que fazer uma investigação da qualidade dessas vacinas..."

"...marcava dia pra poder vacinar o pessoal, uma ou duas vezes por semana..."

*"Quando eu agendava (*o retorno na unidade para as próximas doses)*, eu dava um jeito de coincidir com o dia que estava marcada a vacina do sarampo... se alguém aparecia fora de dia, eu vacinava e jogava fora..."*

"Aquele negócio de doses, dez doses, você marca o dia pra vacinar, eu acho meio complicado, será que é por causa do custo que não fazem dose única? Perde tanto!"

"Você vai vacinar uma por dia, só que dá dó jogar nove doses se você sabe que vai ficar sem... eles não vão te dar vacina pro mês inteiro..."

"...ainda tá assim, tá lá marcado no papel: vacina de sarampo, só de terça e quinta..."

"Hoje eu não sei como está, eu não estou mais lá, tem outras pessoas, eu continuo vendo o cartaz lá, mas eu não sei porque..."

"...mas continua frasco de dez doses, não continua?"

"Se abrir todo dia o sarampo, fica sem vacina no final do mês..."

"Eu acho é que tem mais é que abrir e fazer uma vacina, o certo era mandar dose individual, não mandam, então abre, o resto vai pro lixo... agora por que lá no meu posto

tá fazendo assim, no dela tá fazendo assim? ...Então não está indo, porque quando eu trabalhava na vacina não ia pro mês inteiro... está tendo contradição nas informações..."

*"...na realidade, quem vive a falta dela (*da vacina*) ou de viver aquele momento de dizer:- não tem essa vacina - somos nós... mas muitas vezes a gente acaba tomando atitudes que facilitam pra gente... talvez seja isso... eu não me lembro de alguém ter dado uma ordem: - dois dias por semana - não me lembro dessa ordem... também não estou mais na sala..."*

"É, acho que o pessoal fica com medo de faltar, algum dia vai ter problema".

"...eu acho que tem que ser todo dia, da hora que abre até a hora que fecha... o paciente chegou lá às sete horas da manhã ou sete horas da noite tem que ter vacina... tem que estar sempre lá pra ele, independente do dia e do horário... se você tivesse garantido 20 frascos por mês, você não iria jogar fora? Com certeza! Eu tenho vergonha de falar pra mãe assim: - olha a gente só faz de terça e quinta, volta tal dia! - ...tenho vergonha!"

"Eu não, porque a realidade do setor a gente vê... a pessoa que está ali é que vai viver, então é muito duro você jogar nove hoje, nove amanhã, nove depois e no dia seguinte você falar pra mãe: - oh, não tem.."

"Eu acho que o que regula a aplicação da vacina é um conjunto de coisas... tem isso que ela falou, lá no meu, por exemplo, a pessoa da vacina sai às três horas, nem sempre tem alguém preparado pra fazer... às vezes era o enfermeiro que não fazia ... era o horário, aí, vai abrir um frasco agora, então mandava a mãe voltar no dia seguinte, acho que essa coisa de racionalizar mesmo pra ter vacina o mês inteiro..."

"Na época que tava livre (quando não faltava), *eu fazia o cálculo de um frasco por dia, aí dava aquela quantidade de doses enorme...agora parece que tem que pedir pelo número de doses aplicadas..."*

"Eu só não abria se aquele fosse o último frasco ou se era uma pessoa confiável... a gente conhece a população... agora se é aquela mãe que está desde fevereiro em atraso, aí tem que dar um jeito... vou vacinar e correr atrás de vacina..."

"Olha, mas é uma realidade que às vezes me irritava... porque é assim, você agenda, você explica, você pede... aí você dá 15 dias, a pessoa não vem, você faz visita, tem mãe que mesmo que você agende, você não agende, você pega ela na campanha...Campanha deveria ter três vezes no ano!"

Sobre o 'bom senso':

"Não tem, porque não dá nem tempo.."

"Eu acho que a maioria tem... de 20 funcionários que você tem, duas ou uma não tem..."

"Eu tenho certeza que não funciona assim... o que eu vejo é um monte de funcionário mais preocupado com o horário de sair e de acusar as mães, que elas são umas 'forgada', quando elas chegam faltando dez minutos antes do horário de fechar o posto, por exemplo..."

"Eu acho assim, realmente o pessoal não se coloca no lugar dos pacientes...não é só pra vacina, é pra tudo..."

Comentário dos depoimentos dos enfermeiros das unidades básicas:

O grupo não considerou a falta de vacina entre as principais causas da epidemia de sarampo. Outras questões ligadas à imunização, entre elas o grande número de pessoas migrantes que vêm para Campinas sem às vezes nunca ter tomado vacina, foram muito lembradas. Assim como no grupo dos auxiliares de enfermagem, houve um questionamento sobre a qualidade do imunobiológico. Porém, não localizam o eventual problema da conservação do imunobiológico dentro da unidade básica, pois os auxiliares são bem treinados quando vão atuar na sala de vacina. O grupo também lembrou o problema do agendamento no período em que faltou vacina e do descrédito que o programa de imunização sofre com a falta. Consideram que isso foi equacionado, aparentemente desconhecendo que alguns auxiliares de enfermagem continuam realizando, por 'conta própria', o agendamento para a vacina contra o sarampo.

A seguir, alguns trechos dos depoimentos:

"Teve também a falta da vacina, quando foi mesmo? Foi antes de 97, acho que foi em 96...eu não lembro, eu não posso relacionar isso com o problema... pois não consigo me lembrar".

"Eu ouvi falar mesmo, acho que faltou e depois estourou a epidemia, não foi isso?"

"...você tenta falar pra mãe da importância de vacinar, aí a mãe chega lá, não tem o imunobiológico, cai no descrédito!"

"Hoje em dia você abre um frasco de sarampo, faz uma vacina e joga o resto fora... mas naquela época da falta de vacina, você tinha o dia certo pra vacinar sarampo... então o acesso era menor, a mãe tinha que voltar outro dia pra vacinar... era uma vez por semana..."

"Será que não tem problema mesmo com o imunobiológico, com a rede de frio? Não teve pessoas que tomaram a vacina e ficaram doentes?"

"Ainda tem muitos auxiliares na rede que não sabem ler termômetro de geladeira, mas se ele vai trabalhar na sala de vacina, eles já vão treinadinhos, portanto eu não acho que hoje a gente tenha problema com a rede de frio".

Comentário dos depoimentos dos coordenadores de unidades básicas de saúde:

Para os coordenadores, assim como para os enfermeiros, a falta do imunobiológico foi citada como possível causa da epidemia, porém, não como fator principal. Houve, nesse grupo, um questionamento maior sobre a conservação do imunobiológico, principalmente sobre o transporte da vacina até a unidade básica de saúde.

A seguir, alguns trechos dos depoimentos:

"...a gente teve que fazer agendamento, sim, da vacina...tinha dois ou três dias da semana que vacinava...parece que foi nessa época também que veio um comunicado do CVE, que era pra usar a vacina depois de diluída, por apenas seis horas... às vezes teve período que nem agendamento fazíamos, pois não tinha vacina mesmo, não tinha de quem emprestar, a criança chegava, você fazia as outras doses..."

"Dentro da unidade eu confio..."

"Até os coordenadores ficam preocupados, qualquer alteração já tomam as providências..."

"Eu questiono muito o transporte dessas vacinas..."

Comentário do depoimento do profissional do nível regional municipal (VISA SUDOESTE):

O 'desabastecimento' não foi relacionado pelo profissional o "desabastecimento" como causa da epidemia de sarampo. Quando se perguntou sobre como foi lidar com o problema da

diminuição do repasse de vacinas para a rede, a resposta foi que alguns coordenadores reclamaram, outros nem tanto, porém, as iniciativas para tentar resolver o problema, na verdade, consistiam em fazer o agendamento para racionalizar o uso e aguardar a solução do problema. Outras propostas, como cobrir bolsões de baixa cobertura com a vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba), por exemplo, não eram executadas por falta de tempo, disponibilidade. O agendamento para a aplicação da vacina contra o sarampo já era feito em algumas unidades básicas, mesmo antes de faltar vacina, em 1994. Um trabalho de convencimento foi feito para mudar essa prática, pois existia muita resistência dos profissionais. Logo em seguida, começou o desabastecimento da vacina. Considera que ainda hoje possa haver alguma unidade fazendo agendamento, não pela falta do imunobiológico, mas pela postura particular de alguns profissionais da sala de vacina, o que confirma a entrevista com os auxiliares de enfermagem.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"É, teve isso mesmo. Quando faltava, reclamavam... mas também como eles não saíam pra ir atrás de bolsões, não pesava tanto... eram poucas as unidades que cobravam mais... quando você dava uma solução, ela não vai ter perna pra fazer, então desiste... até o problema ser resolvido..."

"Acho que muito por conta dessa demanda que bate e que é maior do que eles podem acolher... Aí então não se busca outras coisas pra fazer... e é uma angústia muito grande deles de não conseguir dar conta do que batem na porta".

"Na verdade, quando eu cheguei (em 94, portanto, antes da epidemia), *eu comecei a ver que tinha algumas unidades que trabalhavam com agendamento, antes da falta da vacina... aí a gente ficou rebatendo... não, não, - mas aí vai faltar... Aí nós falávamos, quando começar a faltar, aí a gente vê como é que faz pra resolver... mas enquanto não falta, que justificativa a gente tem... aí foi o maior azar, pois quando a gente estava começando a acertar a situação, começou a faltar mesmo... aí algumas falavam: - não falei que ia começar a faltar se a gente fizesse isso? Agora não tem mais... algumas unidades continuam fazendo agendamento de BCG por causa do grupo de orientação das mães... eu não fui nesse último mês nas unidades pra ver... acredito até que por conta, não da vacina,*

mas das pessoas, do profissional da sala de vacina, deve ter alguém ainda agendando alguma coisa..."

Comentário do depoimento do profissional do nível central do município - CoViSA.

Sobre as causas da epidemia, este profissional refere-se ao acúmulo de suscetíveis, pela cobertura vacinal inadequada, porém, não dá destaque à falta ou ao desabastecimento do imunobiológico. As diretrizes para o município em relação ao acesso à vacina são: deixar a sala de vacina aberta o maior tempo possível, não fazer agendamento e tentar garantir sempre o abastecimento do imunobiológico. Acredita que, de um modo geral, a população está convencida da importância da vacinação.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

*"Então, a nossa cobertura (*a do município de Campinas*), ela não é 100%, chega a 80%, com algumas variações. A baixa cobertura é o problema que forma um "pool" de crianças que não são imunizadas, e também a imunização não se faz em todas as crianças vacinadas. A partir daí, começou a circular nas crianças de novo. Eu atribuo a isso, tecnicamente é isso. Falta de vacina, que eu me lembre, a gente não teve, a ponto de deflagrar uma epidemia, acho que a gente teve pouca falta de vacina ".*

"... eu acho que a coisa da vacina, ela é bem divulgada, as pessoas têm bastante consciência da importância de vacinar... isso tô falando bem geral... a estratégia nossa é de manter a porta da sala de vacina o mais aberta possível... quem chega não tenha que voltar outro dia ... manter o abastecimento do imunobiológico, evitar de faltar... os Centros de Saúde, os 40 e tantos que cobrem toda a cidade com vacina, a maioria deles em quase todos os períodos de atendimento... a gente não tem uma repressão de demanda pelo horário... geralmente a população tem bastante acesso..."

Comentário do depoimento do profissional do nível regional estadual (DIR XII)

A primeira causa apontada por esse profissional sobre a ocorrência da epidemia de sarampo de 1997 foi o desabastecimento da vacina contra o sarampo. Foi lembrada, também por esse profissional, a questão da falta da vacina DPT e o abalo que sofreu a credibilidade do programa de imunização, que era considerado o melhor estruturado dentro da Secretaria de

Saúde. Acredita que houve demora da Secretaria em resolver o problema, uma vez que houve problemas técnicos e administrativos no Ministério da Saúde. A regional sugeriu e alguns municípios adquiriram o imunobiológico, como forma de resolver o problema do desabastecimento.

A seguir, trechos do depoimento:

"Eu acho que a questão do desabastecimento da vacina foi uma coisa muito complicada... isso pesou muito... se você tem o imunobiológico que é supereficiente, principalmente pro sarampo grave, e que de repente falta essa vacina... e aí você começa a juntar um "pool" de suscetíveis... o vírus está circulando, o vírus não tinha parado de circular... a epidemia se instala...."

"...teve um período que começou a faltar tríplice... a gente até recomendava pros próprios municípios comprar, porque... a explicação que o CVE dava pra gente das DIRs era que tinha havido confusão no Ministério, na licitação e na compra da vacina... quando começou faltar vacina, que a gente começou a pedir a grade, e vinha cortado lá embaixo ou não tinha vacina mesmo, a gente se desesperava, olha! Os municípios estão aqui, estão querendo vacina...inclusive tinha confusão no Centro de Saúde, e teve bateção de panela... aí os pais que podiam, o que acontecia? Iam pras clínicas particulares, isso aconteceu e muito...inclusive teve assim um "boom" de abertura de clínicas...que a gente precisava estar fiscalizando, fazer supervisão e não conseguíamos... tipo assim, médico que levava o isopor pro consultório, vacina que você não sabia de onde ele pegou, teve confusão..."

"...porque, na realidade, a posição que a gente tinha da Secretaria de Estado da Saúde é que o problema era do Ministério da Saúde, pois havia pessoas no ministério, pessoal não sabia direito o que estava acontecendo ou esqueceram que precisava licitar e fazer a compra de vacina pra poder distribuir pra esse Brasil enorme... e a gente brigava muito com a secretaria, porque eu falava assim: - é uma vacina barata e o Estado de São Paulo é o mais rico... não tem justificativa ficar sem vacina... se o ministério não manda, o Estado que compre... coisas assim que não entravam na nossa cabeça, você desmontar o programa que melhor funcionava na secretaria... porque se você for ver o programa de imunização, era o melhor programa dentro da estrutura da secretaria... era o que tinha o maior controle... Já possui sistema de controle de eventos adversos, coisas assim, refinadas

mesmo... então o inconformismo de quem estava na regional (DIR) e principalmente de quem estava nos municípios, na ponta, no Centro de Saúde, porque é quem estava sofrendo a pressão da população... era uma coisa que a população acreditava...talvez uma das poucas coisas em se tratando de saúde, que a população acreditava, e que já estava colocado na cultura da população, mesmo da população de mais baixo nível cultural, que aquilo era importante, que vacina é importante... era uma coisa já condicionada...E aí, de repente, a vacina que é importante pro seu filho não ficar doente, não morrer, não tem no posto e você não tem grana pra ir pra uma clínica comprar... sabe, era uma angústia muito grande..."

"Teve município que comprou vacina... se está faltando vacina... eu cheguei a fazer reunião com alguns secretários de Saúde e falei assim, - oh, não tem vacina, está aqui o endereço do distribuidor, você vai lá e compra... um monte de municípios comprou vacina... porque você começa a ficar angustiado, você vê o problema, prevê o que vai acontecer, lógico... e fica com a mão amarrada... então eu acho que a gente tinha que ter acesso e possibilidade de resolver o problema diretamente com quem interessa, no caso com o distribuidor da vacina... e um pouco mais de autonomia pro nível local mesmo, o próprio município... você estar capacitando um pouco mais em vigilância os níveis centrais dos municípios... e esse pessoal ter mais poder de decisão de estar resolvendo o seu problema... acho que um dia a gente vai chegar nisso..."

Comentário do depoimento do profissional do nível central estadual (CVE)

Este profissional considera que a principal causa da epidemia foi a queda na cobertura vacinal, não ocasionada pela falta da vacina. Esta falta foi um problema adicional. Acredita que raramente as pessoas associam, na análise, o problema do desabastecimento com a ocorrência da epidemia.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"...ah, também a partir de 94, teve muita instabilidade no fornecimento de vacinas, não necessariamente a vacina do sarampo, mas outras vacinas faltando, a notícia que corre é: - tá faltando vacina no posto! - já não se procura porque tá faltando... então isso deve ter contribuído... agora, é sabido que no município de São Paulo as unidades

estaduais não aplicavam vacina todos os dias da semana ou todos os períodos do dia. Então isso também... agendamento pra BCG, vacina de sarampo é das oito até o meio-dia, porque está sem um funcionário... mas na verdade, pro usuário isso é um detalhe que ele não consegue diferenciar. Então se ele vai lá na quinta e está faltando vacina, ele não volta na sexta pra tentar de novo. Então são barreiras de acesso ao serviço..."

"... ter faltado vacina nos anos imediatamente anteriores à epidemia, raríssimas vezes é considerado na análise... nenhum serviço resiste a uma instabilidade e variabilidade tão grande na sua prestação de serviço: - um dia eu vou, funcionário faltou, outro dia não tem vacina, naquele dia não se aplica mesmo a vacina - essas coisas previstas, altas coberturas vacinais e a não-realização disso tem que se levar em conta... outra coisa que está acontecendo agora é a participação de clínicas privadas na imunização, está aumentando muito... isso sem a devida informação dos dados e controle do serviço público... a participação agora não é mais desprezível, é em torno de 25%..."

O que mostraram os **documentos:**

Na consulta ao banco de dados do CVE, constatou-se uma redução no número de doses aplicadas da vacina contra o sarampo, em 1996, de 1,8%, se comparado a 1994, e de 5,4%, se comparado a 1995 (ANEXO 7). A avaliação da cobertura vacinal já foi apresentada no capítulo 4, no item 'fase pré-epidêmica'. Logicamente é o dado que importa para avaliar o impacto do programa de imunização e de controle do sarampo na região. O objetivo aqui é demonstrar se houve ou não desabastecimento da vacina contra o sarampo, e o número de doses aplicadas é apenas mais uma das fontes consultadas.

A partir da consulta das 'Guias de Passagens de Bens" (GPBs), que são os documentos oficiais que acompanham os imunobiológicos que dão entrada no almoxarifado da Direção Regional de Saúde, DIR XII – Campinas, foi elaborado um quadro comparativo da entrada de vacinas contra sarampo e tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), em 1994, 1995 e 1996 (ANEXO 8).

É importante esclarecer que esse quadro diz respeito ao antigo ERSA 27 (microrregião de Campinas), pois o período analisado corresponde ao da reforma

administrativa do Estado, que ocorreu em 1995. Os documentos relativos ao Programa de Imunização permaneceram durante algum tempo com a denominação dos antigos ERSAS. A microrregião de Amparo está incluída no quantitativo de 1995 e 1996.

Levando-se em conta que a região de Amparo representava 10% do total de doses repassadas à região, a diminuição real do repasse da vacina contra o sarampo, para a microrregião de Campinas, foi da ordem de 14,8% para 1995 e de 16,7% em 1996, usando-se o ano referência de 1994, no qual não houve desabastecimento.

Comparando-se o número de doses enviadas por trimestre, percebe-se que no primeiro trimestre de 1996 houve redução de 63% no repasse do imunobiológico, se comparado a igual período de 1994. Pode ser observado, ainda, que houve concentração de doses enviadas no período da campanha de vacinação, no qual só nos meses de junho e julho de 1996, a microrregião recebeu 54,% do total de vacinas recebidos durante todo o ano. No ano de 1994, por exemplo, esses dois meses representaram 26,7% do total do ano.

A vacina contra sarampo contida na vacina SRC, por outro lado, não teve declínio no repasse de doses. Ao contrário, em igual período, teve um aumento de três vezes o número de doses, se comparado ao total de doses de 1994 e 1996.

Na consulta realizada nos documentos disponíveis de solicitação de vacinas da DIR XII Campinas ao nível central do Estado (para o CVE), constatou-se um corte de 44% no número de doses de sarampo no pedido da microrregião de Campinas, no período de julho a novembro, durante o ano de 1996 (ANEXO 9).

Outro documento semelhante, que também foi consultado, diz respeito ao pedido de doses de sarampo feito pelo CVE ao Ministério da Saúde, no qual se constatou, para 1996, um corte de 65% no número de doses da vacina contra o sarampo enviadas para o Estado de São Paulo (ANEXO 10).

Outro documento consultado, do Ministério da Saúde, admite problemas na aquisição de imunobiológicos naqueles anos referidos, por problemas nos processos licitatórios (BRASIL, 1997c).

Como tentativa de solucionar o problema do desabastecimento de vacinas, principalmente em relação a DPT e contra o sarampo, a Secretaria de Estado da Saúde de

São Paulo providenciou a compra desses imunobiológicos a partir de fevereiro de 1997, conforme o conteúdo dos ofícios 642/97 e ofício circular 94/97, do CVE (ANEXOS 11 e 12, respectivamente).

Em resumo:

Constatou-se, tanto pela análise dos documentos como pelos relatos dos entrevistados, o desabastecimento da vacina contra o sarampo em 1995 e, principalmente, em 1996, ano imediatamente anterior à epidemia de 1997. O corte feito pelo Ministério da Saúde no número de doses solicitadas para o Estado de São Paulo foi da ordem de 65% e, do nível central do Estado para região (analisada apenas a microrregião de Campinas), por volta de 45%. Ainda em 1996, comparando-se com 1994, houve redução de 16,7% na entrada de doses para a microrregião de Campinas. O problema foi a concentração dessas doses em períodos de campanha (mês de junho), sendo falha essa 'entrada' na maior parte do ano, com meses em que aparece repasse 'zero'.

Além do resultado extremamente negativo na credibilidade do programa de imunização como um todo, apontado pela maioria dos entrevistados, este fato teve algum impacto na cobertura vacinal, se comparados aos anos anteriores, principalmente no município de Campinas. Porém, só colaborou para a piora de uma situação que já não era satisfatória.

As coberturas vacinais contra o sarampo para os menores de um ano, na região, conforme tabela 3 (p.119) – dado administrativo, isto é, número de doses aplicadas no numerador, e no denominador o número de crianças a vacinar de acordo com os dados demográficos oficiais) – mostram que houve queda nas coberturas de 1995 e 1996. Porém, como sempre existem falhas nesses dados administrativos, como mostrou a cobertura vacinal corrigida (tabela 4, p.120), é de se esperar que a cobertura vacinal estivesse em torno de 80 a 85%, inclusive nos anos anteriores a 1995. Ou seja, já se acumulavam suscetíveis menores de um ano, mesmo nos períodos em que não houve 'falta' do imunobiológico. Para o município de Campinas, o dado administrativo de 1996 foi o pior do período analisado. Porém, através da cobertura corrigida, percebe-se que a cobertura

estava oscilando também nesse patamar de 80 a 85%, mesmo nos períodos em que não houve desabastecimento do imunobiológico.

O desabastecimento foi citado por todos os entrevistados, sendo que alguns foram mais enfáticos em relacionar a falta ou desabastecimento da vacina contra sarampo com a ocorrência da epidemia, particularmente os auxiliares de enfermagem e o profissional do nível regional estadual. Os auxiliares porque 'viveram na pele' o fato de informar aos usuários a não-existência da vacina e o profissional do nível regional acumulou sobre seus ombros a responsabilidade na solicitação e no suprimento do imunobiológico junto aos municípios da região.

Como tentativas de resolução do problema, apareceram várias alternativas, tais como: reclamar aos níveis hierárquicos superiores; não fazer nada e aguardar a solução do problema, apenas racionalizando o uso do imunobiológico por meio do agendamento para a aplicação da vacina para alguns períodos ou dias da semana; compra de vacina por parte de alguns municípios e aquisição da vacina pela Secretaria de Estado da Saúde, no início de 1997.

A prática do agendamento, com o objetivo do racionamento de doses da vacina contra o sarampo, parece não estar relacionada apenas ao desabastecimento do imunobiológico naqueles anos citados, mas já ocorria e continua ocorrendo em algumas unidades básicas de saúde. Essa questão merece atenção especial por parte dos profissionais envolvidos no problema, principalmente dos gestores e dos demais profissionais ligados à prática de supervisão dos serviços, pois parece que a mentalidade do 'quem guarda, tem' acaba prevalecendo, a despeito da importância de se garantir o acesso pleno à vacina e reduzir cada vez mais as oportunidades perdidas de imunização.

5.2. Hipótese 2: Precariedade das informações utilizadas no sistema de vigilância epidemiológica do sarampo.

O que revelaram as **entrevistas:**

Comentário dos depoimentos dos auxiliares de enfermagem:

A maioria dos auxiliares de enfermagem nunca tinha visto casos de sarampo, a não ser durante a epidemia de 1997. Alguns achavam que a doença não existia mais. Acreditam que o sistema de vigilância epidemiológica dentro da unidade básica está sensível para suspeitar e notificar casos de doenças de notificação compulsória, principalmente porque está centrado na enfermagem e não no médico. Sobre a avaliação da cobertura vacinal, houve um tempo em que era feito mês a mês na unidade, para avaliar se muitos haviam deixado de vacinar. Acreditam que há muitos faltosos, pela quantidade de aerogramas que são enviados todo mês, e muitas mães só levam os filhos para vacinar na campanha, o que pode ser um indicativo de falha na vacinação de rotina. Avaliam que a análise da cobertura vacinal do município fica prejudicada, pois a população aumenta desordenadamente, principalmente com a chegada de migrantes em alguns bairros. Apareceram na discussão, algumas dificuldades encontradas para melhorar a cobertura vacinal, como, por exemplo, na busca de faltosos, na reforma de unidades ou, ainda, nas unidades que restringem o acesso porque a família não é da área de abrangência ou porque têm horário e dias fixos para vacinar.

A seguir, alguns trechos dos depoimentos:

"Eu não tinha pego caso de sarampo até então... achava que não existia mais... erradicado não, ter sempre teve, mas aparecer lá..."

"Acho que o médico faz a parte clínica, faz investigação, mas o olhar, primeiro tem que ser da enfermagem... na maior parte das vezes, é a enfermagem que encaminha pro médico quando existe uma suspeita...e quantas vezes já não passou um resfriado, isso e aquilo e o médico não suspeitou de dengue e fica como uma gripe... porque passa mesmo... médico não tem experiência, vivência nessa área de saúde pública..."

"Esse mês a gente teve dois casos confirmados de dengue lá no nosso bairro, e veio do Mário Gatti (Hospital Municipal) *como suspeita de sarampo... olhando a gente até pensava que era sarampo... mas doía a cabeça, o corpo, colhemos sarampo, pois era a suspeita, mas também pedimos dengue...e deu dengue... e se não colhe, passa batido também... e aí quantas pessoas iriam estar com dengue agora lá no bairro, se a gente não tivesse descoberto?"*

"...essas avaliações, na verdade agora eu não sei... no meu tempo a gente fazia cobertura vacinal mês a mês... a enfermeira fazia a estatística, a cobertura vacinal, e comparava se no outro mês se todo mundo fez ..."

"A cobertura de Campinas nessa faixa de menor de um ano, ela não é 100%, não lembro o dado de 98, mas tem uma coisa que o pessoal da regional e da CoViSA tem falado, você tem uma cobertura em cima de uma população que você não sabe direito se é verdade... pelos dados oficiais, a cobertura é boa, dá em torno de 90%, 85%, será que é verdade isso?"

"...o que a gente tem visto é ninguém sabe direito a população. A gente vê na campanha... pega tanta carteirinha atrasada..."

"Se a rotina estivesse boa, não pegaria tanta gente atrasada na campanha!"

"...ainda acontece alguma coisa errada mesmo, eu vacinei várias crianças com tríplice viral direto, sem ter tomado sarampo antes de um ano...e daí como essa cobertura é tão boa assim, né?"

"Tinha casos de crianças de dez anos, que apareciam e que nunca tinha tomado vacina, nem BCG, que a mãe nunca levou pra vacinar.....vieram de outra região, mas também gente que está aqui há muito tempo e nunca levou pra vacinar, simplesmente... a família toda, desde o grandão, até os pequenos...tudo sem vacina!"

"...acho que tem tanta coisa que prejudica a cobertura vacinal...pelo menos o aerograma a gente manda e visita a gente faz quando precisa...eu pelo menos quando estava na sala de vacina mandava bolos e bolos de aerograma..."

"Sim, tem outra coisa, a área da gente tem muito lugar que o carteiro não vai... aí depende de uma viatura que leve a gente pra fazer essas visitas, e muitas vezes ela não vem... se eu fizer uma visita hoje e a mãe souber que tem campanha no mês de junho, ela não vem..."

"É, esse ano, com essa história de reforma, deve ter mil atrasados... espero que estejam vacinando em outro serviço... mas peguei alguns casos em visita, com criança atrasada desde fevereiro, e a mãe diz: - tô esperando o postinho voltar!"

"Então, uma mulher que chegar hoje numa segunda-feira pra vacinar o filho, ela não vai, porque segunda não é o dia do sarampo. Se vem na terça, às sete e meia da manhã ela não vai vacinar, oito horas, também não vai vacinar... porque o funcionário que está na vacina está na coleta... vai no Centro de Saúde do vizinho, não vai conseguir por que não é da área dele, eu acho um absurdo isso... pode chegar alguém pra vacinar, pode ser da conchinchina, eu acho que tem que vacinar... mas não mandar embora e falar: - vacina lá

senão as meninas ficam lá sem fazer nada, vai vacinar no seu posto! – Infelizmente está acontecendo isso, e acho que jamais pode acontecer! ..."

Comentário dos depoimentos dos enfermeiros:

Os enfermeiros foram indagados se a unidade está sensível para fazer a suspeita de casos de sarampo e apresentaram como respostas que se deve melhorar o 'olhar vigilante' das unidades para se detectar mais casos. Esse grupo apontou que, em geral, a unidade consegue fazer o diagnóstico da situação, tem a informação dos faltosos, por exemplo, sabe que precisa melhorar os indicadores, mas, assim como os auxiliares de enfermagem, várias dificuldades foram levantadas para corrigir os problemas. E analisa que a raiz dos problemas está na forma como a unidade está trabalhando hoje com a vigilância. Associam a ocorrência da doença com os locais com bolsões de baixa cobertura vacinal e que tem muita população migrante. Os dados produzidos na unidade ainda são analisados na regional. Em relação à análise da cobertura vacinal, também não acham os números confiáveis. Localizam que alguns problemas estão na população, principalmente os que vêm de fora, os migrantes. Vêem possibilidade de melhora dessa situação neste momento em que a unidade está começando a trabalhar com as fichas dos nascidos vivos, o que, de certa forma, obriga a unidade a procurar os faltosos e a trabalhar com a população mais precocemente, antes que os problemas aconteçam.

A seguir, alguns trechos dos depoimentos.

"*A equipe como um todo deve estar atenta em todos os sentidos, não só em relação ao sarampo, como outras doenças que podem estar ocorrendo na população, questionar mais...acho que é uma dificuldade das pessoas em questionar (investigar mais), a pessoa chega no Centro de Saúde, solicita uma consulta, é agendada, mas aí não se questiona mais nada, e isso é importante*".

"*Isso aí já começa da sala do médico que não investigou legal, e passa pra equipe também, que deixou passar desapercebido e aí vai...*"

"*Ainda muitas das nossas falhas na rede é porque a gente não está bem nesse campo aí... muitos indicadores, quando a gente vai descobrir as coisas... já está uma bola de neve, por exemplo, quando viu já estava no meio de uma epidemia.... então por que é*

que aconteceu isso, foi falha da equipe... falha por não ser vigilante, não ter enxergado... acho que o trabalho da rede deveria ser chegar antes, bloquear, não deixar a coisa expandir...se você trabalha com prevenção, é isso".

"Tem baixa cobertura porque falta conscientização da população e a gente não consegue atingir essa população".

"Outro problema é a população migrante, que vem de Minas, Nordeste, e que não tem vacinação em dia, as crianças não tem cicatriz de BCG..."

"As mães faltam muito, a maioria leva pra vacinar só nas campanhas, elas não entendem o calendário de vacinação...o importante, elas acham, é da campanha, pois sai na televisão, aquela coisa toda... na campanha a gente pega um monte de pessoas atrasadas... todas com carteirinhas vazias e só com selinho de campanha".

"Nós temos problemas pra fazer a vigilância em saúde, pra sair do Centro de Saúde, pra ir atrás de faltosos, fazer uma busca ativa, essas coisas. Por falta mesmo, de recursos humanos, de viatura... a gente manda aerograma, muitas vezes não chega, pois é área de invasão... então a gente teria que ir pra rua mesmo buscar essas pessoas, mas de que jeito? Então é falho... e hoje a gente vive uma situação melhor que anteriormente. Então está tudo ligado, se eu não consigo buscar, a minha cobertura vacinal é muito baixa".

"A gente deveria começar a relacionar, por exemplo, bairros com pessoas com o mesmo problema... por exemplo, a gente foi fazer uma busca ativa de dengue, foi visitar um suspeito e aí abriu o quarteirão inteiro e depois outro quarteirão e fomos achando outras pessoas doentes, só que não era dengue, até hoje eu não sei o que pode ter acontecido..."

"Ainda é na regional, agora que as unidades estão começando a se informatizar... depois a regional devolve a informação para a unidade... ainda não está implantado o SINAN nas unidades..."

"É difícil avaliar a cobertura vacinal, na minha unidade até passava de 100% a cobertura na vacinação básica... dava pra resolver só com aerograma".

"Agora talvez vá melhorar, pois estamos recebendo a cópia da declaração dos nascidos vivos, foi no final de 97...aí a gente espera a mãe comparecer. Se passa mais de um mês, a gente vai atrás... ainda é difícil mais por causa da de recursos humanos e falta

de viatura pra sair. Mas vai melhorar, eu acredito...se a gente for atrás e conscientizar a mãe desde o início, talvez melhore."

Comentário dos depoimentos dos coordenadores de unidades básicas:

O grupo refere que conseguia fechar os casos de sarampo investigados na unidade, apesar dos problemas. Em relação ao sistema de informação em geral, o grupo apontou que não consegue trabalhar a maioria dos dados que produz, são muito dependentes do nível regional e central do município, tanto em relação aos dados epidemiológicos, quanto aos gerenciais. A rede está sendo informatizada há pouco tempo e o desenvolvimento de um sistema de informações gerenciais está em curso. Apontam ainda várias dificuldades para operar o sistema. Alguns conseguem analisar seus dados manualmente, a partir do SV2, que é um instrumento do sistema de vigilância epidemiológica, para registro de casos de doenças de notificação ou outros agravos de importância epidemiológica na área de abrangência da unidade. Os dados de doenças de notificação consolidados retornam uma vez por ano pelo nível central do município. O mesmo ocorre com a cobertura vacinal, que também é analisada por alguns uma vez por ano, baseando-se nos dados de produção de vacina. Apesar dos problemas, percebem alguns avanços, por exemplo, quando receberam as listagens dos casos de tuberculose atendidos na sua área de abrangência. Acham que este fato estimula a unidade, valoriza os profissionais, quando há retorno dos dados. O grupo também considera um problema, assim como os auxiliares de enfermagem, os dados populacionais, que são defasados. A unidade tem essa percepção pelo crescimento do número de prontuários. Acham importante uma avaliação regional da cobertura vacinal, para revisão das coberturas das áreas de abrangência das unidades, para detectar as 'exportações', inclusive. Assim como os profissionais de enfermagem, o grupo acha que a unidade tem várias dificuldades para buscar os faltosos da sala de vacina.

A seguir, trechos de alguns depoimentos:

"A grande maioria (dos casos) *a gente consegue... consegue fechar, pode ser demorado, por exemplo, quando eram duas amostras de sarampo, era muito demorado, você colhia uma, aí depois a pessoa se negava a colher a segunda amostra, ou ele tinha*

mudado, aí tinha que acionar outra unidade pra colher, nós perdemos muitos soros...mas na maioria consegue..."

"A maioria das coisas a CoViSA envia pra gente, só que paralelamente, nós temos alguns dados: de SV2, alguns dados de consultas de prontuário que a gente digita à parte".

"Agora está sendo investido no SIGAB, que é um sistema de informação gerencial, nós não estamos conseguindo tirar, por conta das máquinas, mas a partir do momento que a gente enviar o dado e a máquina trazer o condensado pra gente, na própria unidade, ficaria bem mais fácil..."

"Então a gente poderia tirar todos os dados na unidade, mas não estamos conseguindo, não está dando certo o programa... então você vê que até você poderia tirar alguma informação de lá, olha no manual, tem que esperar vir alguma informação do nível central pra resolver".

"Nós usamos o sistema paralelo do SV2 para acompanhamento dos casos....nós não recebemos esse tipo de relatório (a devolução dos dados do nível regional ou central) com freqüência... seria melhor, é claro, se a gente recebesse esses dados já consolidados".

"É, a gente teve alguns problemas com a planilha do DID, que ia mudar, aí demorou, não mandou outra. Então, a última vez que fiz avaliação de cobertura, em cima daquele boletim que vai pra DIR, e peguei todos e fiz na mão mesmo..."

"...só de sair o relatório da vigilância pra unidade, você vê uma lista enorme, e pensa - nossa! quantos! tudo isso da minha área! Isso mexe... e tem muitos pacientes que você conhece, já passou no atendimento na Unidade e está fazendo tratamento em outra Unidade, na PUCC, na Unicamp, na Poli 1... então a gente resgatou isso pro paciente ficar na unidade...no programa de TB foi tão estimulante pra equipe, que um paciente, quando teve alta, a equipe inteira chorou... ele agradeceu, é tão gratificante.... nós fizemos das tripas coração pra não faltar medicação, pra ele não faltar...a equipe se mobiliza pra essas coisas, mostra o papel das pessoas na unidade..."

"Eu vejo que a população cresce muito pelos prontuários. Os nossos lá são individuais, quando eu entrei, eram sete mil e poucos prontuários, agora dois anos depois já são 11 mil...todo dia são abertos, 10 ou 20 prontuários".

"Isso seria importante a gente ver da região, pois tem algumas áreas muito próximas, de repente eu fiz 80, mas ela fez 100%. Ela pode estar cobrindo alguma coisa que era minha... tem gente que faz 140%, mas como? Então é importante você ter o dado de cada um isolado, mas ver a regional como um todo...mas a minha unidade não tem 95% de cobertura vacinal...ou então a unidade mais próxima que está com mais de 100% está cobrindo".

"...acho que é importante a regional, o distrito estar avaliando essa questão...e aí, ver se tem alguma unidade com baixa cobertura, com 90% e aí partir pra alguma ação extramuros...ir atrás dessas pessoas".

"Sabe o que é, acho que falta um pouquinho de insistência da rede pros calendários atrasados...você aerograma, não veio, não tem viatura, não faz visita... então fica e vai ficando, entendeu? A coisa vai passando..."

"É , às vezes tem problema de alguns locais que o correio não chega, então volta, e se no dia de visita tem algum problema, você não vai, então passa muito tempo..."

Comentário do depoimento do profissional do nível regional do município (VISA SUDOESTE)

A preocupação maior desse profissional prende-se ao fato de que, na vigilância, corre-se muito para 'apagar incêndios' e avalia-se muito pouco a situação epidemiológica, com vistas a propor intervenções para os problemas de saúde. Por outro lado, as unidades básicas também encontram-se atarefadas com a grande demanda *'batendo à sua porta'*, mal conseguindo dar conta da avaliação, por exemplo, da cobertura vacinal. Sobre este ponto, visualiza como principal problema a base de dados populacionais, pois há um crescimento desordenado da região, que o censo oficial não consegue acompanhar. Distingue dois distritos separados: o lado mais pobre, miserável e o mais 'estável'. Outro aspecto abordado foi a respeito da vigilância na rede, que apesar de já ser descentralizada há algum tempo, ainda tem um grau de dependência grande da regional. Considera que há baixa notificação, principalmente nos prontos-socorros.

A seguir, alguns trechos da entrevista:

"...era só eu de enfermeira e a coordenadora que ficávamos na vigilância epidemiológica... *e era só isso que eu fazia, correr atrás dos casos de meningite... depois teve um surto grande de hepatite também... e depois passamos por um período muito difícil, a coordenadora saiu e fiquei muito tempo sozinha... e a gente acaba priorizando mesmo o que dá pra atender... aí depois já veio o sarampo, chegou gente nova na regional, depois veio a dengue..."*

"...é que ainda hoje tem área de cobertura que pelo censo, pelos dados oficiais, tem 15 mil, e agora a gente já sabe, principalmente pelo trabalho das equipes de saúde do projeto de dengue, passa de 45 mil. A área do DIC-III tem muita ocupação, a área do VISTA ALEGRE também é bem grande e não aparece nesses dados..."

"...então enquanto está tudo quieto, não tem nenhum perigo iminente, tratam a demanda que chega. Agora a gente sabe que tem aquela população ali, de desnutridos, criança sem vacina, mas não tem como ir lá... por exemplo, tem unidade que tem um enfermeiro, unidade que funciona em três turnos... ela não dá conta nem de olhar muito bem os dados de cobertura da unidade..."

"A cobertura estava dentro de 80 a 85% , de campanha especialmente... mas quando você vai ver tem não 15 mil, mas 45 mil, estoura tudo, né... é muito difícil estruturar qualquer atendimento, organizar trabalho extramuros, sair pra essas áreas...tinha áreas de alta marginalidade em alguns Centros de Saúde... então a própria unidade tinha medo... a coisa era meio recente, precisava antes fazer uns aliados ali pra depois... isso é uma coisa que pesou, principalmente nas áreas do DIC-III, do Vista Alegre..."

"Eu acho que falta avaliação, um planejamento do que fazer. Eu não fiz isso na minha regional... Acho que a gente é consumido pelas urgências... eu acho que nós produzimos um monte de dados e nós não avaliamos quase nada. Quando você falou de como está a cobertura do escolar... eu não tenho isso, quantas as pessoas vacinam dessas crianças que chegam encaminhadas das escolas, ou que chegam dessas áreas, Paraná, Bahia, elas são obrigadas a fazer regularização da carteirinha, eu não tenho isso... Então na minha regional falta a gente avaliar esses dados que são produzidos... mesmo o dado

mensal de quanto é vacinado, faixa etária, ou mesmo abandono... isso a gente não tem uma avaliação assim religiosa, não..."

Comentário do depoimento do profissional do nível central municipal (CoViSA):

Abordaram-se a questão do fechamento dos casos de sarampo e o sistema de informação da doença no município. Geralmente, havia demora no fechamento dos casos e até discordância por parte de alguns profissionais médicos sobre os critérios de fechamento. O município sempre tinha informações mais atualizadas sobre os casos de sarampo, comparando-se com o nível central do Estado, por exemplo. O fluxo da informação no município e do município para o Estado também apresentava e ainda apresenta problemas. Em relação à notificação de casos, a avaliação é de que o sistema é sensível, o que tem sido feito é dar retorno à rede, aos coordenadores das unidades básicas, como motivação para que isso continue acontecendo. Em relação à cobertura vacinal, reconhece que existem bolsões de baixa cobertura e aumento da população, principalmente em áreas de invasão, o que dificulta a avaliação do programa, e que é necessário um investimento maior nesse campo.

A seguir, alguns trechos da entrevista:

"...que eu me lembre, a gente tinha muita dificuldade de fechar os casos, isso fez com que as equipes dessem uma esmaecida, uma afrouxada no próprio controle, não conseguia fechar... e tinha alguns profissionais (médicos) que não concordavam com a ficha... com a forma de abordagem, que falavam: - não, isso é sarampo sim, isso é rubéola sim - e daí colhia exame pra isso ou para aquilo... acho que isso pode ter dado algum problema no controle..."

"...houve a lentidão mesmo do fechamento dos casos de sarampo, o CVE tinha um número de suspeitos e confirmados muito aquém, muito menor do que eu tinha... porque ele contava com a ficha, tinha que chegar a ficha... e a gente, como estava mais próximo, trabalhava de um jeito mais ágil... eu lembro de uma reunião que participei, com algumas DIRs, lá em São Paulo, quando o CVE apresentava os dados, o pessoal falava assim: - imagina, eu tenho muito mais do que isso - ... cada um tinha um banco de dados, fechava fichas de modo diferente... e tinha também a demora dos níveis mais centrais pra, tendo a

informação, estar agindo... na epidemia acho que isso até foi mais ágil, pois tinha aquele banquinho rápido..."

"A informação... acho que não é só daqui pra fora, mas dentro do município, ela não flui...Centros de Saúde têm um universo, e aí tem uma defasagem de tempo pra regional (distrito) saber, pro nível central saber... não numa situação de epidemia... mas você fica sabendo muito atrasado... às vezes até nos cobram e não ficamos sabendo... por exemplo, o Centro de Saúde sabe de uma internação, a DIR às vezes fica sabendo que entrou no hospital, e o nível municipal não está sabendo... ou então saiu o resultado de dengue e o nível central nem recebeu a notificação. E daqui pra fora, do município pra DIR, também tem uma defasagem muito grande. Eu tenho acompanhado hoje menos, mas o quanto chega rápido a informação no CVE, pra ele analisar o Estado... não sei como está hoje, mas o que eu me lembro do sarampo, tinha um defasagem de informação muito grande. E acho que isso prejudicava a análise... tanto interna, quanto daqui pra fora... então eu acho que tinha e ainda tem uma defasagem..."

"...e aí como a informação não flui, a gente afrouxa ... por exemplo, agora na cólera em Paranaguá, a gente sabe que tem casos em vários lugares do Brasil... aí ninguém se preocupa, parece que esquece, lembra só agora que chega no Paraná..."

"...também pode escapar... dependendo dos sintomas, se não for aquela coisa clássica, pode passar, e aí as ações necessárias pra não virar um surto... a gente tem que estar atento pra estar informando todos os suspeitos... pra fazer bloqueio em todos... a minha avaliação é que escapa muito pouco... tanto pra rubéola quanto pra sarampo..."

"...agora, a vigilância, vez por outra, tem que estar passando informação sobre a ocorrência de casos, alguma análise pra servir de motivação... enxergar o trabalho deles... mostrar os números, acho que isso motiva a equipe... pra não fazer uma coisa mecânica de fazer porque a regional mandou... às vezes a gente falha também nessa coisa da informação... devolver a informação, a informação em forma de boletins, aí fica muito na parte espontânea do nível regional, que é o técnico fazer uma análise lá dos seus dados e fazer uma discussão. Então acho que a gente falha no retorno dessa informação analisada".

"...a gente não tem trabalhado são com os bolsões... no sentido de ir, fazer uma divulgaçãozinha ou mesmo uma vacinação naquele local, por considerar que eles tenham

menos acesso...principalmente nos bolsões... em lugares que, pela situação de vida das pessoas, pode afrouxar esse acompanhar a criança, oferecer à criança uma vacina, uma proteção... embora também procurem... mas se fizer um levantamento nessas grandes áreas de invasão de Campinas, com certeza vai encontrar muito mais crianças descobertas, se comparadas com outras áreas... tem alguns Centros de Saúde que já fizeram isso... acho que a gente precisaria fazer um inquérito, sei que é complicado, difícil fazer, trabalhoso, ou localizado ou na cidade toda... mas não estou planejando nada, estou só pensando se não valeria a pena fazer um inquérito nessas áreas..."

Comentário do depoimento do profissional do nível regional estadual (DIR XII)

A lentidão da informação, em geral, e da informação do sistema de vigilância epidemiológica, em particular, foram os principais problemas destacados pelo profissional. O sistema de informação do sarampo não fugia dessa regra, além de uma demora muito grande no retorno dos dados e das informações do nível central do Estado estarem sempre defasados. Outro ponto destacado foi a complexidade no fechamento dos casos de sarampo. Considerava que, na regional, não era prioridade a avaliação permanente da situação do sarampo, a exemplo do que se fazia com a meningite. Quanto à cobertura vacinal do Estado e na regional, acredita que a mesma era razoável, e que os dados populacionais um pouco defasados não eram suficientes para atrapalhar a análise da realidade, a ponto de explicar o surgimento de uma epidemia.

A seguir, alguns trechos da entrevista:

"Então, esse caminho da informação, ele é muito lento... apesar de toda a informática... toda a internet da vida, o serviço público ainda está muito atrasado nisso..."

"A gente não tinha o retorno da informação... só dois anos depois, quando vinha um mapa..."

"...é aquela história da informação lenta... eu lembro que na época nós brigamos muito com o CVE... a gente não conseguia entender porque o Estado de São Paulo não conseguia implantar o SINAN. O país inteiro estava usando... a gente ia em reuniões com outros Estados, tinha por exemplo o Paraná , que mostrava coisas fantásticas e já estavam usando o SINAN. Então São Paulo não nos mandava um sistema de informação decente

pra gente trabalhar... cada ERSA fazia o seu sistema, o seu banco de dados, aquela confusão... assim, criticam o que tem... mas também não senta com o pessoal do ministério pra adaptar os dados... eles falavam assim, que o Estado de São Paulo tinha um sistema de informação infinitamente melhor que o Ministério, que o SINAN tinha sido nivelado pelo Acre... então deveriam tentar adaptar, o programa não era fechado... eu já havia conversado com o pessoal do ministério... outros Estados haviam adaptado o SINAN pros seus Estados..."

"...o sistema de fechamento de casos era muito complexo, super complexo... você tinha que ter duas amostras de sangue. E o paciente não retornava, depois que ele sarou... pode esquecer... então praticamente os casos suspeitos que você tinha, ficavam todos em aberto... era super difícil você fechar um caso... e mesmo que fosse atrás e tivesse um serviço de vigilância super legal, ninguém queria deixar picar de novo... sem contar que as equipes municipais de vigilância eram sobrecarregadas demais. Aquela pessoa da vigilância não fazia só vigilância. Às vezes era uma enfermeira pro município inteiro, responsável por vigilância, pela rede... muitas vezes, quando ela ia rever a ficha, já tinha passado... na realidade, tinham outras coisas prioritárias, ela tinha que apagar o incêndio mais rapidamente do que fechar um caso de sarampo...".

"...por exemplo, nós só identificamos na época a epidemia de meningite na região porque nós tínhamos um controle assim, diário...o sarampo era um vírus de circulação baixa... talvez a gente tivesse percebido uma 'pré-epidemia' de sarampo, se a gente tivesse feito uma vigilância tão cerrada quanto foi feito com a meningite...."

"...porque se você for analisar a taxa de cobertura do sarampo no Estado de São Paulo , era uma cobertura boa, não é ideal, mas era boa... se você tentar a explicação pela taxa de cobertura, você não vai conseguir... mesmo com problemas de população, não caía de 70 para 35%.... acho que variava aí, numa faixa aí de 8 a 10% do real... eu acho que isso não poderia explicar a epidemia..."

Comentário do depoimento do profissional do nível central estadual (CVE)

O profissional considera que o atraso na percepção do aumento de casos em 1996 e o retorno da circulação viral de forma epidêmica ocorreram por problemas no sistema de informação. Esses problemas, aliados a uma sensação de que a doença estava controlada, diminuíram a

agilidade do sistema. Os primeiros casos confirmados no ano de 1996 só foram descobertos após três meses de sua ocorrência. O segundo problema detectado no sistema de informação diz respeito à cobertura vacinal que, segundo se acreditava, estava bem. Porém, com a defasagem dos dados demográficos oficiais, perdeu-se a confiabilidade na análise da cobertura. O profissional considerou positivas as estratégias adotadas para o controle do sarampo, do programa de controle da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, desde 1992, pois foi uma forma do sistema tornar-se sensível a um evento bastante raro no qual o sarampo estava se tornando.

A seguir, alguns trechos da entrevista:

"...queda na cobertura vacinal que não foi medida e percebida pelo sistema de informação. Contou-se que a cobertura vacinal era maior do que efetivamente estava acontecendo e a diminuição muito grande na ocorrência de casos deu uma certa tranqüilidade ao sistema de vigilância em relação ao sarampo. Outras doenças ocuparam o espaço de preocupação... Essencialmente foi isso que permitiu a reintrodução da circulação do vírus..."

Detalhando um pouco mais esses problemas dos sistema de informação:

"...os primeiros casos de sarampo de 1996, nós só fomos ter conhecimento deles com atraso de no mínimo três meses, três meses para conhecimento oficial da ocorrência dos primeiros casos. O outro problema ... era sobre a coleta de dados da cobertura vacinal, tanto os de aplicação e produção de vacinas e outro problema que foi muito importante, que confundiu muito as análises, foi o problema de base populacional, dado a uma superestimativa muito grande... ou nos casos desfavoráveis atribuía-se a erros de população aqueles possíveis encontros desfavoráveis de cobertura vacinal... perdia-se a confiabilidade na informação da cobertura vacinal... houve também um lapso, não foi nem na detecção, foi no processamento final da informação. Os casos tinham sido notificados, tinha sorologia dos casos, só que daí o Lutz (Instituto Adolfo Lutz) *demorou pra processar os exames. Tudo isso era meio junto com essa coisa de que não tem sarampo... é, dava pra tolerar alguma coisa... como não está tendo caso de sarampo, a falta de "kit" que foi um problema sério (desde a implantação do programa de "kit" é um problema), um hiato aí de*

dois meses no processamento das análises não tem tanto problema... só que aí teve três meses de atraso para os primeiros casos confirmados."

"Eu acho que foi muito positiva essa vigilância da rubéola pra vigilância do sarampo, pois aumentou a sensibilidade do sistema de informação pro sarampo. Tanto que, desde a implantação da vigilância da rubéola, a maior parte dos casos confirmados ou classificados como compatíveis como sarampo, eles eram provenientes da suspeita inicial como rubéola. O processamento era igualzinho, o laboratório: entrou como suspeita de sarampo e não era, o laboratório já processava rubéola. E o contrário também. E a orientação pra rede, era que não precisaria haver distinção nenhuma, inclusive a compatibilização dos exames laboratoriais era pro diagnóstico precoce das duas doenças... como o sarampo tornou-se um evento extremamente raro, o sistema tinha que se tornar mais sensível para detecção de casos. A gente percebeu, por exemplo, no período da epidemia, uma das dificuldades da detecção de casos de sarampo era os médicos não saberem mais diagnosticar sarampo. As últimas levas de formandos de medicina não tinham mais visto sarampo... já consideravam o sarampo erradicado...".

O que mostraram os **documentos**:

Houve queda acentuada dos casos de sarampo confirmados no Estado de São Paulo, como mostram os dados referentes ao período de 1992 a 1995, na tabela 1 (p.116). Esses números foram retirados do banco de dados elaborado pelo CVE, da Secretaria de Estado da Saúde, pelas fichas epidemiológicas encaminhadas pelos serviços de saúde e municípios, por meio das regionais de saúde do Estado (DIR).

Os números se referem a apenas 8,33% dos casos confirmados e compatíveis como sarampo, que foram os confirmados pelo laboratório, citado no relatório do Centro de Vigilância Epidemiológica, "O sarampo no estado de são paulo – 1996, 1997" de fevereiro de 1997. Outro relatório consultado, sobre o "Sarampo no Estado de São Paulo", de 1994, refere que, em 1992, 23% dos casos haviam sido confirmados por laboratório e, em 1993, esse número caiu para 7,5%, *"revelando uma piora na qualidade da confirmação dos casos"*, segundo o relatório. Ainda neste relatório, a coleta de uma segunda amostra para confirmação diagnóstica ocorreu em 47% dos casos, em 1992, e em 37% dos casos, em 1993.

Os números não são coincidentes, se comparados os bancos de dados da DIR XII e do município de Campinas, por exemplo, no ano de 1995. Naquele ano, a DIR XII confirmou 16 casos, entre os compatíveis, inclusive, sendo seis casos do município de Campinas, ao passo que o CVE tinha, no seu banco de dados, apenas três casos compatíveis para a região, conforme pode ser observado na tabela 2, à página 118. O banco de dados do município de Campinas registrou apenas quatro casos compatíveis e nenhum confirmado.

Apesar do banco de dados do nível central do Estado ser o banco oficial, pois os casos eram reavaliados e reclassificados no Centro de Vigilância Epidemiológica, essa diferença nos bancos de dados pode ser explicada pela dificuldade no fechamento dos casos e pela complexidade na classificação final dos casos de sarampo. Isso pode ser demonstrado na descrição feita da página 96 à página 103, na qual são apresentadas as várias regras utilizadas para classificação dos casos de sarampo, no período de 1991 a 1997, o que tornou mais difícil para as equipes do nível regional e municipal acompanhar o ritmo das mudanças e falar a mesma língua do nível central do Estado. Isso pode ser comprovado também pelo ofício do Centro de Vigilância por ocasião de mudança de uma dessas regras (ANEXO 13).

Um relatório detalhado de uma equipe de avaliação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, composta por membros da OPAS e do Ministério da Saúde, realizada em março de 1997, detectou, entre outras coisas, que, apenas 20% das fichas epidemiológicas de 1996 haviam chegado ao nível central do Estado até aquele momento da avaliação, em 1997. Os técnicos fizeram a seguinte avaliação do sistema de São Paulo: "*este sistema permite a avaliação da maioria dos indicadores de vigilância estabelecidos pela vigilância epidemiológica do sarampo. Não é porém, um sistema ágil que possibilite o monitoramento oportuno das ações de vigilância epidemiológica*" (BRASIL, 1998d, p.69).

O relatório da equipe responsável pelo Estado de São Paulo é mais detalhado e diz o seguinte: "*existem muitos dados, porém, pouca informação. Isto se deve ao grande número de formulários e dados, tornando o fluxo de informação complexo nos diferentes níveis*". E ainda: "*o sistema de* vigilância epidemiológica *é capaz de detectar a circulação do vírus do sarampo, porém, não de forma oportuna como demonstrado no recente surto de 58 casos,*

detectado no início de dezembro, mas os primeiros casos ocorreram no início de setembro" (OPAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Os problemas de informação para a análise da cobertura vacinal também podem ser demonstrados na tabela 4 da página 120, na qual, usando-se um denominador diferente do da população oficial, no caso o número de doses aplicadas da vacina BCG mais um incremento de 10%, algumas coberturas vacinais sofrem alterações significativas.

Em resumo:

Foram constatados problemas no sistema de informação da vigilância epidemiológica do sarampo. A complexidade no fechamento e classificação final dos casos, aliado a um sistema de informações da doença bastante centralizado, com pouca agilidade, caracterizam uma situação na qual o sistema não detectou em tempo hábil o crescimento dos casos no período imediatamente anterior à epidemia de 1997. Diferenças nos bancos de dados em três níveis diferentes do sistema de vigilância alertam para a importância de se falar a mesma língua, quando se refere à análise epidemiológica da doença, ou corre-se o risco da informação tornar-se pouco confiável.

No município, essas dificuldades também se reproduzem de alguma maneira, sendo também lento o fluxo da informação, e quem produz os dados raramente os analisa e redefine suas ações com base nessas análises. A análise da cobertura vacinal, por exemplo, é calculada uma vez por ano, com dados enviados ao Centro de Saúde pelo nível central. Mesmo assim, nem todos os coordenadores e enfermeiros das unidades realizam regularmente essa análise.

Por outro lado, a análise da cobertura vacinal perdia em confiabilidade, uma vez que os denominadores para esse cálculo, representados pelos dados demográficos oficiais para uma determinada área de abrangência, dificilmente reproduzem com fidelidade o crescimento e os movimentos populacionais. No nível regional do município e nas unidades básicas de saúde, esses movimentos são sentidos mais intensamente, e essa percepção passa muitas vezes pelo acúmulo de faltosos para a vacinação, ou do aumento de crianças em períodos de campanhas de vacinação ou simplesmente pelo aumento considerável no número de matrículas na unidade.

5.3.Hipótese 3: A deficiente articulação das ações de 'vigilância' e 'assistência' no modelo técnico-assistencial operado pela rede básica.

O que revelaram as **entrevistas**:

Comentário dos depoimentos dos auxiliares de enfermagem:

O grupo considera a vigilância epidemiológica na unidade de saúde atuante e existe uma integração com as demais áreas no Centro de Saúde, principalmente a recepção. Apesar de certa 'resistência' dos profissionais em assumir a vigilância, o grupo considera que a maioria tem o 'olhar vigilante', porém, sempre pensam na doença do 'momento', aquela de maior ocorrência. Os que não estão na vigilância não pensam muito nas outras doenças. Mesmo assim, acham que 'escapam' poucos casos, principalmente porque o trabalho está nas mãos da enfermagem e depende muito pouco dos médicos. O grupo acredita que a maior parte dos casos ocorreu nos bairros mais 'carentes', pois apresentam concentração de migrantes sem vacina. O trabalho 'extramuros' não é feito por falta de 'pernas' (tempo e disponibilidade).

A seguir, alguns trechos dos depoimentos:

"Eu estou na parte da manhã, à tarde tem outra pessoa responsável. Depende do caso, se for dengue, não precisa avisar ninguém, todo mundo trabalha legal... agora se é um bloqueio, uma tuberculose, então cada um tem seu setor... se chega um BK positivo, aí passa pra vigilância, aí eu faço todo o agendamento, controle de comunicante..."

"Por exemplo, chegou uma pessoa lá com exantema, febre, tosse ou sintoma de sarampo, se tem médico lá, passa pelo médico, lógico... pra ele estar avaliando...aí se ele confirmar realmente, aí a gente faz a ficha, vou estar notificando, agora na ausência do médico, a gente pode notificar, pedir sorologia, agora a parte clínica... parte de medicação fica complicado... a gente encaminhava pro pronto-socorro, tem que ter respaldo pra isso...mas não saía de lá sem pelo menos notificar, pegar o endereço, pra depois a gente estar colhendo sorologia... mesmo a pessoa da vigilância não estando..."

"As pessoas não querem assim, pegar o setor de vigilância e ficar com aquilo lá...mas todo mundo é sensibilizado com a vigilância... vê o cara tossindo, manda, vê o cara com diarréia, não tem médico, manda pra vigilância...".

"Então, mas primeiro se pensa na dengue, porque a dengue é a do momento..."

"Acho que o principal pra você ter uma vigilância perfeita é a recepção...é ali que as pessoas contam as histórias e o pessoal nos avisa...dificilmente perde um doente...a pessoa pode não saber muito bem os trâmites, se não sabe ou encaminha pro médico ou enfermeira, ou pra gente..."

"Por exemplo, a funcionária da inalação, ela sempre avisa: - vai lá ver que tosse está aquele fulano! Mesmo os agentes da dengue, eles também pensam na doença, ajudam na suspeita, se o pessoal tá com febre, nas visitas que eles fazem nas casas eles já pegam o endereço e passam pra gente; o pessoal da recepção, às vezes tá aquele tumulto, não tem consulta, também tentam não escapar".

"...eu escuto alguém tossir eu já acho que é TB...e passa pelo médico e não é nada... e toda vez que temos reunião se cobra do médico, por favor, fique atento, observe, todas reuniões é cobrança... e é muito pouca gente que eles encaminham... vigilância funciona em cima da enfermagem... se for depender do médico..."

"Eu acho que médico não tem essa visão... tem aqueles que tem também essa visão de vigilância...e não é só por causa do médico...o paciente chega lá com sintoma de dengue, nem sempre tem consulta, nem sempre tem isso, tem aquilo.. .então quem que pega? É a enfermagem que pega..."

"O Vista Alegre é onde tem o VIDA NOVA, lá tem muita gente que vem de fora, Bahia, Minas... esse povão aí vem tudo sem vacina..."

"....primeiro porque eu acho que eles não procuram...é...muita precariedade".

"Ir atrás, fazer visita nas escolas, creches, lá a gente não faz, não...as pernas..."

Comentário dos depoimentos dos enfermeiros:

De modo distinto dos auxiliares de enfermagem, os enfermeiros vêem muitas debilidades no serviço de vigilância na unidade básica. Acreditam que existe resistência ao trabalho porque há burocracia e complexidade. As ações de vigilância geralmente ficam mais dirigidas para os problemas da 'moda', como foi lembrado pelos auxiliares de enfermagem. A opinião deste grupo coincide com a daquele, no que diz respeito ao trabalho 'extramuros', que fica prejudicado pela 'falta de pernas'. Também associam a ocorrência da doença com os bairros mais 'carentes' com bolsões de baixa cobertura e população migrante, que a unidade muitas

vezes não consegue acompanhar. Consideram que o modelo tecnicoassistencial não favorece o desenvolvimento do 'olhar vigilante' na unidade de saúde. O modelo privilegia o atendimento individual em detrimento das ações coletivas. A instituição e a população cobram mais produtividade nos atendimentos do que ações de caráter coletivo.

A seguir, alguns trechos dos depoimentos:

"A gente percebe, na equipe em geral, um certo receio da vigilância, eles dizem assim, não sou eu que estou lá, não gosto disso, não..."

"O pessoal tem mais resistência em trabalhar na vigilância do que na recepção, porque vigilância tem que pensar um pouquinho, tem que preencher os papéis ."

"A vigilância assusta por causa da complexidade, porque é difícil..."

"Normalmente funciona assim: é uma pessoa de referência no Centro de Saúde que sabe mexer com os papéis lá, então a equipe não é vigilante... se aquela pessoa de referência ou o médico não suspeitar de determinada doença e não passar pra equipe, e se aquela pessoa não pegar o caso, o caso some. Então eu acho que a equipe tem que ser vigilante, tanto pra descobrir doenças, como pra orientar sobre a vacinação... em qualquer lugar do Centro de Saúde você pode fazer isso, com as gestantes, no programa da criança, no programa do adulto, na sala de curativo, na odonto..."

"Vou dar um exemplo, olha o que acontecia quando eu entrei lá: só tinha uma pessoa que sabia fazer, e eu também não sabia, porque nunca tinha trabalhado na rede. Então, se aparecesse um suspeito de dengue ou de sarampo, de manhã às oito horas, e a menina que faz vigilância não estivesse lá, ela só trabalha seis horas, ela entra às 11. Então as pessoas orientavam o paciente pra voltar às 11... isso eu acho o fim da picada falar pro paciente... tem que dar o primeiro atendimento, dar as primeiras orientações... isso pode ser feito por qualquer um..."

"Não querer preencher os papéis eu nem acho o mais sério, o mais grave é o ser vigilante que não é incorporado, eu falo isso analisando a anotação de enfermagem que é muito pobre, essa falta de questionamento na recepção, por exemplo, o paciente está com diarréia, ninguém investiga nada, não tem o olho aberto..."

"...e no dia-a-dia o número de problemas é tão grande, de tocar serviço, que a gente não pára pra ter esse espírito de vigilância..."

"É mais a enfermagem que se empenha na vigilância..."

"Se tem epidemia de sarampo, você esquece o resto. Tudo que aparece no Centro de Saúde é sarampo... e no meio de sarampo a gente perde um monte de coisa. Aí começa a dengue que foi logo depois. Ficou muitos casos achando que era sarampo... quando viu, está no meio de um bolão de dengue... acho que a gente fica meio limitado, só pensa em uma coisa... o pessoal até fica mais esperto, mas passou, esquece..."

"...tuberculose, a nossa unidade tem pouquíssimos casos diagnosticados, e a gente sabe que deve ter um monte por ali..."

"A gente só consegue olhar para a nossa área de abrangência quando dá algum problema... e eu sinto falta de estar indo... mas fica difícil, as pessoas vão até o Centro de Saúde atrás de consulta... Por exemplo, eu sei que preciso ir até as escolas, pois a gente tem muita gestante ficando grávida com 12/13 anos, e são muitas. Isso é uma loucura! Acho que falta a gente intervir... você está fazendo diagnóstico de um problema, mas não está conseguindo intervir..."

"Pode reparar, o maior número de casos está nessas áreas com muita população migrante, o São Cristóvão, o Vista Alegre. O Tancredão, por exemplo, é a área nobre da Sudoeste, é o local que teve menos casos".

"A gente consegue ver, mas não tem perna pra fazer..."

"Isso causa aquela angústia, quando eu entrei na rede eu chorava toda semana, eu saía sempre com a sensação que eu não tinha feito o serviço... e agora continua do mesmo jeito, só que eu aprendi a lidar com essa situação. Porque quando você trabalha no hospital você tem aquela rotina, você faz direitinho a rotina, você sai e sabe que deu conta do recado e pronto, ajudou o paciente. Na rede, é muito mais difícil ter esse sentimento bom por dentro, você vê mil coisas e não consegue resolver.."

"Não, ainda é extremamente curativo... tem muita coisa que a gente quer fazer, mas que precisaria mudar o espírito mesmo. O que acontece é que o médico entra lá atende, atende, atende. A enfermeira vai atende, atende. A gente faz consulta de enfermagem. E o resto..."

"Esse modelo é o que predomina na rede de Campinas hoje"

"Os políticos e a população valorizam mais o modelo "curativo", o atendimento de queixas, demanda espontânea".

"A instituição cobra do profissional a produtividade, número de procedimentos".

"Eles medem o trabalho com o número de consultas que você atende..."

"É igualzinho os políticos: tem que fazer obra que apareçam, que dê impacto, praça..."

"Acho que mesmo que a coordenação tenta mudar, acho que a mudança deveria vir lá de cima... o que é valorizado mesmo é a compra de aparelhos, de ultrassom ou outros... que também são importantes, mas que o pessoal dá mais valor a isso do que realizar uma busca ativa que você faz..."

"Se você for fazer um questionamento com uma pessoa, você perde um tempo maior até você estabelecer uma relação, um vínculo... você não vai chegar de cara e já começar a perguntar... tem todos os passos pra seguir... tem que deixar a pessoa mais à vontade, pra começar a falar. Mas é difícil, pois a produtividade é medida em número de procedimentos ou consultas que você faz. Você tem que dar aquele 'x' lá.... e eles cobram, querem saber o número de coisas que você faz... Então a lógica é acabar logo com as filas... e ali passa um monte de gente que provavelmente tem coisa que a gente teria que ir atrás e atuar, com certeza..."

"Não acontece nada... os conselhos estão muito desestruturados, as reivindicações são mais sobre consultas ou outros problemas sociais..."

Comentário dos depoimentos dos coordenadores das unidades básicas.

A discussão sobre como está organizada a vigilância epidemiológica na unidade, de rodízio entre os auxiliares de enfermagem facilita essa vivência entre os profissionais e é uma forma de quebrar a 'resistência' para o exercício da atividade de vigilância. A descentralização do programa de tuberculose, há mais ou menos um ano, tem sido uma boa oportunidade de despertar o 'olhar vigilante' na equipe. Algumas atividades de atendimento domiciliar também estão começando, na área de odontologia e clínica médica. Assim como os auxiliares e os enfermeiros acreditam que o trabalho 'extramuros' não é feito por 'falta de pernas'. Não existem estratégias diferenciadas para as populações de migrantes e bolsões de baixa cobertura. A atividade de atualização de cadernetas de vacinação de escolares, por exemplo, não é realizada como rotina. As escolas solicitam a caderneta de vacinação no momento da matrícula e encaminha os atrasados ao Centro de Saúde. A unidade, porém, não faz uma

avaliação desse trabalho junto às escolas. Identificam uma mudança no modelo, se for comparado a alguns anos atrás. Hoje, a rede realiza mais ou menos 50% de assistência da de demanda espontânea e 50% são ações programadas. Existe discordância entre 'radicalizar' mais, ou seja, sair mais da unidade: por um lado, seria uma forma de atrair mais demanda a um modelo cuja principal característica é a agenda cheia. Por outro, seria uma forma de melhorar os indicadores, reorientar e buscar alternativas ao próprio modelo. De qualquer modo, acham que os coordenadores hoje estão mais 'vigilantes' em relação às tentativas de inversão do modelo, caso haja retrocesso nas diretrizes da Secretaria Municipal.

A seguir, alguns trechos das entrevistas:

"Os auxiliares rodam, ficam seis meses na vigilância, depois são outros dois".

"Todo mundo vai passar, gostando ou não gostando..."

"Eu vejo muito isso pelo programa de tuberculose. Do ano passado pra cá, como a equipe está vigilante na questão de TB!..."

"Essas coisas fortalecem esse "olhar vigilante, essa coisa da TB também é interessante, porque era bem separado: - olha, quem tem que atender é a Poli I, viu?- então a unidade nem investigava direito, às vezes o paciente estava emagrecendo, e o pessoal pensava, deve ser TB... agora caiu esse véu, qualquer unidade deve acompanhar e tratar TB..."

"Tanto é que esse olhar a gente passa pra equipe, na sala de inalação: olhar crítico, se essa mãe está vindo muitas vezes no ano fazer inalação, então deve estar questionando... vamos investigar... a equipe já fica mais mobilizada pra isso..."

"Acho que hoje a gente já está mudando... tá saindo dessa história da cura só com medicamento, está se abrindo pra esse olhar vigilante, mas acho que é um processo, e demanda tempo ainda..."

"Na minha unidade, a gente tem esse olhar, mas não tem perna pra fazer...a gente não dá conta... eu sei que tem creches, escolas, empresas...que trabalho a unidade oferece pra essas instituições?... A gente tá lá pra receber quem chega de fora... mas pra gente sair é meio complicado... sabemos que temos esse papel, sim, mas aí entra demanda de outros recursos, demanda de viatura, precisa de RH, pois você tem que tirá-lo pra fora da unidade".

"...não tem nada nesse sentido...uma ação diferenciada pra essa população..."

"A gente orienta a mãe a estar levando na unidade, pois às vezes as monitoras tem dúvida sobre a avaliação das carteirinhas...a gente só fez vacina na escola na época da meningite... e tem que ter autorização das mães... a gente não faz assim, chegar na sala e vai fazendo... com autorização até já aconteceu, mas muito esporádico... não é rotina".

"Acho que não dá pra separar, o extramuros fica muito mais voltado pra uma atividade assim não vigilante, por exemplo, odonto, lá eles fazem rotineiramente atividade extramuro. Então a gente já pensou no planejamento da unidade de arrumar uma maneira de inserir outro profissional pra quando essa equipe da odonto for abordar a escola esse outro profissional ficar com essa parte. Então, você trabalha com RH insuficiente, você vai ter, é claro, que reprimir a demanda, pra essa pessoa sair fora. Nós começamos agora, o conselho local pediu, pois alguns pacientes ficam acamados, emagrecidos, não têm como vir a unidade, então a gente chamou um médico que tinha interesse nesse tipo de trabalho... mas aí não tem como ir... então eu fui atrás do transporte com o pessoal da vigilância da regional... então vai ser assim: uma vez na semana, eu vou fechar um horário pra ele sair nessas casas... não é muito, mas a gente percebe que pelo menos algumas pessoas têm esse olhar e se interessam em fazer isso... então eu, como coordenadora, tenho que pesar: tem uma população que está pedindo, tem o profissional interessado, pode ter uma perda, mas vale a pena... mas ainda é pouquinho..."

"...já tem sim... tem alguma coisa mais programada, graças a Deus, a unidade não é mais um pronto-atendimento, nem um local de fazer vacina só... acho que a gente tem uns 50% do atendimento de demanda espontânea e tem uns 50% de ações programáticas... ela já melhorou bem...o que eu vivenciei antes e o que vejo agora..."

"Por outro lado, a gente tendo esse olhar, a gente vai trazer uma demanda maior pra unidade, então se a gente já está aqui, eu prefiro ficar quietinha e esperar e atender quem veio, do que sair e trazer mais gente, e eu vou dar conta como?"

"Eu não acho que a gente tem que dar conta de tudo... eu tenho consciência que não vou dar conta dos 30 mil habitantes da minha área de abrangência..."

"Não é dar conta, mas a partir do momento que você sai pra mostrar sua cara...se você vai lá, e uma pessoa vem, mas a gente fala: - oh, não tem como o senhor passar hoje, não..."

"Você não acha que fazendo isso (saindo), *você vai ter indicadores pra de repente provar pra administração, pra todo mundo, que você precisa de outra unidade, precisa de RH...você tem que ter indicadores pra você pedir..."*

"Por outro lado, se a gente garantir bem o serviço na ponta, a gente não vai demandar tanto pronto-atendimento, por exemplo, se organizar o programa de hipertensos, de diabéticos..."

"...mas pra isso a gente tem que ter o apoio da população também".

"Eu acho que a população apóia".

"...nem sempre, se eles batem ali eles querem atendimento... a porta não pode ficar fechada... só que você tem que ter um olhar pra isso, senão essa estratégia pode se voltar contra você..."

"Mas a gente educa sim, é papel nosso... e a gente consegue muito, sabe por quê? Por exemplo, antes da gente estruturar o programa de hipertenso lá, o que acontecia? Era livre demanda, muita coisa a gente estabelece normas internas, mas visa também o atendimento à população, e o que acontecia muito lá era o paciente verificar a pressão três vezes por dia...era aquela fila...hoje eles chegam na recepção e falam: - vim pro programa - ...é tão interessante!"

"Eles acabam aderindo sim à forma que você organiza o serviço... você dá opções se ele prefere vir de manhã ou à tarde..."

Características do modelo:

"É de insatisfação, muita demanda, agenda cheia... a população que a gente atende é difícil, as pessoas ainda têm aquela idéia de que se não sair da consulta com receita, não atendeu direito... tem aquele estigma de que serviço público não serve, não presta..."

"Tem um descrédito..."

"Acho que a gente é que tem que conquistar, na medida em que faz a coisa realmente de acordo..."

"A gente é engolido às vezes pelo processo ...devora a gente... quando você vê já está no meio da epidemia.... e tem que correr atrás do prejuízo, que é pior..."

"Mas acho que isso aí também é da política de saúde, do modelo assistencial vigente. Porque a gente já viveu alguns momentos que era preconizado que se desse conta do atendimento, entendeu? Se surgir alguma coisa, uma epidemia, você corre atrás, você

tenta evitar o pior... só que é pra atender o que está batendo na porta... teve um momento aí que era pra todas as unidades abrir à noite, no sábado, era pra fazer tudo...o que querem da gente? Tem que deixar claro o modelo vigente... os dois lados são importantes, mas qual é o real papel do Centro de Saúde? Acho que tem que estar mais voltado pra vigilância do que pra atendimento de porta..."

"...mas o que motiva a gente é saber que não é bem assim..."

"...e se passar a ser, a gente vai estar ali pra cutucar e tentar inverter..."

Comentário do depoimento do profissional do nível regional municipal (VISA SUDOESTE)).

Este profissional considera que os problemas nesse campo, ou seja, modelo de assistência, tenham sido a principal causa da epidemia de sarampo, mesmo porque vê uma grande diferença entre o discurso e a prática, que não privilegia as ações de saúde pública. Analisa a área do distrito do ponto de vista demográfico e socioeconômico e reconhece as dificuldades das equipes dos Centros de Saúde em realizar um trabalho diferenciado nos bolsões de miséria e baixa cobertura, principalmente por falta de recursos humanos. Atividades tradicionais de saúde pública, como avaliação e vacinação de escolares, estão sendo realizadas pela maioria das unidades pelo contato com os professores, raramente com a ida das equipes para vacinar na escola. A forma como a rede trabalha a vigilância epidemiológica ainda precisa ser melhorada e vê perspectivas de melhoria a partir de agora, com as unidades iniciando um trabalho de discussão sobre o Distrito Sanitário e o Território.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"Eu acho que o que agravou e começou (a epidemia) *é que a prática é muito diferente do discurso. Falam, falam de saúde pública, da prioridade da prevenção, mas na prática mesmo, a rede tem muita dificuldade de trabalhar como deveria, a população também não tem assistência como merecia... tem áreas com muitos migrantes, principalmente do Paraná, em condições de vida horríveis, e muito sem informação... muitas vezes, quando fazíamos visita, a gente perguntava se alguém tinha tido febre, o pessoal dizia que alguns tinham, mas achavam que era gripe...a maioria procurava o*

pronto-socorro... a maioria dos casos de sarampo não tinham ido procurar o Centro de Saúde, elas iam ao pronto-socorro, que nem pensava em diagnóstico de sarampo..."

"O descaso que as autoridades têm com a saúde pública... acho que tudo vem junto, né... aí prioriza o médico de plantão, que não tem vínculo com aquela população, que não conhece as coisas, que está lá mais pra atender aquelas horas e vai embora... atender queixa-conduta e pronto, se não melhorar, volta..."

"Praticamente, a gente tem dois distritos. Um que é o DIC-III, DIC-I, Vista alegre, São Cristóvão, o Jardim Aeroporto. Esses dois últimos melhores, eles têm lá suas favelas, suas ocupações, mas são favelas mais antigas. As unidades têm conselho de saúde já mais estruturado, já batalharam algumas melhorias, porém eles têm um padrão de vida pior do que o outro lado da regional, que é o Tancredão, Santa Lúcia, Capivari . Agora, aqueles lá do fundo são bem piores, que é onde tem mais área livre, e as pessoas ocupam de forma desordenada..."

"Então, eles até têm esse diagnóstico, que tem uma demanda, muito acima do que o dado oficial, mas que também não tem como ir atrás dessas coisas... Então, enquanto está tudo quieto, não tem nenhum perigo iminente, tratam a demanda que chega. Agora a gente sabe que tem aquela população ali, de desnutridos, criança sem vacina, mas não tem como ir lá... por exemplo, tem unidade que tem um enfermeiro, unidade que funciona em três turnos.."

"...diferenciado, não tem..."

"O que eu sei é que as escolas pedem xerox da carteirinha na época da matrícula e o que tem é que a diretora conversa muito diretamente com o coordenador da unidade e aí, quando a criança está em atraso, já recebe uma cartinha pra procurar o Centro de Saúde... tem unidade que até vai à escola quando é muita criança..."

"Na época da campanha da meningite, quando foi feita vacinação nas escolas, já se pedia carteirinha antes pra avaliar a situação das crianças e vacinar as atrasadas... mas, no geral, as crianças das escolas não tinham muito problema de atraso de carteirinha".

"É uma ou duas pessoas de referência na unidade, mas eles (os coordenadores) *partem do princípio que todo mundo é vigilante na equipe. Essas pessoas ficam assim responsáveis pelo fluxo, pelo envio de fichas. Se eu preciso conversar na unidade, ela é a*

primeira pessoa que eu vou procurar, se não estiver, falo com as outras, mas a conversa, o contato, é com uma ou duas..."

"Acho que ainda falta incorporar bastante... às vezes você termina de falar e a pessoa responde assim: - ah! não tem ninguém da vigilância aqui... sabe assim? - Cê não pode pegar o recado? – ah, mas é melhor falar com ela..."

"...em alguns é mensal, em outros é mais tempo..."

"...E aí fomos conversando, alguma coisa a gente até conseguiu interferir nas unidades, sugerir que não mudasse, que não fizesse rodízio dessa maneira, pois mais atrasava que qualquer outra coisa, pois a hora que você conseguia um canal dentro da unidade, a pessoa já mudava; com o outro tinha que começar do zero e não era muito legal... agora parece que as coisas estão mais fixas... mas, vira e mexe, tem unidades que estão indo bem, e, de repente, por qualquer motivo, já desanima... tem que estar sempre atenta com essas coisas..."

*"Acho que agora a tendência é melhorar com a criação do distrito. Acho que a gente ainda está longe da realidade de distrito da forma que imaginamos: que as unidades estarão atuando num território, em que a responsabilidade por aquele espaço e pelas pessoas que vivem nele é dela (*Unidade*). Mas só o fato de se falar nisso começa a despertar pra esse espírito. Mas esse processo é longo. Não é coisa que se faz em quatro ou cinco anos...".*

Comentário do depoimento do profissional do nível central municipal (CoViSA)

De modo geral, considera que a descentralização da vigilância epidemiológica para a rede básica é um processo positivo, e que as unidades são bem sensíveis para a questão da vigilância epidemiológica: têm agilidade para a execução das ações diante de um caso suspeito, por exemplo, apesar de ser necessário, de vez em quando, um 'empurrãozinho' dos níveis regional e central. O profissional mostra preocupação com o tipo de estratégia que deveria ser adotado, por exemplo, com o grupo de suscetíveis adolescentes ou adultos jovens que, às vezes, estão fora da escola e que poderão futuramente ser os acometidos pelo sarampo. Essa preocupação vem aliada a um diagnóstico de que o trabalho das unidades é voltado para o trabalho interno. Quanto ao trabalho fora da unidade, no entorno (ou o 'extramuros'), ainda

é muito pouco o que se faz e fica restrito a algumas unidades onde a coordenação tem uma formação específica, voltada para a saúde pública. Existe uma discussão em andamento sobre o modelo de assistência, com perspectiva não de inversão total do modelo, mas de estimular a saída da equipe fora da unidade e criar a dinâmica de se trabalhar com os riscos. Acredita ser importante a área de vigilância epidemiológica ou a vigilância em saúde 'provocar' essa discussão junto à área de planejamento, o que vem ocorrendo, em certa medida, em função da diretriz da Norma Operacional Básica 96, do Ministério da Saúde (NOB 96).

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"Sobre o bloqueio, eu considero que as unidades são bastante motivadas... já faz parte da rotina deles; tem um sarampo, é prioridade, corre-se atrás do carro... ela pode falar que quer o carro e não tem o carro..."

"...a vigilância tem que sempre estar dizendo, não é que nem consulta médica, que já é uma missão: abrir as portas e consultar... acho que esse raciocínio, por quê que vacinar, por quê fazer o bloqueio, tem que estar sempre lembrando, até pra não cair numa rotina e as pessoas afrouxarem ..."

"Os professores são orientados, eu não sei o quanto isso tá fluindo, hein? Porque pra matrícula de escolas pedem a carteirinha... isso nas escolas municipais, as estaduais, as particulares costumam pedir também... e eu não sei te dizer como é trabalhado isso... no mínimo é vista a carteirinha dessa criança quando ela entra na escola... se ela não tomou algum reforço, vai tomar nessa hora, se alguém identifica e manda pro Centro de Saúde..."

"...esses grupos (de adultos jovens), *a gente tem dificuldade de saber se ele vacinou ou não... não tem carteira, não sabe se tem...outros não sabem informar, então a gente começa a perder a informação tanto escrita quanto de memória... se tomou alguma coisa ou não... eu fico pensando como seria uma estratégia pra cobrir essa população de adolescentes e adultos jovens... se vacina todos que não apresentarem comprovante, é uma população que não busca a vacina, não gosta de vacina... teria que pensar um programa pra gente não ser pego de novo lá pra frente com uma epidemia... ou na mesma faixa etária que ocorreu ou até numa outra..."*

"A gente tem tentado levar com as regionais e com os Centros de Saúde essa tentativa de inverter modelo, não seria bem a palavra... a assistência médica tá ali, é o

nosso modelão hegemônico... mas no sentido da unidade começar a se apropriar cada vez mais da sua área, e esse apropriar da questão do risco, aí acho que casa bem essas estratégias, estamos falando do sarampo, mas cabe pra outras situações...a população está cada vez mais migrando pro SUS. Então, a porta da assistência da demanda que chega ali é muito grande... e a gente fica cada vez menos fazendo ações... então, nós estamos discutindo de realmente mudar a cara... isso ainda não está certo, é uma grande discussão... de que horários você atende... como muita gente faz: consultório não é atendimento 24 horas... convênios tem horário de pico, de facilidade pra população ir... e depois aquela mesma equipe seria mais liberada pra uma ação diferente..."

"Não seria restringir, mas estabelece horários... a gente tem ociosidade em alguns horários, ou até deixar em alguns horários alguma equipe de plantão e essa equipe fazer outras ações... olhar seu entorno... porque veja, a unidade até faz o bloqueio porque é uma coisa que não tem jeito, da mesma forma que atende alguém que está ali passando mal, mas não consegue muito sair da unidade pra ir numa escola ver como está a caderneta das crianças..."

"A questão da assistência tem tragado... se pegar um Centro de Saúde antigo, que atendia menos na questão do movimento geral, mas atendiam mais na questão dos programas... eu defendo que tem que ser a porta de entrada, o modelo é esse mesmo, o da assistência... mas não dá pra ficar voltado só pra isso, e deixar de fazer essa outra coisa que é só a gente que faz..."

"...e aí tem que fazer no sufoco a hora que a coisa pega..."

"...ficamos só falando mal da rede... Aí eu acho que é responsabilidade da gente, porque eles não vão propor, com raríssimas exceções, alguns Centros de Saúde que já fazem ações assim, até porque tem mais formação e sensibilidade pra coisa da saúde pública, no geral, não, vão levando...vão até fazendo muito bem o que se propõe..."

"Eu acredito que a gente tem que provocar muito essa discussão, as equipes de vigilância dos nível central e regional, cutucar isso, fazer com que as equipes do nível local vá se apropriando cada vez mais, ir se apropriando da sua realidade... fazer com que as equipes mudem o seu perfil de trabalho... não é de uma hora pra outra..."

"..mas acho que o que está sendo bom no SUS... é estar fazendo com que as equipes pensem as duas coisas junto... seja pela via da solução da produção da fatura. Nós, por

exemplo, da vigilância sanitária, estamos sendo cobrados pra produzir uma planilha, pra apresentar as informações, e aí você começa a se debruçar e começam ver aquilo, as equipes planejadoras, começam a ver, nosso trabalho começa a aparecer..."

"Campinas já está recebendo o PAB vigilância (sanitária). E estão dizendo assim, se não passar informação, será cortado... quando fomos ver, os planejadores que nunca tinham se debruçado sobre isso, só sobre a assistência, se assustaram com o elenco de atividades que a vigilância faz, as inspeções, as visitas, etc..aí as pessoas falavam assim: nossa, mas vocês nunca passam nenhuma informação!"

"Mas as unidades são cobradas pela baixa produção... o que eles fazem de vigilância não é sistematizado, não aparece, porque não anota, então, eles começam a ver itens que eles faziam, fazem, mas não registram direito... então, pára um pouco pra pensar no que faz... não virá o dinheiro a mais, mas o gestor municipal cobra das unidades que a produção nessa área está baixa, por exemplo...mesmo da produção médica e de enfermagem... não fazendo o discurso do privado, mas gasta-se muito pra produzir muito pouco..."

"Se fizer um levantamento nessas grandes áreas de invasão de Campinas, com certeza vai encontrar muito mais crianças descobertas, se comparadas com outras áreas..."

Comentário do depoimento do profissional do nível regional estadual (DIR XII Campinas):

A propósito do modelo de vigilância epidemiológica adotado pelos municípios, a opinião deste profissional, que trabalhou no nível regional, no período de 1993 a 1996, é que, com exceção do município de Campinas, nos demais a atividade de vigilância nunca foi descentralizada para a rede e nem havia esta discussão. Na maioria dos municípios, esta atividade era desempenhada de forma 'sofrível', geralmente com uma equipe mínima, ou mesmo um só profissional, muitas vezes sem qualificação para tal. Esse quadro piorou após a reestruturação do Estado, em 1995, quando outros municípios se juntaram ao antigo ERSA de Campinas, que formam hoje a área de abrangência da DIR XII, com 38 municípios. Para os profissionais do nível regional resta o sentimento de que as atividades de prevenção não eram

valorizadas pelos gerentes locais. No período em que esteve no nível regional, não se lembra de ter promovido nenhuma discussão com os municípios sobre a estratégia de vacinação dos escolares.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"Rede, que rede? Nesses pequenos, nem rede tem... mesmo os municípios da "Grande Campinas", a vigilância era no nível central, a rede mesmo é muito capenga... se você tem um núcleo central bom, sabe que consegue... tirando Campinas, que estava tentando montar uma rede de informação boa, a nível de unidade básica mesmo... o resto era só nível central que tem alguém bombril lá que se descabela, que é braçalzão... e que vai atrás e faz tudo... rede mesmo, Centro de Saúde, a ponta... isso em vigilância não existe... não sei nem se hoje você consegue manter alguma coisa na ponta..."

"...mesmo dentro dos 12, aqui da região metropolitana de Campinas, eu tinha município que não conseguia andar sozinho, com as próprias pernas... municípios menores, teve uma época ruim, os maiores ainda tinha um pessoal que carregava... mas os menores era muito difícil... se você não estivesse junto ali... quando juntou os 38, os que conseguiam andar com as próprias pernas eram só aqueles que eram sede de antigos ERSAS e mais, dependendo da região, mais um, se tivesse..."

"Acho que tem uma falta de prioridade em prevenção ..."

"Era uma briga muito grande nossa da equipe de vigilância de tentar mostrar pros gerentes, mesmo no Estado e Ministério, a prevenção ainda é uma coisa que na verdade ninguém liga... não vê com bons olhos prevenção... só se apaga incêndio, não vê com a dengue?"

"...e eu não vou ficar nem um pouquinho assustada se a gente começar a ter varíola de novo..."

"Essa visão de saúde muito pouca gente tem... os gerentes principalmente... você tem grana pra inaugurar o pronto-socorro, mas não tem dinheiro pra comprar o remédio que o diabético toma pra não descompensar..."

"Parece que depende do "lobby", *quem tem o* "lobby" *maior consegue a sua fatia do bolo...então como vigilância/prevenção o* "lobby" *é muito pequeno...a fatia é muito*

pequena, sobra muito pouco... tem muito pra urgência, emergência, outros procedimentos mais caros..."

Sobre a estratégia de vacinação dos escolares: "*Que eu me lembre, não teve isso não, viu? Não chegou nem a ser discutido isso aí, a questão de vacinar escolar".*

Comentário do depoimento do nível central estadual (CVE)

Identifica, como um dos agravantes para o ressurgimento do sarampo no Estado de São Paulo, a desestruturação da rede de vigilância epidemiológica, particularmente a rede estadual. Cita dois marcos nesse processo de desestruturação: a municipalização e as sucessivas reformas do estado em um espaço curto de tempo. Aponta, ainda, outro fator, que foi a própria desestruturação do programa de imunização no município de São Paulo. Outra maneira de atingir os suscetíveis que porventura não estivessem sendo cobertos pela rotina era o programa de saúde do escolar, que também estava 'capenga'. Acha que o 'mundo da vigilância' é de certa forma afastado da rede, existindo um distanciamento muito grande entre esses dois universos. Acredita que algumas dificuldades operacionais para enfrentamento da epidemia puseram à mostra a vulnerabilidade do sistema. Essas vulnerabilidades fazem o profissional questionar a própria estratégia de erradicação da doença, que dificilmente será alcançada, caso algumas das condições apresentadas não sejam alteradas.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"...pra uma estrutura de vigilância que estava bastante desestruturada, bastante deficitária e que se vê assoberbada com outros casos que ela julga muito importante, de doenças que se tem uma percepção mais importante do que o sarampo que não matava mais ninguém, que tinha um, dois casos por ano, casos confirmados por laboratório..."

"...uma é a questão da descentralização, via municipalização. É um processo positivo porque descentraliza, porque amplia a rede e tal, ele tem um momento de implantação... até que os novos participantes do sistema se reorganizem e absorvam estas atividades, pode ser realmente uma fragilização do sistema. Mas, paralelamente, a antiga vigilância estadual sofreu aí um processo de desmantelamento, de desagregação, de perda

de muita gente saindo pras prefeituras...a qualificação técnica das pessoas que permaneceram na vigilância estadual também piorou um pouco".

"Fora as que tinham acontecido antes: a que acabou com as regionais, os antigos DRSs (Departamentos Regionais de Saúde) *e virou ERSA* (Escritório Regional de Saúde) *e depois o SUDS* (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) *...então foram três reestruturações relativamente próximas".*

"Particularmente no município de São Paulo, que foi a grande epidemia, teve uma desorganização na rede de imunização... questões tradicionais que eram feitas no programa, que era busca de faltoso, convocação por aerograma, aquela história de oportunidades perdidas de vacinação, isso foi meio deixado de lado, desestruturado mesmo".

"...elas (as campanhas) *eram restritas a uma faixa etária menor de cinco anos. E a idéia do programa era que essas pessoas seriam alcançadas no programa de vacinação do escolar, que está abandonado há muitos anos, com algumas exceções...".*

"Acho que é assim: a constatação é que a vigilância é uma coisa meio um feudo... o grupo que faz vigilância não incorporou as unidades de atendimento ao seu sistema... Por exemplo, hospitais que mais notificam ao sistema de informação são hospitais que têm núcleo de vigilância dentro dele, não é o médico consultante... o núcleo é só um braço mais avançado desse grupo de vigilância. Eu acho que as unidades, Centros de Saúde... refletem isso, a preocupação delas é ligar quando aparece uma daquelas doenças que alguém lá deve ter como de notificação compulsória, ou aquilo que acham inusitado, diferente".

"O divórcio é de ambos os lados..."

"Claro, não era de se esperar que alguém tivesse capacidade pra fazer cobertura de foco de 53 mil casos... agora, você não ter o mínimo de estrutura de transmissão de dados, de investigação, de preenchimento adequado de planilha, de devolução de resultado de exames de laboratório... agilidade pra comprar coisas... isso explica a vulnerabilidade do sistema".

"Na verdade, eu acho que é assim: cada país vai ter um perfil epidemiológico de acordo com as condições que ele propicia em todos os setores. Não adianta ele dizer assim: é erradicação do sarampo, erradicação da dengue, erradicação da malária, eu acho que isso é meio artificial, é meio inexeqüível... Pode até ser que erradique. O que eu

questiono é se a meta é essa mesma: é erradicar apesar de você estar mantendo aquelas condições todas sem serem alteradas".

"e fora que a epidemia de sarampo deu uma balançada... começou a se falar na implantação do plano de erradicação em 96, aliás no dia em que a gente estava fazendo treinamento da rede pra proposta de erradicação do sarampo para o ano 2000, foi que o Lutz chegou com os resultados positivos de sarampo aqui em São Paulo. Então, em 97, uma bruta epidemia e você começa a falar de erradicação..."

O que mostraram os **documentos:**

Conforme a descrição da epidemia de sarampo (p.121 à 141), a epidemia na região de Campinas, particularmente no município de Campinas, teve perfil diferente do apresentado na região da Grande São Paulo. Esta última destaca-se principalmente pelo elevado CI entre os menores de um ano, que foi nove vezes mais alto do que o CI do segundo grupo mais atingido, o dos adultos jovens.

Na região de Campinas, esses dois coeficientes foram muito semelhantes, com algumas variações entre os municípios indicando em alguns, um acúmulo maior de suscetíveis, ora em crianças menores de nove anos, ora em adultos jovens, sugerindo bolsões de baixa cobertura e eventuais falhas na organização dos serviços.

No município de Campinas, o risco de adoecimento para os dois grupos mais atingidos foi bastante semelhante, sendo em torno de 120 casos por 100 mil habitantes. Uma análise mais detalhada da distribuição da doença, de acordo com as várias regiões do município e, ainda, de acordo com a faixa etária, revelam diferenças importantes entre as distintas áreas de cobertura das unidades básicas de saúde. Os coeficientes de incidência mais elevados em crianças menores de um ano e no grupo de um a quatro anos ocorreram em áreas cujas características principais são: crescimento urbano desordenado, com áreas de invasões de população sem-teto, altas taxas migratórias, favelas e bolsões de miséria.

Na região do Distrito de Saúde Sudoeste, uma das regiões de Campinas com os piores indicadores socioeconômicos, que agrega algumas das áreas com aquelas características anteriormente citadas, o perfil de distribuição da doença reproduz esse mesmo padrão. A área de classe média, com urbanização mais antiga e com população mais

estável, apresentou coeficientes semelhantes aos do município como um todo. As áreas de bolsões de miséria, de baixa cobertura e de migração recente apresentaram os piores indicadores.

As áreas de abrangência do Centro de Saúde São Cristóvão, do DIC-I e Vista Alegre foram as que se destacaram com os coeficientes de incidência mais elevados. A primeira, por exemplo, apresentou um CI de 789,5 por 100 mil habitantes para os menores de um ano, um coeficiente também alto para o grupo de um a quatro anos, e bastante elevado para a população de adultos jovens, sendo três vezes maior que o do município como um todo. A área do DIC-I, por exemplo, apresentou o maior CI do município para o grupo de um a quatro anos, sendo quase três vezes maior. A área de abrangência do Vista Alegre apresentou um coeficiente elevado para os adultos jovens, entre 20 e 24 anos, sendo três vezes maior que o do município, indicando presença de população migrante, oriunda de regiões de baixa cobertura vacinal.

Em resumo:

A partir dos dados epidemiológicos disponíveis e das entrevistas realizadas, constatou-se que alguns problemas no modelo tecnicoassistencial foram responsáveis pelo perfil de ocorrência do sarampo na região de Campinas, particularmente no município de Campinas.

O modelo tecnoassistencial, no município de Campinas, com raras exceções, guia-se quase que exclusivamente pela assistência individual. Atividades que visem a proteção da saúde com caráter mais coletivo ou a definição de estratégias diferenciadas para grupos de maior risco de adoecimento, como nos bolsões de miséria e de baixa cobertura vacinal, não fazem parte do planejamento e ação da maioria das equipes de saúde. O que poderia ser questionado é se a ausência de um trabalho 'para fora' não se dá apenas por 'falta de pernas', como afirmaram vários entrevistados, ou é pela concepção mesma de organização da assistência a partir da demanda.

Os dados da epidemia mostraram que a doença se instalou preferencialmente em grupos de pessoas desprotegidas, havendo uma concordância entre os entrevistados de que a forma como a 'assistência' na rede está organizada não prioriza esses grupos vulneráveis.

O município está discutindo uma proposta de inversão do modelo tecnoassistencial, na expectativa de que as unidades possam, além da assistência individual, trabalhar com a lógica do território, conhecendo o seu entorno e definindo as prioridades baseando-se nas necessidades e nos riscos encontrados.

A cidade de Campinas, comparada com outros municípios da região, avançou muito em relação à descentralização da vigilância epidemiológica para os distritos e para as unidades básicas de saúde. Todas as unidades têm pelo menos um profissional responsável pela vigilância. As equipes conseguem executar bem as ações, geralmente são eficientes no controle de epidemias, a exemplo do que ocorreu com a meningite, sarampo e dengue, só para citar as ocorrências de 1996 até 1998.

A rede de saúde do município, aí incluindo as unidades básicas e as equipes especializadas de vigilância dos níveis regional e central, é ágil nas respostas tanto para problemas emergenciais ou mesmo nas situações de rotina de casos de doenças de notificação, apesar de haver uma certa dependência dos níveis locais em relação aos regionais. Porém, as atividades de vigilância epidemiológica ainda são vistas na rede básica como burocráticas e complexas, e o 'olhar vigilante' ainda não foi incorporado às equipes como um todo.

Esse diagnóstico de que o 'mundo da vigilância' não está incorporado ao 'mundo da assistência' (o contrário também é verdadeiro), e da não-priorização de atividades de prevenção e promoção de saúde, não é exclusivo do município de Campinas, podendo ser observado em outros locais da região e também do Estado. Os níveis regional e central da vigilância epidemiológica do Estado, com base em uma desestruturação progressiva em curso na década de 90, não conseguiram interferir de forma positiva na inversão desse modelo. Atividades tradicionais de saúde pública como, por exemplo, a campanha de vacinação dos escolares, que era uma forma de cobrir suscetíveis nesse grupo etário, está abandonada na maioria dos locais, restrita a algumas experiências localizadas, dependentes dos profissionais da área de educação, sem uma avaliação das equipes da saúde pública.

É de se pensar se esses problemas relativos ao modelo tecnicoassistencial não podem comprometer seriamente a proposta de eliminação/erradicação do sarampo para 2000.

5.4. Hipótese 4: Debilidade dos processos de gestão dos recursos humanos.

O que revelaram as **entrevistas**

Comentário dos depoimentos dos auxiliares de enfermagem

O grupo localiza problemas estruturais e de gerenciamento em algumas unidades que podem estar afetando o acesso da população à vacina, principalmente a falta de recursos humanos para cobrir todos os horários de atendimento. Consideram que, para a atuação específica na vigilância epidemiológica, o profissional deve ter um perfil próprio, principalmente de iniciativa. A propósito das estratégias para estimular o 'olhar vigilante', acreditam que a instituição deveria investir mais em treinamentos e reciclagens, pois os que existem são restritos a poucos profissionais e muito esporádicos. A propósito do conhecimento específico do sarampo, o grupo tem muitas dúvidas (até se os casos confirmados foram mesmo de sarampo), e conhecimentos distorcidos da realidade epidemiológica da doença, muitos deles adquiridos por meio da mídia, no momento da epidemia.

A seguir, alguns trechos dos depoimentos:

"Só que é sempre assim, na hora da conversa é tudo bonitinho... só que a hora que você chega lá pra trabalhar, a realidade é outra..."

"Então, às vezes não tem ninguém pra ficar de manhã, por exemplo..."

"O quadro de funcionários tá bom? Porque também tem disso, porque não tem funcionário, ou tem pouco funcionário pro setor..".

"Lá abria às nove e mandava vir até às três horas...às vezes tem mãe que trabalha, que tem que voltar no dia seguinte... deve ser uma coisa de organização do setor também..."

"Lá, por exemplo, a moça da sala de vacina fica na coleta até nove, nove e meia, quem chega pra vacina tem que esperar..."

"Não, a vacina do sarampo a gente faz até altas horas mesmo, tem que fazer não importa se a moça foi embora, outra vai lá e faz... mas assim, algumas vezes, tem isso que ela falou... tem hora que não dá..."

"É, tem essa falta de funcionário, por exemplo, num dia de BCG numa unidade é difícil fazer sarampo... porque BCG a gente agenda porque faz grupo, tem palestra,

demora mais, então se chega alguém querendo outras vacinas, a gente fala, se quiser esperar tudo bem, mas é uma demora muito grande..."

"No meu tempo, no dia do BCG... alguém sempre ia me ajudar, o enfermeiro... ou uma outra pessoa, aí eu ficava com o grupo, e ela ficava fazendo outras vacinas... pra não ficar lá a pessoa esperando... aí quando eu fui pra vigilância, eu também ia lá ajudar, pra não ficar aquela coisa empatada... aquelas mães esperando muito tempo".

Sobre o olhar vigilante da equipe: *"Tem o olhar, tem....mas nem sempre é usado..."*

"Como assim, nem sempre a equipe é mobilizada, é isso?"

"Nem sempre você tem continuidade... é um ou outro... tá longe da gente atingir o objetivo... tá muito longe..."

"Acho que tem que ter perfil... não adianta ficar olhando pras paredes, tem que ter iniciativa..."

"Tem que saber, ir atrás dos casos, saber o que fazer, e quando não souber procurar, quem sabe, e não é qualquer um mesmo".

"...vigilância, tanta coisa nova! Aí fiz aquele curso de vigilância que teve, por sinal muito bom, e eu fui... acho que a oportunidade de fazer aquele curso foi só eu e a outra que trabalhava na vigilância antes de mim, aprendi muito, tudo que eu sei, praticamente aprendi lá... e o restante fui aprendendo no dia-a-dia, conversa com um, conversa com outro... mas pra você pegar uma vigilância sem ter noção de nada não dá... aí você come bola mesmo... acho que se oferecer um treinamento de vigilância todo mundo vai querer, com certeza...."

"Tem, mas acho que fica um pouco a desejar... não assim o conteúdo do treinamento... acho que é restrito só a alguns funcionários, geralmente quem vai?... os mesmos... geralmente tem sido eu" (é um profissional que trabalha na vigilância epidemiológica).

"Treinamento dentro da unidade... de não pra sair pra fora... tivemos o ano passado com a moça da vigilância do distrito... faltou pessoal da turma da tarde, da noite, médico que eu acho tão importante tá participando!"

"Agora pega esse pessoal que teve treinamento e vê se sobrou alguma coisa..."

"Eu trabalhei num Centro de Saúde, era um Centro de Saúde que tinha cinco funcionários... aí quando tinha uma coisa diferente na semana, no final da semana, a gente

se reunia com o enfermeiro, naquela época não tinha coordenador, e a gente perguntava, e dali surgiam muitas outras perguntas... agora aqui em Campinas, eu acho que a maioria dos Centros de Saúde é assim: vamos debater isso que está acontecendo, isso que tá acontecendo aqui e agora, entendeu? É dengue, é sarampo? Passou o sarampo, passou... e, de repente, lá vem um cartaz falando da hanseníase... aí todo mundo vai pensar na hanseníase, entendeu? Então eu penso assim: tem treinamento? Tem, mas assim, poderia melhorar em alguma coisa..."

"Que falta treinamento, falta... são muito rápidos, não fala sobre todas as doenças..." falta de tempo nosso, também... uma minoria participa... mais ou menos 20 % da equipe?"

"Eu não tinha pego caso de sarampo até então...achava que não existia mais".

"Foi confirmado mesmo que era sarampo?...E por que o sarampo, podia ser rubéola, reação vacinal... tinha uns casos que até parecia dengue..."

"Acho que tem que ser o mais próximo de 100%..." (a cobertura vacinal).

"Se falou de um vírus diferente também na época, não teve esses comentários? Que era um mutante, que a vacina não estava fazendo efeito..."

"...mas tem um pico não tem? Porque teve um pico em 87, não teve, e depois não teve em 97? Então de dez em dez anos... acho que tem que fazer uma investigação da qualidade dessas vacinas...agora se diz que é sarampo mesmo, né?"

Comentário dos depoimento dos enfermeiros das unidades básicas:

Os enfermeiros, assim como os auxiliares de enfermagem, acreditam que há deficiência de recursos humanos, o que limitaria a ação da unidade na área de vigilância em saúde. Acham que o profissional deve ter um perfil especial para atuar na saúde pública, algo que seja inerente à pessoa como, por exemplo, o compromisso e o envolvimento com o trabalho. Além desse aspecto inerente à pessoa, reconhecem que é necessário um investimento da instituição na formação das pessoas, principalmente por meio de treinamento em serviço, pois acreditam que há falhas na formação básica. Quanto ao sarampo, ainda existem dúvidas a respeito de diagnóstico diferencial para as doenças exantemáticas, apesar da vivência da epidemia de sarampo. Apresentaram dúvidas sobre o aspecto clínico da doença, se a mesma estaria

mudando com o passar dos anos. Um membro do grupo já havia ouvido falar sobre a proposta de erradicação do sarampo.

A seguir, alguns trechos dos depoimentos:

"Nós temos problemas pra fazer a vigilância em saúde, pra sair do Centro de Saúde, pra ir atrás de faltosos, fazer uma busca ativa, essas coisas. Por falta mesmo, de RH, de viatura..."

"Tem coisas que eu não sei, é uma luta na minha cabeça: tem coisa que é inerente à pessoa. Tem pessoas que são mais espertas, têm mais compromisso, parece que pegam aquilo com amor mesmo e faz; querer descobrir as coisas, ter iniciativa. Mas tem que investir, precisa..."

"O pessoal não tem formação pra isso, nem o próprio médico, nem as auxiliares de enfermagem...o enfermeiro está mais bem formado..."

"Acho que tem que fazer mais treinamentos pro pessoal se sentir mais seguro"

"Pra ficar todo mundo bem treinado todo mundo tem que passar pela vigilância um tempo, fazendo vigilância mesmo...mesmo que todo Centro de Saúde tenha alguém fazendo vigilância, tomando conta dos papéis..."

"Acho que também tem que fazer diagnóstico precoce".

"O que parece ser uma coisa bem complicada hoje em dia, porque parece que o sarampo não é mais como o sarampo de antigamente... parece que o que se viu na epidemia é que tinha mudado..."

"Estou falando por experiência, não a minha experiência, eu já vi sarampo, mas vi pouco e não dá pra falar como era e como é agora. Mas tem um médico da minha unidade que vivenciou uma epidemia no Nordeste, e ele diz que antigamente ele chegava e olhava e sabia que era sarampo. Hoje em dia é difícil só com a clínica saber que é sarampo...parece que a doença ficou mais leve, o exantema não é como era..."

"Acho que precisa fazer reciclagem sobre doença exantemática, pois não se faz diagnóstico precoce, pois os profissionais têm ainda muita dúvida. Por exemplo, a diferença entre sarampo e rubéola..."

"Eu não lembro a data, mas eles propunham erradicar o sarampo do Brasil. Essas campanhas de vacinação antigamente eram só a nível estadual e agora está sendo a nível

nacional. Também a multivacinação era só estadual e agora é nacional. Acho que a proposta é a partir de campanhas, aumentar a cobertura, vacinar todo mundo, erradicar. Mas vai ser meio complicado porque daqui a pouco vem de novo... sei que o único jeito é vacinar nessa faixa etária mais suscetível e manter essa vacinação..."

Comentário dos depoimentos dos coordenadores das unidades básicas:

Diferentemente dos outros dois grupos, os coordenadores, até pelo papel que ocupam, apresentaram alguns conflitos e situações que vivenciam no seu dia-a-dia na gerência dos recursos humanos. Segundo a opinião do grupo, alguns problemas, fora da esfera de sua governabilidade, podem afetar as tentativas de 'formação' e motivação que são feitas com os recursos humanos na unidade básica de saúde. A deficiente formação acadêmica e a alta rotatividade de pessoal foram os dois problemas apontados. O primeiro pode ser um fator complicador, mas os gerentes vêem possibilidades de intervenção pelo treinamento em serviço. Sobre esse aspecto, aparece um conflito, uma espécie de sensação de 'impotência' ou 'impossibilidade' diante de uma característica que é intrínseca às pessoas, de ter ou não o 'olhar vigilante' e o compromisso com o serviço público, independentemente do que se possa fazer de 'investimento' sobre elas. É como se a gestão não pudesse mudar ou transformar essa característica dos profissionais, de insatisfação ou pouco envolvimento com o trabalho. Da mesma forma que os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros, o profissional deve ter características 'especiais' para trabalhar na saúde pública, ou na vigilância, pouco importando o investimento que se faça. A propósito do conhecimento específico do sarampo, o grupo nunca ouvira falar do plano de eliminação/erradicação do sarampo, elaborado pelo Ministério da Saúde.

A seguir, alguns trechos dos depoimentos:

"Muitos profissionais saem direto da faculdade e caem direto no serviço público, e chegam com aquela visão assistencialista, medicalizante, tem que atender e o paciente sair com uma lista de medicamentos, exames..."

"A universidade não 'forma' pra algumas patologias que estão fora de moda... então eles tinham uma certa insegurança, pensavam, será que não é rubéola, alergia, um chamava o outro pra discutir os casos..."

"...o enfermeiro, geralmente ele não é formado pro "olhar vigilante", apenas pra tratar sinais, sintomas, cuidados de enfermagem específicos..."

"Essas coisas ficam mais restritas a quem faz curso de saúde pública, no básico mesmo você não tem isso..."

"Acho que não é válido pra tudo: tem algumas coisas que a academia nos dá, e se você não lembra, você vai atrás, tem um básico. Agora, tem umas outras coisas que você tem que direcionar o profissional pra isso. Se não, não tem como avaliar, cobrar, pois você não deu..."

"Aí a instituição deveria garantir, só pela boa vontade da pessoa, ela não vai aprender... a gente tem os manuais, a gente chama pra discutir caso, mas se você não teve aquela formação, não adianta buscar só bibliografia..."

"Ontem mesmo eu estava conversando com um médico, aí surgiu uma dúvida, e ele disse assim: - ah, gente, vamos lá, procurem aí, pois tudo que eu sei aprendi com vocês".

"O que complica muito é essa rotatividade da rede. Por exemplo, quando descentralizou o acidente de trabalho, a gente treinou, isso foi em 94, de lá pra cá muitos treinados já saíram... já rodaram tanto na rede, tem que ser um processo constante, uma coisa dinâmica..."

"De nada adianta investir, sensibilizar, aí o profissional está redondinho, você investe, aí vai embora..

"Aí vem alguém, fala: rua..."

"Aí começa a mesma ladainha... acho que a instituição tem que garantir esse tipo de coisa".

"Não pode esquecer que esse problema está ligado à alta rotatividade do pessoal, às vezes até a instituição treina, mas a rotatividade compromete demais..."

"Esse 'olhar vigilante'... acho que não é uma coisa só da formação, do investimento que se faz no profissional... acho que é uma coisa mais interna (da pessoa)*, que ela vai incorporar ou não..."*

"Ah, eu também acredito nisso..."

"Você pode dar mil treinamentos..."

"Acho que é do próprio profissional..."

"Acho bem difícil conseguir isso.. acho que resolve muita coisa, mas..."

"É um desafio...tem gente que faz o projeto de capacitação, faz, faz e sai do mesmo jeito que entrou, entra por um ouvido e sai pelo outro..."

"Acho que a pessoa tem que se perguntar mesmo, o que ela está fazendo no serviço público, por que veio?... o que motivou? - você quer um bico, ou quer realmente colaborar com um processo todo de saúde do município?"

"E os profissionais ficam descontentes com isso, às vezes é medicação que você não tem... uma época a gente não tinha rifampicina... você fica tentando, mas se falta, - oh, o hipertenso tá aqui, mas falta o medicamento... é todo um clima que não favorece que o profissional tenha esse "olhar vigilante"... ele vai ali pra cumprir aquele tempo, preencher aquele espaço, acaba vai embora".

"Tem o compromisso de alguns, o que dá esperança pro coordenador continuar é isso, que alguns respondem legal, quando a gente chama pra falar sobre temas importantes... alguns já têm essa preocupação, esse olhar vigilante... mas o ambiente que a gente vive, a situação só fala de salário, holerite, então, assim, o ambiente não propicia que a pessoa se motive pra isso...

"Até a gente que é tão assim, que tem esse "olhar vigilante", tem momentos que desmorona..."

"A gente sabe que nós é que temos que puxar..."

"Sacudir a bandeirinha do SUS..."

"A gente é que vai lá, veste a camisa: - não gente tem jeito, vamos, isso dá certo!"

"Tem que ter alguma coisa que nos motive..."

Sobre como estimular os profissionais: *"Não digo que seja só financeiro, acho que a gente precisa pensar uma maneira de ter esse compromisso. Acho que a gente tem que dar alguma coisa em troca. Não adianta só solicitar, - oh, você vai fazer isso e isso, acho que é tudo uma questão de toma lá, dá cá..."*

"...por exemplo, alguém recém-formado que vem pra rede, tirando a atual circunstância, a gente deve mostrar realmente o papel do serviço público, da rede, o que a gente pode fazer realmente dentro do SUS, dá pra gente fazer muito, tem muito pra fazer..."

"...valorizar a ação do profissional...ter uma certa flexibilidade na agenda pra estimular espaços de discussão...acho que a gente pode dar mais, acho que isso a gente até faz..."

"Essas coisas a gente faz, dá pra fazer, é papel da gente..."

Sobre treinamento em serviço: *"Não precisa de coisa grande, é bem básico...as pessoas pensam em treinamento, vamos chamar não sei quem, chamar o papa, pode fazer uma coisa por região, menor, sabe, duas/três horas bem discutidas no básico, pra pessoa incorporar, falar, falar, uma hora..."*

"É quando aconteceu a epidemia, as pessoas comentavam: - ah, mas já não erradicou o sarampo? - Todo mundo questionava, mas não me lembro de ter discutido isso, em treinamentos" (sobre a estratégia de eliminação/erradicação do sarampo).

"olha só...mas isso não foi divulgado...talvez a vigilância pudesse ter acesso... porque não chegou pra gente..."

O comentário do depoimento do profissional do nível regional municipal (VISA SUDOESTE)

Este profissional enxerga a problemática da gestão dos serviços, particularmente dos recursos humanos, sob outra ótica, um pouco diferente do grupo dos coordenadores. Existem dificuldades para fixar profissionais nas unidades mais 'difíceis', ou seja, as mais distantes, com algum grau de marginalidade na área de abrangência, mais carentes e as que mais necessitam de recursos humanos qualificados e envolvidos. Acha que a instituição não consegue desenvolver uma política para atrair os profissionais. O número de enfermeiros nas unidades é muito pequeno, de acordo com as necessidades, principalmente para fazer o trabalho externo à unidade. Além disso, os enfermeiros que se destacam são convidados a assumir o papel de gestores. Quando foi realizada a descentralização da vigilância epidemiológica para a rede básica, em 1993, houve um investimento por parte da regional, tanto como em treinamentos mais longos, uma espécie de 'treinamento básico de vigilância epidemiológica'. Compartilha de opinião semelhante à dos auxiliares, enfermeiros e coordenadores, de que alguns profissionais "não tem jeito pra coisa", para a vigilância, para a saúde pública, ainda que seja capacitado, como se a falta de compromisso fosse 'inerente' à

pessoa. Em virtude da grande rotatividade de pessoal, nesse momento a equipe de vigilância da regional investe no treinamento em serviço com bons resultados. Em relação às questões específicas do sarampo, este profissional foi capacitado em 1994, porém, não conseguiu reproduzir o treinamento para a rede. Não conhecia a proposta de eliminação/erradicação do sarampo.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"*É, e essas áreas são suscetíveis a tudo...inclusive de estruturação dos serviços de saúde... porque ninguém quer ir lá praqueles cantos, médicos, enfermeiros... então, a hora que você analisa os Centros de Saúde, alguns têm um enfermeiro... no geral, é a regional com menos enfermeiros na Secretaria de Saúde... por exemplo, nas áreas melhores* (do próprio distrito) *tem duas enfermeiras, e nas unidades de lá* (nas "piores") *tem uma enfermeira...O DIC-III, por exemplo, ficou com duas enfermeiras, nessa época crítica, que logo saíram, e então passou uma parte da epidemia sem enfermeira, só com auxiliar...e auxiliares também meio perdidas, pois quando o enfermeiro saiu...*"

"*...pra médico tem* (salário diferenciado pra trabalhar nessas áreas), *pro enfermeiro, ele ganha lá uma percentagem, mas que pra muita gente não é atraente... quando abre remanejamento, muitos querem vir pro centro. Mesmo aqueles que no início se entusiasmaram... são muitas dificuldades: no transporte, mesmo pra quem tem carro, ele às vezes atola, às vezes roubam o carro...é muito problema...*"

"*...ou então muitos quando começam a se destacar, são convidadas a coordenar serviços, porque também tem essa característica, a Sudoeste, são coordenadores novos... que geralmente eram enfermeiros das unidades...então abre buraco na assistência...aí não tem como estruturar as coisas direito mesmo... eu acho que faz falta a enfermeira na unidade cuidando dessa parte aí...porque daí, quando tem uma, ela pensa tudo...a gerência, ela pensa a assistência direta, ela tem que pensar a vigilância...e também as unidades que ficam abertas até às nove horas e enfermeira que faz sete horas...ninguém dá conta de fazer tudo...então tem a falta do profissional e o despreparo mesmo...as unidades são tocadas por auxiliares mesmo...e falta do enfermeiro pra fazer assistência, pra fazer busca de casos...*"

"Isso aí eu senti que foi meio assim: oh, nós vamos descentralizar a vigilância epidemiológica e vamos...e foram... aí quando aparecia um bloqueio não sei onde, alguém dizia como fazer, mas foi treinamento em serviço...aí a gente ia, passava o dia na escola onde tinha um caso de hepatite, por exemplo, e fazia os relatórios junto...mas muita gente foi saindo, chegando outras..."

"...nós fizemos um treinamento básico de vigilância quando era as duas regionais juntas, depois disso já fizemos outro, e do ano passado pra esse a gente programou ir nas unidades...uma por uma, revisando, reciclando e discutindo o que eles querem saber, daquilo que mais acontece na unidade...então eles querem que a gente fale daquilo, instrumentalize praquilo. Agora já tem alguns resultados: tem unidade que investiga direitinho tudo, já preenche sozinha os relatórios, já manda..."

"Agora que tem duas enfermeiras na vigilância epidemiológica, a gente começou a fazer treinamento unidade por unidade, bem do zero, o que é sistema de vigilância, o que faz o vigilante".

"E tem muito de pessoal, tem gente que não adianta ser treinado, que chega e fala: - eu não gosto disso, não dá, me troca de setor...logo que eu cheguei, e comecei a conversar, os coordenadores diziam assim pra mim: - eu faço um rodízio - e aí todo mundo tem que fazer tudo...então o mês que a pessoa cair com a vigilância e ela não gostar aquilo é um castigo pra vida dela..."

"..aí começamos a conversar, que talvez não fosse o ideal...porque tem que sair da unidade, fazer visita, bater na porta da casa das pessoas, e não é todo mundo que entra na casa. Tens uns que batem e falam, e se o paciente não está não é capaz de entrar, futricar, tem que futricar, né? Alguns dizem:- ah, não está, então, tiau - vira as costas e vai embora...não investiga direito, não checa se o endereço está correto..."

"...eu voltei do treinamento (de sarampo, realizado em 1994)*, trouxe o manual novo, mas também não tinha uma estrutura, um programa, um planejamento da regional, pra poder divulgar essas coisas".*

"...olha, eu lembro bem da pólio, que se falava bastante...mas sarampo, a gente ouvia falar que cada vez diminuía mais o número de casos ...acho que uma vez teve uma divulgação grande na TV sobre sarampo, acho que foi junto com a pólio, falando que

sarampo mata, pra não deixar de vacinar...agora erradicar, desde 1994 que estou aqui na regional, não discutimos nada, não..."

Comentário do depoimento do nível central municipal (CoViSA)

Com este profissional, foram abordadas as questões mais específicas de capacitação para a vigilância epidemiológica do sarampo, particularmente os treinamentos de que as equipes de vigilância participaram e (ou) reproduziram. Durante os anos de 1993 e 1994, em um trabalho conjunto com o antigo ERSA de Campinas, houve um investimento grande em capacitação de sarampo e rubéola para as equipes de vigilância dos níveis central e regional do município. Esses treinamentos, em geral longos, não eram reproduzidos na íntegra para a rede básica. Os itens considerados prioritários como, por exemplo, o novo instrumento de coleta de dados, eram repassados. Apesar desses treinamentos, este profissional não conhecia a proposta de eliminação/erradicação do sarampo elaborada pelo Ministério.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"Então acho que essa relação sempre foi boa (com o nível regional do Estado), *de parceria...não só em discussão de casos, mas também para treinamentos, é uma relação que constrói, que ajuda... desde a época que existia o grupo de vigilância, que num momento ficava dentro da DIR..."*

"Na vigilância das regiões teve gente que fez...nós não reproduzíamos na íntegra aquela capacitação...a gente fazia treinamento, pinçando as informações mais importantes pras equipes locais...aquela capacitação que usava o manual de capacitação foi feito pelas equipes regionais mesmo...pro nível local a gente apresentava a nova forma de estar investigando sarampo/rubéola...era mais objetivo, mais enxuto..."

"...o que eu me lembro é que se falava em controle, não se falava em erradicação não...não me lembro de nenhuma discussão mais aprofundada nas equipes de nível regional, nem de nível central...nessa época eu cuidava menos do sarampo, pode até ter tido e eu não ter participado..."

"Com certeza não era como a pólio, que qualquer indivíduo comum sabia que a proposta era erradicar... eu, como técnico da área de vigilância, não sabia..."

Comentário do depoimento do nível regional estadual (DIR XII Campinas):

Durante os vários treinamentos que foram realizados pelo antigo ERSA e, a seguir, pela direção regional, abordou-se a proposta de eliminação/erradicação do sarampo junto aos municípios participantes. Quando aconteceu a reforma administrativa do Estado, em 1995, e a incorporação de outros municípios à região, essa política de treinamentos, reciclagens e supervisões sofreu um certo abalo, pois a equipe da regional continuou sendo a mesma. Na verdade , até piorou, em virtude de sofrer algumas perdas. A equipe regional não conseguiu mudar suas estratégias de atuação e a sensação é de estar acuada e sem o controle da situação. Este profissional localiza também um problema na formação básica dos profissionais de saúde, que só é voltada para a assistência individual, sem um enfoque na prevenção.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"Várias vezes, a nível de Secretaria de Saúde do Estado, do CVE, foram feitos vários treinamentos de sarampo e rubéola, a gente repassou esse treinamento para os municípios da região...nós fizemos dois anos seguidos, treinamento..."

"Sim, e no ano seguinte, também...chegamos inclusive a fazer um TBVE (Treinamento básico em vigilância epidemiológica*), não lembro se foi 94...naquela época era ERSA 27. O problema é aquilo: você programa uma capacitação, tem município que não vem...você não consegue 100% dos municípios...principalmente quando a região é tão grande...quando era ERSA e só 12 municípios, era bem tranqüilo...você forçava a barra, fazia corpo a corpo...quem não vinha, você ia atrás...agora quando passou pra 500 mil municípios...aí complicou bastante...muito distantes, a maioria deles não tinha nem um responsável por vigilância...era um bombril, que fazia tudo...super complicado..."*

"Você tinha um controle maior, sabe? Porque geralmente a equipe de vigilância ela é uma equipe pequena...se não é uma equipe grande, você tem uma dificuldade de supervisão".

"...então você tinha uma equipe pequena que dava conta de 12 municípios ....meio que se descabelando, mas dava...de repente, um monte..."

"Aí complicou mesmo, porque aí perdeu-se o controle ...a equipe regional não aumentava, só diminuía...só perdia gente...e de repente entrou esse monte de

município...então a briga, era um corpo-a-corpo, era um desgaste muito grande....não sei agora como está..."

"*...também tem a formação do profissional, passa desde a universidade...o profissional não é formado pra prevenção, é formado só pra assistência...*"

Comentário do depoimento do nível central estadual (CVE):

Este profissional acredita que, com o advento da municipalização e após tantas reformas administrativas, houve queda na qualificação dos profissionais que ficaram na vigilância epidemiológica estadual. Os períodos de maior investimento em relação às capacitações para a vigilância epidemiológica do sarampo, para as equipes regionais e dos municípios, foi no início da década de 90, no momento da implantação do programa de controle da rubéola e da síndrome da rubéola congênita. Em 1996, pouco antes da epidemia, a equipe do nível central ia começar a capacitação da equipe e das regionais do Estado para assumir o plano de erradicação proposto pela OPAS/Ministério da Saúde, quando 'estourou' a epidemia. O profissional questiona as diretrizes do programa de erradicação, pois, segundo sua opinião, as estratégias propostas 'ferem' as diretrizes da imunização de rotina. Se é isso, deveriam ser instituídas apenas 'campanhas' e, assim, demonstrar que os governos estão sendo incompetentes para manter suas vacinações de rotina.

A seguir, alguns trechos do depoimento:

"*A qualificação técnica das pessoas que permaneceram na vigilância estadual também piorou um pouco*".

"*Um grande momento de investimento no programa de sarampo, foi no momento da implantação do programa de rubéola e controle da rubéola congênita, em 1992. Era também um momento da reformulação do programa do sarampo...De 92 pra frente, não sei precisar muito bem, teve alguns treinamentos, mas na verdade a programação estava sendo feita em 1996, pra começar 97 com o plano de erradicação. Nesse período, entre 92 e 96, foi feito alguma coisa, mas nada incisivo. Tiveram algumas mudanças em relação a diagnóstico laboratorial, então toda vez que tinha qualquer alteração dessa, havia um movimento de repassar pras vigilâncias das DIRs e depois chegava até os*

municípios...exceção era feita aos municípios maiores que eram sempre chamados pra essas reuniões. Mas eram coisas assim mais pontuais..."

"Hoje eu acho que todos os processos definidos pelo Ministério da Saúde e pela OPAS foram implantados aqui no Estado. Só que eles foram assumidos de forma mais burocrática, dado que sarampo não era mais um problema".

"Essa coisa da "erradicação do sarampo no ano 2000" era uma palavra de ordem meio vazia..."

"Se não temos capacidade, competência pra operacionalizar um programa de vacinação baseado na rotina...por esses e aqueles motivos e tal, não demos conta dele...e também não queremos parâmetros iguais aos de 20 anos atrás, ou iguais aos da África...então a estratégia vai ser essa: é campanha! Então eu nem me incomodaria de assumir essa cultura de campanha, só acho que tem que estar mais clara a proposta..."

O que mostraram os **documentos:**

Cabe aqui um parêntesis. Como a hipótese formulada é abrangente, e diz respeito à gestão dos recursos humanos, a documentação aqui consultada traz um foco mais particular ainda sobre um pequeno aspecto da gestão de recursos humanos. É sobre o plano de eliminação/erradicação do sarampo, formulado pelo Ministério da Saúde em 1992 e as estratégias de capacitação e comunicação adotadas em torno dessa proposta. Esse olhar particular não pretende entrar no mérito da proposta em si, questionando seus objetivos, mas discutir se as diretrizes elaboradas chegaram aos atores, que deveriam dar conta da 'execução' do plano.

Voltando aos documentos, os mesmos estão relatados da p. 103 à 111. A primeira impressão que se tem pela leitura, desde o documento preliminar de 1991, é que a proposta de eliminação/erradicação do sarampo era e ainda é um grande desafio e implicaria uma prioridade política de governo, com envolvimento de gestores, profissionais mais especializados da área de vigilância epidemiológica e da rede básica. É possível que as metas não sejam exeqüíveis, pelas características da própria doença, que necessita de altas coberturas vacinais – próxima dos 100% - e de uma vigilância epidemiológica de qualidade quase ótima para que tais metas sejam alcançadas.

Outra avaliação que pode ser feita após a leitura dos textos, é que estas metas foram modificadas ao longo desses anos, de 1992 até 1999. Apesar do objeto de investigação deste trabalho ser a epidemia de 1997, a documentação analisada estendeu-se ao período posterior à epidemia, para melhor compreensão da história do plano de eliminação/erradicação.

Pela leitura dos documentos, fica claro que a erradicação do sarampo é a etapa posterior à eliminação da doença, na qual já não ocorrem surtos ou epidemias. A meta de erradicação do sarampo proposta pela Organização Mundial de Saúde está prevista para o ano 2005 e 2010. Porém, para as Américas, a partir de 1998, adotou-se como estratégia de 'mobilização', a adoção do termo erradicação do sarampo para 2000, sem antes ocorrer a etapa da eliminação. Longe de uma diferença semântica, essa confusão traz à tona outra discussão, que é a diretriz da proposta e a forma como ela está sendo interpretada e executada pelas equipes de saúde.

No Estado de São Paulo, o único documento disponível até o momento, elaborado no final de 1998, reforça a proposta de eliminação do sarampo para 2000. O Ministério da Saúde, no entanto, está levando a cabo a proposta de erradicação, inclusive contratando técnicos para colaborar com os Estados na viabilização dessa última.

De qualquer modo, em uma ou outra proposta, está previsto, e já estava antes de 1997, um componente importante, qual seja, a capacitação de todos os profissionais de saúde envolvidos no 'combate' ao sarampo, além de outras estratégias de divulgação do plano para a opinião pública. Um dos documentos consultados, elaborado por uma equipe da OPAS e do Ministério da Saúde, para avaliação da implantação do plano no Estado de São Paulo, detectou o desconhecimento por parte das equipes regionais e locais do plano de eliminação de sarampo. Diz o relatório que as normas técnicas até foram discutidas com os níveis regionais e municipais, mas, para o nível local, as informações foram repassadas de forma burocrática, sem discussão com as equipes (BRASIL, 1998d).

A impressão que se tem é de que a epidemia de sarampo de 1997 'atropelou' a implantação dos planos de eliminação ou erradicação e significou um momento de reavaliação das estratégias adotadas até então, além da constatação de que os planos anteriores não haviam logrado o sucesso esperado. Entre outros aspectos, não se tornara

uma prioridade política dos governos e nem foram realizadas todas as capacitações e treinamentos dos profissionais de saúde envolvidos na proposta.

Em resumo

A maioria dos entrevistados não conhecia ou ouvira falar da proposta de eliminação do sarampo antes ou depois da epidemia de 1997. Alguns imaginavam que o sarampo não existia mais, dada a raridade do evento. Essa percepção, porém, não estava aliada à idéia de uma proposta governamental de eliminar a doença. Enquanto o grupo dos auxiliares de enfermagem das unidades básicas de saúde tem dúvidas básicas a respeito da doença e conhecimentos distorcidos da realidade epidemiológica do sarampo, o nível central da vigilância epidemiológica estadual formula críticas já mais fundamentadas a respeito da estratégia de erradicação do sarampo na forma como foi concebida pela OPAS . Esse desconhecimento da proposta por parte de outros profissionais de saúde da rede do Estado de São Paulo também foi detectado em um dos documentos analisados. Vale destacar aqui a distância entre os que formularam as políticas e os que as executam.

Por outro lado, percebe-se, pela própria história da formulação da proposta de erradicação, várias mudanças de rumos, o que pode ter dificultado a incorporação e a difusão da proposta de forma clara a todos os atores que deveriam executar a proposta. No Estado de São Paulo , até o período imediatamente anterior à epidemia de sarampo de 1997, a proposta foi assumida de forma burocrática, e sua discussão ficou mais restrita aos técnicos do nível central e regional do Estado.

Quanto aos outros aspectos da gestão dos recursos humanos, percebe-se um traço comum na concepção das unidades básicas e do nível regional municipal, de que existe um perfil *a priori*, ligado à pessoa, para se atuar em saúde pública e vigilância epidemiológica, e que resolve pouco a intervenção da gestão e a realização de capacitação para o exercício da atividade. O compromisso e o envolvimento profissional já seriam 'regras' pré-estabelecidas, em que a gestão tem pouca governabilidade.

Outras 'regras' parecem estar presentes que interferem na gestão dos recursos humanos como, por exemplo, a instituição não ter políticas que garantam a fixação do profissional; as instituições de ensino 'formam' mal os profissionais, que saem da

universidade sem uma visão de saúde pública, tendo os olhos apenas para o atendimento individual, pouco importando os problemas coletivos.

Em relação às estratégias de capacitação adotadas para se desenvolver o 'olhar vigilante' no Estado, aquelas que dizem respeito à doença, uma série de treinamentos foram realizados por meio da implantação do programa de controle do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, em 1993 e 1994. Após esse período, alguns encontros mais pontuais aconteceram por ocasião da mudança de normas técnicas, envolvendo-se as regionais do Estado e os municípios maiores. No município, os técnicos de nível central e das regionais participaram das capacitações organizadas pelo antigo ERSA, naqueles anos referidos. O repasse para a rede básica, porém, dava-se de forma mais rápida, com as informações prioritárias, como o uso da nova ficha epidemiológica, por exemplo.

Como o processo de descentralização da vigilância epidemiológica para a rede básica no município de Campinas é relativamente antigo, em 1994 e 1995, foram realizados alguns treinamentos, nos moldes do TBVE com objetivo de formar alguns profissionais da rede básica que assumiram a atividade de vigilância. Os resultados dessas capacitações foram bastante positivos, e alguns profissionais ressentem-se da falta dessas atividades de formação, extensiva a um número maior de profissionais. Em função da permanente rotatividade de pessoal, uma estratégia que vem sendo desenvolvida pelo pessoal da vigilância epidemiológica do nível regional é a de treinamento local, em cada Centro de Saúde, de acordo com as necessidades de cada equipe.

Vale destacar, ainda, um aspecto já apontado na segunda hipótese: quem gera os dados não dispõe de 'informações gerenciais' ágeis e confiáveis para avaliar de forma mais abrangente e consistente o resultado do seu trabalho. Esta alienação dos trabalhadores de saúde em relação à sua "OBRA" pode ser considerada um eixo central de intervenção de uma política de recursos humanos mais competente.

6. DISCUSSÃO

Em maio de 1991, alguns consultores da OPAS fizeram uma avaliação das estratégias bem-sucedidas de controle do sarampo, implantadas em São Paulo a partir da epidemia de 1987. O relatório dizia: *"apesar disso, São Paulo representa uma ilha de altos índices de imunidade cercado por um oceano de vírus de sarampo, porque o resto do Brasil ainda não adotou uma estratégia visando a eliminação da transmissão do sarampo...enquanto o sarampo circular tão livremente nas áreas que circundam São Paulo, o Estado continuará vulnerável a contínuas importações, que resultarão em surtos..."* (OPAS, 1991).

O que aconteceu nesse período para que São Paulo se transformasse numa "ilha de suscetíveis", exportando casos para um oceano de "imunes"? Se a meta era eliminar o sarampo até o ano 2.000, por que uma epidemia no 'meio do caminho?' Por que *"deixamos voltar a circular o vírus do sarampo*[1]*"*? Responder a estas perguntas é um desafio, que pode ser visto de várias maneiras, e este trabalho não pretendeu esgotar todas elas.

É claro que a maioria dos estados da Federação não se transformaram em um 'oceano de imunes' no período de 1992 a 1996. Tanto é que a doença atingiu quase todos com a eclosão da epidemia em São Paulo. É certo, também, que a região da Grande São Paulo, a mais populosa do país, concentra alguns fatores de risco para a transmissão do sarampo como, por exemplo, altas taxas de migração e muitos adultos jovens, oriundos de áreas com baixas coberturas vacinais (principalmente a zona rural), sem histórias pregressas de doença.

Pessoas que chegaram a São Paulo há alguns anos e não foram protegidas pela vacina durante as Campanhas de vacinação em massa desencadeadas pelo Estado. Adultos, que só agora tiveram 'oportunidade' de encontro com o vírus do sarampo. Este último nunca parara de circular, porém, mantinha-se em níveis muito baixos de incidência. Verificou-se, também, que houve uma queda na cobertura vacinal em crianças menores de um ano nos últimos anos, no Estado como um todo. Esses fatores todos foram demonstrados no "Estudo de preditores relacionados a ocorrência da epidemia de sarampo no município de São Paulo, em 1997" (SES, 1998f).

[1]Palavras proferidas pelo Dr. José Cássio de Moraes, diretor do CVEda Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no dia 09/05/99, em reunião com os diretores de Vigilância Epidemiológica das DIRs.

Estes 'fatos', porém, isoladamente, não podem explicar o 'fenômeno epidemia de sarampo'. As perguntas que foram feitas são: Por que a cobertura vacinal estava caindo? Por que nenhuma estratégia diferenciada foi feita nos últimos anos, para diminuir os suscetíveis daquelas faixas etárias não 'cobertas' pela vacinação de rotina?

Este estudo tentou responder a estas perguntas, trazendo à tona uma rede de causas, algumas no patamar das 'regras' como, por exemplo, as condições que levaram ao desabastecimento do imunobiológico. Outras mais afetas ao processo de trabalho na unidade básica de saúde e na vigilância epidemiológica nos órgãos técnicos mais específicos, que dizem respeito às 'acumulações' e aos 'fatos'[2].

Como foram vistas no capítulo anterior, todas as hipóteses formuladas para responder àquelas perguntas e explicar a epidemia foram 'conferidas' e, de certa forma, comprovadas. Pelas reflexões teóricas apresentadas e pelo diálogo com outros autores, o material empírico é discutido e analisado.

Donalísio, em 1995, diz em seu estudo sobre as epidemias de dengue no Brasil: *"as populações humanas, suas intervenções, seus valores e meios de enfrentamento, não transitam no universo do acaso, nem tampouco em um 'caos'. Existem políticas e atores que priorizam ou não, intervenções e investimentos e, com certo grau de previsibilidade, interferem na realidade epidemiológica"* (p. 35).

Pensando no caso do sarampo, essa afirmação faz muito sentido ao trazê-la para o campo da saúde. No dengue existe um vetor, hábitos culturais, e desequilíbrios ambientais que interferem na dinâmica da transmissão da doença. A combinação de políticas intersetoriais, como a viabilização do saneamento ambiental, por exemplo, são imprescindíveis para o combate ou para a pretensa erradicação da doença. Os governos ou ministros da saúde podem com isso, justificar a não-solução do problema transferindo-o para a esfera das macro-políticas. Para erradicar ou controlar o sarampo, e 'interferir na realidade epidemiológica', depende-se quase que exclusivamente dos atores do campo da saúde.

[2] Esses conceitos, das "regras", "acumulações" e "fatos" estão definidos no capítulo 3, e fazem parte do fluxograma situacional de Matus, "adaptado" para explicar a epidemia de sarampo, vista aqui como uma "produção social".

Explicando melhor, a principal ' arma' para interferir na 'realidade epidemiológica' da doença baseia-se na imunização ativa contra o sarampo. Sobre esse tema, o das imunizações, uma reflexão deve ser feita. Talvez a descoberta e o uso das vacinas em larga escala tenham sido um dos poucos elos de ligação entre as várias correntes do pensamento sanitário, desde o final do século passado e este século que já finda. Mesmo sem as profundas transformações sociais necessárias para os homens se verem livres de uma série de males, o uso das vacinas mostrou-se uma tecnologia eficiente, que livrou a humanidade de várias doenças, responsáveis por milhões de mortes, principalmente na infância.

O conhecimento humano é praticamente inesgotável. Mesmo assim, a pequeníssima amostra da bibliografia disponível sobre a vacina apresentada neste estudo, revela que o conhecimento acumulado até hoje é mais do que suficiente para controlar e até mesmo erradicar a doença. Afora algumas pendências, ainda objeto de investigação dos pesquisadores como, por exemplo, qual o melhor imunobiológico, ajustado à idade mais adequada, as outras questões já foram sanadas há tempos. Segurança, custo de produção que permite o acesso universal ao imunobiológico, facilidade para sua administração, tecnologias de controle de qualidade até o momento do uso, são questões já descobertas e amplamente aperfeiçoadas nos quase quarenta anos de existência da vacina contra o sarampo.

Não reside aí o problema de ocorrências de epidemias de sarampo, mas nos processos de gerenciamento desta importante medida de controle, entre os quais, como estão sendo produzidas, adquiridas e distribuídas as vacinas.

Gattás, em 1996, fez uma retrospectiva histórica da implantação dos Programas de Imunização nas Américas (PAI), no Brasil (PNI) e no Estado de São Paulo e afirma que entre as metas desses programas estava presente a preocupação com a autosuficiência na produção de vacinas, além da redução da morbimortalidade pelas doenças imunopreveníveis. Desde meados da década de oitenta, com a criação do Programa de Autosuficiência Nacional em Imunobiológicos, vinculado ao PNI tentou-se garantir a meta da autosuficiência na produção de imunobiológicos no país até 1995 e 1996. No início dos anos noventa, este programa contou com alguns investimentos internacionais, como o CVI – Childrens' Vaccine Iniciative – programa de responsabilidade da OMS, UNICEF e Banco

Mundial. Até 1996, nas palavras da autora, a meta não fora alcançada e o país continuava bastante dependente dos laboratórios produtores internacionais.

São inegáveis os avanços alcançados no país na área de Imunizações, após a criação do PNI. Nos seus quase trinta anos de existência, ampliou-se a cobertura dos serviços de vacinação e garantiu-se a qualidade dos imunobiológicos fornecidos, adquiridos dos laboratórios nacionais ou internacionais. A realidade, no entanto, mostrou que, nesta década, não só a meta da autosuficiência não foi alcançada, como também a inoperância burocrática e administrativa do Ministério da Saúde colocou em risco a credibilidade do programa de imunização e piorou o quadro sanitário do país, o que contribuiu para o retorno da circulação do vírus do sarampo de forma epidêmica. A incapacidade em planejar e adquirir a tempo os imunobiológicos dos laboratórios produtores, como sempre fora feito, teve consequências danosas para os serviços de saúde e a população.

O Estado de São Paulo, que sempre teve tradição nesse campo, o das imunizações (GATTÁS, 1996) tardou na tentativa de solucionar o problema, só conseguindo operacionalizar a compra de imunobiológicos em 1997, quando, do ponto de vista administrativo, as providências necessárias já haviam sido tomadas pelo Ministério da Saúde.

Entre as conseqüências danosas do desabastecimento do imunobiológico, está o retorno à prática do agendamento para a vacina contra o sarampo. Mesmo que essa prática já existisse em algumas unidades, como pôde ser observado no material empírico, o uso da mesma em 'larga escala' foi desencadeado a partir do desabastecimento da vacina. A 'cultura do não desperdício', do "não gastar pelo medo de acabar a vacina", voltou à tona quando faltou a vacina. E perderam-se anos de trabalho para convencer os profissionais que um dos pilares de um programa de imunização de qualidade é a diminuição das 'oportunidades perdidas de imunização'. A OPAS, já em 1991 recomendava que *"se deve instruir a los trabajadores de salud a abrir un frasco de vacuna, aunque sea un solo niño quien necessita ser vacinado"* (OLIVÉ et al, 1991).

Além da imediata diminuição do acesso à vacina, essa questão tem um componente 'deseducativo' para a população e para os trabalhadores da saúde. Para a população, que desvaloriza a vacinação de rotina e passa a 'cultuar' a campanha. Para os trabalhadores, que

passam a acreditar que a campanha é o momento no qual se "pegam os atrasados" e, de certa forma, desobrigam-se a ir atrás dos faltosos da vacinação de rotina, atividade mais do que elementar no cardápio das ações tradicionais da saúde pública!

Não se pretende questionar o caráter fundamental das campanhas de vacinação na composição de estratégias de controle e/ou erradicação de algumas doenças imunopreveníveis, inclusive o sarampo, mas reposicionar o imprescindível papel da vacinação de rotina naquelas mesmas estratégias.

O descrédito no programa de imunização, além das questões já discutidas, abriu uma brecha para a iniciativa privada, um 'filão', qual seja, a abertura de clínicas privadas de imunização, outro ítem destacado pela maioria dos entrevistados. Do ponto de vista legal, não há nada que impeça o exercício de tal atividade, desde que esses serviços cumpram a legislação sanitária vigente. Essa 'novidade', ou esse 'boom', traz consigo algumas indagações importantes.

É claro que este fenômeno está ocorrendo em centros maiores, como a capital e os grandes municípios do interior. Acarretará, no entanto, um ônus ao serviço público municipal e estadual, já sucateados nas suas equipes de saúde pública, que agora têm o dever de fiscalizar essas clínicas, no que diz respeito ao cumprimento da legislação e garantia da qualidade do imunobiológico oferecido. Serviço privado nessa área não é garantia de bons serviços prestados, logicamente há exceções. Pelo contrário, o serviço público é que sempre contou com equipes de enfermagem qualificadas e comprometidas com a aplicação de imunobiológicos de ótima qualidade. Isso sem falar no prejuízo das informações necessárias para se avaliar a cobertura vacinal, cujo fluxo pode ficar comprometido, uma vez que a atividade privada não segue normas já existentes no serviço público.

Além disso, há o aspecto político, pois de certa forma o poder público acaba se desobrigando de suas atribuições mais elementares...

Outro aspecto que chamou a atenção nas entrevistas é um certo descrédito e desconfiança dos profissionais da rede básica com a qualidade do imunobiológico. Confiam nos procedimentos internos à unidade, mas não nos demais componentes do sistema. Ficam algumas dúvidas: será ainda 'sequela' das equipes à falta de vacina, associado ao 'trauma'

que as equipes do município de Campinas viveram no ano de 1996, com a ocorrência de eventos adversos à vacina contra a meningite meningocócica do tipo C, relacionados aos problemas na produção daquela vacina?" (PMC, 1996). Ou realmente existem problemas na distribuição do imunobiológico no município, no caso o transporte, como foi citado por alguns atores entrevistados, que justifiquem tal afirmativa? É necessária uma avaliação mais detalhada dessas questões.

Apesar da melhoria de qualidade na conservação dos imunobiológicos, observada desde o final dos anos oitenta no Estado como um todo, é necessária uma 'vigilância' permanente por parte das equipes de saúde pública, dos gestores e técnicos da área de planejamento envolvidos na atividade de supervisão, pois permanentemente alguns municípios sofrem piora na qualidade do programa de imunização, principalmente devido à alta rotatividade dos profissionais, associada à falta de capacitação (SES, 1998h; SES, 1999).

De qualquer modo, o desabastecimento da vacina contra o sarampo não foi responsável, isoladamente, pela queda nas coberturas vacinais a ponto de ressurgir o sarampo na região de Campinas. Como foi demonstrado, a cobertura vacinal para os menores de um ano, raramente atingiu o patamar satisfatório para se controlar ou erradicar o sarampo, qual seja, igual ou superior a 95%, pelo menos no período analisado. Aproximadamente 30% dos municípios apresentavam cobertura vacinal contra o sarampo abaixo de 95%. (OPAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Ressalvadas as limitações dos dados administrativos de cobertura vacinal, houve piora do indicador em 1995 e 1996, que corresponde ao período de ocorrência do desabastecimento do imunobiológico. Para o município de Campinas, no entanto, a situação nunca fora satisfatória. Observou-se, também, o pior indicador em 1996, porém, nos três anos anteriores, a cobertura sempre ficara entre 80-90%. Em determinados períodos foi inferior a 80%.

Outro aspecto que chama a atenção quanto à cobertura vacinal, diz respeito à segunda dose da vacina contra sarampo, associada à vacina contra rubéola e caxumba, a 'tríplice viral' aplicada aos quinze meses. Não houve falta dessa vacina, ao contrário, os documentos mostraram que o repasse da mesma cresceu três vezes mais, se comparados os

anos de 1994 e 1996. No entanto, a cobertura desse imunobiológico diminuiu nesse período. O município de Campinas acompanhou a queda da cobertura da vacina contra o sarampo em menores de um ano, sendo para 1996 correspondente a 66%, o pior indicador no período de 1993-1996. Isto explica em parte, porque é mais elevado o número de crianças de um ano de idade suscetíveis e que adoeceram, se for comparada a curva do município com a da região.

Também outros municípios apresentaram casos em crianças na faixa etária indicada para receber a tríplice viral. Descontando-se o fato da eficácia da vacina não ser de 100%, ainda assim fica a pergunta: se não faltou a tríplice viral, por que não se aproveitou a 'crise' da vacina contra o sarampo para vacinar aquelas crianças maiores de um ano, diminuindo os suscetíveis, inclusive aquelas crianças ou adolescentes que geralmente 'escapam' da vacinação de rotina ou mesmo de campanhas? Será que o desgaste com a falta das vacinas foi tão imperativo que as equipes de saúde pública estaduais e municipais esqueceram-se de lançar mão de um recurso que tinham à mão, por ocasião da análise dos dados de cobertura vacinal? São questionamentos que este estudo não esclareceu.

Se não foi o desabastecimento da vacina contra o sarampo responsável único pelo desempenho do indicador, que outros 'fatos' estavam relacionados às coberturas vacinais não adequadas? No material empírico surgiram algumas 'pistas', como, por exemplo: limitação de horário para vacinação, impedimentos de várias naturezas para se buscar faltosos, restrição de atendimento aos moradores de outra área de abrangência e o agendamento para a vacina, este último já citado. Coberturas vacinais não adequadas estão intimamente ligadas à organização dos serviços. Este tema voltará a ser discutido, quando se abordar o modelo de atenção e a gestão dos serviços.

Apesar da diretriz do município de Campinas em garantir acesso universal à vacinação, os problemas apresentados no parágrafo anterior devem ser analisados com atenção pelos gestores municipais. Estas barreiras de acesso à vacinação também foram detectadas pela equipe da DIR XII em outros municípios da região, durante atividade de supervisão do programa de imunização. Outras equipes de vigilância epidemiológica de distintas regiões do estado, entre as dificuldades relatadas, tinham esse mesmo diagnóstico por ocasião da avaliação da epidemia no ano de 1997 (SES, 1997c; SES, 1998h).

E para instigar essa discussão sobre a vacina e a cobertura vacinal, é necessária uma última indagação: se não tivesse ocorrido uma epidemia de sarampo na Grande São Paulo em 1997, a região de Campinas teria 'produzido' uma epidemia de sarampo? A julgar pelos dados de cobertura vacinal, pelo conhecimento da epidemiologia da doença, é possível dizer que sim.

SILVA (1993) deixa mais claro o mecanismo de acúmulo de suscetíveis quando não são adequadas as coberturas vacinais na primeira e segunda doses da vacina: *"a estratégia de duas doses pode funcionar apenas como proteção individual, sem influir realmente no controle ou eliminação, caso resulte, na prática numa estratégia de coberturas "médias" para as duas doses. Com baixas ou médias coberturas para ambas as doses não há imunidade de grupo e o efeito não é complementar, porque existirão muitos suscetíveis que ou não recebem dose nenhuma ou não se imunizaram com a dose recebida, mantendo o 'pool' de suscetíveis que desencadeará os novos surtos"* (p.172).

Caso as condições epidemiológicas não fossem alteradas, ou seja, não ocorresse melhora ou recuperação da cobertura vacinal, tudo seria uma questão de tempo. Talvez no ano seguinte, quem sabe. Os modelos matemáticos podem precisar melhor. O certo é que existia um 'caldo de cultura', qual seja, um acúmulo de suscetíveis ano a ano, de tal sorte que em algum momento esse número seria igual a uma coorte de nascidos, a condição epidemiológica necessária ao aparecimento de uma epidemia.

Justamente por existirem aquelas condições é que a região de Campinas apresentou o maior CI do interior do estado. A epidemia de Campinas, no entanto, difere em alguns aspectos daquela ocorrida na Grande São Paulo, principalmente em relação à faixa etária. O risco de adoecer por sarampo na região de Campinas, particularmente no município de Campinas, foi muito semelhante entre as crianças menores de um ano e os adultos jovens, entre vinte e trinta anos. Na Grande São Paulo, o risco para as crianças da mesma idade, foi nove vezes maior.

O que esses números podem revelar? No mínimo, que existem epidemias e epidemias. Ressalte-se aqui o inestimável instrumental da epidemiologia descritiva, como facilitador de compreensão da realidade. Quando se pergunta e se revela quais foram as pessoas atingidas, em qual tempo e em quais lugares, abre-se uma brecha para perguntar o

porquê e buscar as respostas. E a realidade apresentada neste estudo aponta para enormes diferenças entre as regiões, os municípios de uma mesma região e as particularidades de distintos 'espaços geográficos' em um único município.

Essas diferenças são exemplificadas com base no risco de adoecimento por sarampo entre os menores de um ano. Apesar de ser menor na região de Campinas, se comparada à região da Grande São Paulo, como já foi dito, alguns municípios da região apresentaram coeficientes de incidência semelhantes a esta última. Este perfil ocorre também em algumas áreas de abrangência de unidades básicas do município de Campinas. Mesmo sem fazer uma comparação detalhada de todos os indicadores de saúde destas áreas, é possível afirmar que, falhas no serviço de saúde, aliadas às miseráveis condições de vida da população, são os responsáveis pela situação epidemiológica da doença.

Outro aspecto que merece investigação mais detalhada refere-se à dinâmica de transmissão do sarampo. Na bibliografia consultada, principalmente aquela produzida pelos órgãos oficiais durante a vigência da epidemia, há referência aos estudos e aos modelos matemáticos, sustentadores da tese de que o grupo etário das crianças, particularmente os menores de cinco anos, são os responsáveis pela manutenção da circulação do vírus e (ou) controle de uma epidemia de sarampo. Pelo menos naquelas condições em que se configurou a epidemia de 1997, com ocorrência proporcionalmente maior em adultos jovens, esse sim, um grupo etário no qual se esperava um maior número de suscetíveis (SES, 1997e; MASSAD, 1998).

A estratégia de controle foi formulada com base naqueles pressupostos, qual seja, o controle seria alcançado conferindo-se imunidade às crianças, e indiretamente proteger-se-iam os adultos pela imunidade de grupo, ou "herd imunity". E mais uma vez a epidemiologia descritiva revelou o acerto dessas medidas de controle, ao se observar o decréscimo dos casos após a adoção da medida. Desta forma, contribuíram para o sucesso do controle da epidemia na região de Campinas, não só a definição das estratégias, mas o fato das equipes de saúde terem se empenhado em levá-las a cabo. A julgar pelo número de suscetíveis calculados para a região, era de se esperar um número muito maior de casos de sarampo.

Os dados disponíveis mostraram a detecção dos primeiros casos em crianças por volta da semana vinte e nove, ao final do mês de julho, no momento em que já crescera a curva epidêmica. Não chegara ainda ao seu pico máximo, ocorrido na primeira semana de setembro. Considerando-se que os primeiros casos aconteceram na semana seis e sete, é um período longo, em que o vírus circulou primeiramente entre os adultos, e estes o transmitiram para as crianças.

A dúvida que permanece, também suscitada pelos números é – já circulava a doença entre as crianças, porém, sem detecção? Sabe-se da dificuldade dos profissionais médicos em diagnosticar doenças exantemáticas em crianças. É de se notar, também, tomando ainda por base o município de Campinas, que o crescimento da curva epidêmica ganhou 'folêgo', quando o vírus atingiu os bairros ou localidades com presença de bolsões de miséria e baixa cobertura vacinal, o que ocorreu por volta do início de agosto. E aí, as crianças de quase todas as idades tiveram 'peso' na manutenção da circulação viral.

Imaginando-se que não houve problema no diagnóstico de sarampo em crianças, na epidemia de Campinas há que se considerar o risco em adultos. Que medidas mais agressivas para 'bloquear' a transmissão, se adotadas mais precocemente, visando atingir esse grupo etário, poderiam modificar a configuração da epidemia na região? ABRAÃO (1998) questiona a eficácia das medidas de controle adotadas para o controle do sarampo, visando atingir os adultos jovens.

Como salientado anteriormente, o controle da epidemia não é o objeto de investigação deste estudo, e sim suas causas. Não resta dúvida sobre a eficácia das medidas de controle adotadas, porém, permanecem as dúvidas: qual é de fato o 'peso' dos adultos em relação às crianças, em uma epidemia na qual a maior freqüência de casos foi em adultos, e vice-versa? Qual seria o momento mais apropriado para aplicação das medidas de controle nessa situação?

Outro aspecto revelado na análise da epidemia diz respeito à ocorrência da doença em adultos. Nos municípios de Cosmópolis e Paulínia chamam a atenção os coeficientes de incidência muito elevados em adultos jovens, principalmente em homens. A principal atividade econômica de Cosmópolis é a agroindústria açucareira, que atrai trabalhadores

vindos de outros estados à procura de emprego no período da safra. Em Paulínia, são também trabalhadores jovens, atraídos por um dos maiores pólos petroquímicos do país.

Esta situação particular alerta para dois fatos: o primeiro é que já se esperava um deslocamento para as faixas etárias mais elevadas, como já fora observado em outros países do mundo e na própria experiência de São Paulo. E que os grupos mais vulneráveis são os de pessoas oriundas de áreas com baixa cobertura vacinal e pequena circulação viral. Um estudo, realizado por PONTES (1990) avaliando uma epidemia de sarampo ocorrida na região de Ribeirão Preto em 1984, revelou a importância da transmissão da doença entre trabalhadores rurais naquela região. Outros surtos de sarampo nesta década também ocorreram em trabalhadores, principalmente em canteiros de obras no município de São Paulo (SES, 1998f).

O segundo aspecto é o caráter de determinação social da doença, também revelado neste estudo de PONTES (1990), utilizando-se do instrumental da epidemiologia social. As crises econômicas e sociais, determinando a movimentação das pessoas em busca de oportunidades de sobrevivência, podem originar ou facilitar a transmissão de doenças, e o sarampo só tem confirmado esta tese.

DONALÍSIO (1995) pondera que *"dificilmente atinge-se o conhecimento sobre a totalidade de um evento epidêmico. Porém, o entendimento das inúmeras realidades e conjunturas necessárias para a epidemia se concretizar, amplia a capacidadade do homem interferir nesta dinâmica, prever e prevenir a disseminação das doenças"* (p.35).

As ponderações do parágrafo anterior levam a outra discussão, acerca do sistema de informação em vigilância epidemiológica. As equipes de vigilância tanto estaduais como municipais demonstram 'capacidade de governo', no dizer de Matus, para prever ou, no mínimo, detectar agravos à saúde e indicar formas adequadas de controlá-los. No caso do sarampo em 1997, o sistema não só detectou tardiamente a elevação do número de casos, como também utilizou-se de informações não confiáveis para sua avaliação e indicação das estratégias de controle, como revelou o material empírico.

Considera-se, antes da epidemia de 1997, que dados administrativos de cobertura vacinal devem ser vistos com cautela, pela possibilidade de falhas nas estimativas populacionais. Durante a vigência da epidemia, o CVE recomendou a alteração do

denominador para construção do indicador – utilizando no denominador o número de doses da vacina BCG (contra tuberculose) e um incremento de 10% – acreditando ser pequena a confiabilidade dos dados oficiais. Esta alteração revelou grandes diferenças em algumas das microrregiões de Campinas, principalmente aquelas nas quais o dado estava acima de 100%, que é um dos indicativos de subestimativa populacional.

Além disso, sabia-se que as coberturas eram muito heterogêneas no Estado de São Paulo , embora estas encontrassem no patamar acima dos 95% durante a década de noventa (SES, 1998a). Alguns autores têm comprovado, na prática, que outras tecnologias – por exemplo os levantamentos ou inquéritos domiciliares – são mais eficazes para revelar a verdadeira situação vacinal em uma área geográfica determinada (GATTÁS, 1996; SILVA, 1997). A Secretaria de Estado da Saúde tem um manual técnico para realização de inquéritos de cobertura vacinal (SES, 1989).

Não se está afirmando que os inquéritos para cálculos de cobertura vacinal devam constar da 'rotina', nem substituir o uso do indicador tradicional, mas questionar a opção do Estado de São Paulo em 1995, de não aderir à estratégia proposta pelo Ministério da Saúde – de vacinar indiscriminadamente as crianças menores de cinco anos – por acreditar que a cobertura vacinal era adequada no estado, apesar da pouca confiabilidade na informação existente (OPAS, 1997).

Isto não significa que o Estado deva seguir sempre o 'receituário' da OPAS ou do Ministério da Saúde, pois este tema voltará quando da discussão das estratégias de erradicação da doença. Quando se optou por este caminho, logicamente a equipe do nível central do sistema de vigilância estadual fé-lo baseando-se em outros critérios técnicos e de avaliação do programa de controle do sarampo. Este estudo não pretendeu entrar no mérito do conteúdo técnico das estratégias da vigilância adotadas para o controle da doença no Estado de São Paulo , em seus vários momentos a partir do final dos anos oitenta. A maioria delas acertadas por sinal, o que pode ser comprovado pela queda dos coeficientes de incidência da doença, comparando-os com a década passada.

O que discuto é a confiabilidade do sistema de informações utilizado para referendar a definição das estratégias ou, segundo a definição de WALDMAN (1991), subsidiar o sub-sistema de "inteligência epidemiológica". A 'sensação' de que o sarampo estava sob

controle, como relatado por alguns entrevistados, também era baseada em informações pouco confiáveis. Um sistema de vigilância epidemiológica extremamente complexo, centralizado e pouco ágil – por isso mesmo sujeito a falhas – não poderia dar segurança às equipes dos vários níveis do sistema.

Era centralizado, pois fluía para o nível central uma sobrecarga de informações nem sempre corretamente preenchidas e insuficientemente analisadas, por meio da ficha epidemiológica. O retorno destas para quem as gerava era lento, às vezes com atraso de um ou dois anos. Além disso, uma série de alterações nas 'regras do jogo' não permitiu às equipes dos níveis regionais do Estado e do município acompanharem as mudanças, falar a mesma língua do nível central e 'produzir' bancos de dados que permitissem o acompanhamento da doença no nível local.

Era complexo uma vez que 'gerava' muitos casos inconclusivos. Como surgiam muitas dúvidas na interpretação dos resultados dos exames – era um quebra cabeça – a tendência era o não fechamento dos casos. As equipes remetiam quase sempre à instância imediatamente superior do sistema de vigilância essa responsabilidade, ou seja, a de classificação final e análise epidemiológica, perpetuando o caráter centralizador e lento do sistema.

WALDMAN (1991), discorrendo sobre os atributos de um sistema de vigilância epidemiológica diz: *"a simplicidade deve ser uma das metas a serem observadas na elaboração de um sistema de vigilância epidemiológica...os sistemas de vigilância, quando simples, são fáceis de compreender e de implementar, pouco dispendiosos se comparados com sistemas mais complexos, devendo permitir também uma boa flexibilidade..."* (p.53).

Outra característica que demonstrava a complexidade do sistema era o próprio instrumento de coleta dos dados. A ficha epidemiológica, composta por cerca de noventa itens a serem preenchidos, constituía a base do sistema de informações. Este tipo de abordagem tão minuciosa da clínica do sarampo implicava em um conhecimento por parte dos profissionais – principalmente médicos e de enfermagem – que faziam a suspeita. E também das equipes técnicas de vigilância dependentes desses dados completos para encerramento dos casos. O não preenchimento de qualquer campo traria uma dificuldade a mais na análise do instrumento.

Este instrumento poderia tornar-se um impedimento no cumprimento da meta de melhoria da qualidade das informações, se encarado como mais um no rol das exigências burocráticas dos serviços de saúde, e não como importante mecanismo de avaliação de um agravo com dimensões coletivas.

As mudanças constantes nas 'regras do jogo' – citadas em parágrafo anterior – foram constatadas por meio de uma situação vivenciada pela equipe de vigilância epidemiológica da DIR XII. Por ocasião da epidemia de sarampo em 1997, a referida equipe produziu um material de consulta, direcionado aos profissionais dos municípios da sua área de abrangência. Para cumprir seu intento, foram feitas 'colagens' com base em seis manuais e documentos técnicos diferentes, correspondente ao período de 1992 a 1997. Nesta 'colagem' estava ausente um dos materiais mais importantes elaborados pelo CVE no ano de 1994, sobre a classificação final dos casos. Simplesmente porque o 'manual técnico' não existia no nível regional do sistema de vigilância (SES, 1997d).

Este exemplo remete a outras reflexões. A informação, além de lenta e centralizada, circula entre os vários níveis do sistema de vigilância epidemiológica de forma 'fria', sem discussão, sem gerar ou provocar mudanças, o qual seria seu propósito primordial. E ainda, quem produz os dados geralmente não os transforma em informação, tampouco o utiliza para o planejamento cotidiano das ações de saúde.

Um material técnico importante não existir no nível regional do sistema de vigilância, é sintomático desse 'jeito' de circular a informação. Duas outras hipóteses podem ser formuladas. A primeira é que o material tenha chegado ao nível regional, porém "como o sarampo estava controlado mesmo..." não lhe foi atribuída a devida importância. A segunda é que não era essencial ao nível regional possuir um banco de dados ótima qualidade, uma vez que essa instância do sistema não tinha responsabilidade sobre o dado que gerava, pois os mesmos eram analisados de forma centralizada. Isso explica em parte a inconsistência e carência de informações no nível regional referentes aos períodos de 1995 e 1996, o período pré-epidêmico.

Outro fato preocupante e sintomático de que algo 'vai mal' no sistema de informações refere-se à análise da cobertura vacinal. Algumas unidades básicas calculam a

cobertura uma vez por ano quando o dado – produzido nas próprias unidades básicas – 'retorna' do nível central do município, como foi constatado no material empírico.

Será que o aparato de tecnologias incorporadas aos serviços – como, por exemplo, a informática – está criando nas equipes técnicas uma expectativa de soluções milagrosas? Será que imaginam algum sistema de informação mágico, fazendo emergir das telas do computador planilhas com todas as respostas e análises possíveis da realidade epidemiológica? Será que se esqueceram das tecnologias simples, porém eficazes, como aquela 'prescrita' pela auxiliar de enfermagem que dizia: *"no meu tempo a gente fazia a cobertura vacinal todo mês, pra ver quem estava faltando..."*. E fazia à mão, utilizando-se de gráfico nos moldes do instrumento de acompanhamento do crescimento/desenvolvimento da pediatria. É de se pensar...

A epidemia de sarampo – infelizmente e felizmente – ajudou a alavancar mudanças na lógica do sistema de vigilância epidemiológica do Estado de São Paulo . Pelo menos no que diz respeito ao sistema de informação. A opção pela implantação do SINAN – ressalvadas as limitações do referido sistema há muito já utilizado por outros estados da Federação – marcará definitivamente a forma de operar a vigilância epidemiológica em São Paulo. Ir a fundo na descentralização do sistema, sem medo dos prejuízos ao refinamento e detalhamento dos bancos de dados existentes anteriormente, trouxe e trará sem sombra de dúvida a agilidade e eficiência esperadas de um sistema de vigilância epidemiológica.

Além de ser um dos pilares do SUS, a municipalização das ações de saúde trouxe com certeza ganhos, apesar dos desafios e tarefas ainda por fazer nesse campo. São tímidas as discussões a respeito do modelo assistencial de vigilância epidemiológica travadas no nível estadual do sistema. Um dos raros documentos produzidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo sobre o tema – elaborado na oficina de planejamento do CVE para o biênio 1996/1997 – aponta como diretriz principal a descentralização e a municipalização da vigilância epidemiológica no Estado (SES, 1995).

Alguns autores relatam experiências positivas no processo de descentralização da vigilância epidemiológica. Em Curitiba, onde se avaliou um salto de qualidade nas 'operações' pela descentralização das ações para a rede do município, utilizando-se de indicadores da vigilância do sarampo (MALUF, 1995). Ou ainda, a incipiente experiência

de reorganização da vigilância epidemiológica na DIR XII Campinas, cuja diretriz principal é a descentralização do sistema de vigilância para o município, com estímulo à autonomia e à responsabilização do nível local, particularmente na classificação final dos casos e análise dos dados. O projeto é uma parceria dos municípios, nível central e regional da vigilância epidemiológica do estado, com apoio da Universidade (SES, 1998i).

Por outro lado, alguns autores têm demonstrado preocupações com o processo de descentralização e o papel da saúde pública na implantação do SUS. A desestruturação dos serviços de saúde pública, aliada a uma lógica racionalizadora na implantação do sistema evidencia a procedência desse sentimento.

WALDMAN (1991) diz: *"na hipótese de prevalecer essa tendência (apenas de racionalização do sistema de saúde), teremos a transferência para o município de um padrão medicalizante de serviços, centrado na assistência médica individual e no atendimento curativo da demanda, onde as ações de promoção da saúde e de prevenção ficarão restritas às campanhas e às ações de controle de doenças, especialmente, em situações epidêmicas. Por outro lado, oferecer-se-á a 'produtividade' como único indicador disponível ao controle social deste sistema"* (p.4).

SABROZA (1995) manifesta temor quanto à eficácia das ações, de acordo com o modelo a ser adotado. Caso persista a tradição centrada na assistência médica individual e redução das ações ao interior dos serviços de saúde, não será possível contribuir para a diminuição do potencial de agravos.

De qualquer modo, a situação tem exigido um posicionamento por parte dos gestores do SUS, sejam eles da esfera federal, estadual ou municipal. A ocorrência de epidemias, o recrudescimento de doenças infectocontagiosas, o aparecimento de agravos à saúde relacionados a novos agentes etiológicos ou manuseio de produtos químicos, doenças relacionadas ao ambiente de trabalho ou a desequilíbros ambientais, o aumento da violência urbana – entre outros problemas que têm marcado esse final de século – apresentam para os gestores e técnicos especializados do sistema de saúde novos desafios e a necessidade de investimentos na saúde pública.

O que fazer? Qual modelo seguir? CAMPOS (1997) instiga o debate, quando pergunta: *"Sobre o papel da clínica e da saúde pública, como integrá-las na*

prática?...diante da onipresença do modelo médico tradicional e da pobreza do discurso alternativo da saúde pública, em geral restrito à idéia de que a implantação de distritos em um certo território, com um certo grau de participação comunitária e com ênfase em técnicas de vigilância à saúde, seja capaz, por si só, de produzir saúde? Como proceder diante de dois paradigmas tão arraigados?" (p.264).

Ainda não se encontrou a resposta. Talvez uma das saídas seja experimentar e agir. Como afirmado por HENRIQUES & VILELA (1997), acerca da experiência de implantação da saúde pública no SUS, em Santos-SP: *"apesar de nunca termos gasto muita energia com as pendengas teóricas sobre o modelo adotado, acreditamos ter criado um modelo alternativo baseado no 'olhar clinicamente vigilante'. Usamos e abusamos da prática campanhista, quando ela se fez necessária, especialmente diante do bloqueio dos meios de comunicação de massa a tudo que não seja 'sensação'...as mãos sangram de socar facas, mas a rotina desse convívio cotidiano não conseguiu ainda acabar com a sensibilidade e a indignação desse conjunto de profissionais que se esforça na construção da saúde pública no SUS"* (p.228).

Assim, surgem novas perguntas sobre como organizar os serviços de vigilância e sua relação com a rede básica. Todas as ações devem ser descentralizadas? É possível a rede básica realizar a assistência individual e a coletiva, utilizando-se de quais tecnologias? Qual é o papel das equipes de 'vigilância' regionais e centrais? Devem executar as ações complementarmente ou apenas ser o suporte técnico para a rede básica?

Também são perguntas para as quais não existem todas as respostas. A julgar pelo que foi encontrado no material empírico, muitos municípios nem estruturaram suas redes básicas e naqueles que o fizeram geralmente predomina o modelo médico tradicional. Continua o 'divórcio' da 'vigilância' e da 'assistência'. A maioria das equipes sequer discute a descentralização das ações de vigilância epidemiológica para a rede básica. De qualquer modo, nessa busca de caminhos algumas lições já foram aprendidas.

Não se imagina mais o retorno ao modelo das 'ações programáticas' pura e simplesmente. Também não se imagina a junção da clínica e da saúde pública sem algo que seja a 'argamassa'. Como juntar o *"melhor desses dois mundos?"* (CAMPOS, 1992). Baseando-se nas reflexões de SILVA JR (1996), MERHY (1997) e CAMPOS (1997) –

sobre os modelos tecnoassistenciais – fica clara a importância de se 'inventar' uma nova rede básica, que seja o *locus* privilegiado do modelo. Uma rede básica orientada pela democratização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde, que construa novos sujeitos, gere política e produza saúde.

E nesse 'produzir saúde' seria prudente estabelecer algumas 'regras', ou contratos de 'responsabilização' entre as equipes de 'vigilância' e a rede básica. Explicando melhor: pode-se inventar tudo, porém, algumas ações herdadas da saúde pública tradicional não podem ser perdidas de forma alguma e devem fazer parte da 'agenda' rotineira da unidade básica de saúde, como por exemplo, notificar doenças e realizar bloqueios para evitar a propagação de doenças na comunidade (as tecnologias para se controlar doenças estão normatizadas, estudadas, avaliadas, portanto, já é sabido como fazer), buscar faltosos do programa de imunização, avaliar a cobertura vacinal da unidade, realizar busca ativa de agravos à saúde nas comunidades.

Às equipes de 'vigilância' externas à unidade caberia o papel de acompanhamento e de capacitação para esse trabalho de saúde pública a ser realizado na unidade básica. Uma rede de serviços não notifica agravos à saúde para os outros níveis do sistema de vigilância epidemiológica, caso ela não se sinta parte do processo, mesmo sendo uma exigência legal e também burocrática das equipes especializadas do sistema.

Por outro lado, não se espera que a 'vigilância' faça diagnósticos detalhados da situação epidemiológica, ou da situação de 'abandono' da saúde pública, e fique esperando acontecer algum dia as mudanças no modelo, por iniciativa da área da assistência ou do planejamento dos serviços. Não se espera tampouco que a vigilância se auto proclame 'esquecida' nas políticas públicas de saúde, municipais, estaduais ou federais. Como essa área específica se faz ouvir? É apenas enviando relatórios 'frios' para os gestores? Ou é de fato discutindo e colaborando na elaboração daquelas políticas?

HENRIQUES (1997) parece sintetizar adequadamente o que se imagina de um trabalho de saúde pública na rede de serviços (aí incluindo a rede básica e os outros níveis de complexidade do sistema de saúde): *"o trabalho da vigilância só pode funcionar se houver sistema de saúde acessível à maioria das pessoas, capaz de vacinar, atender, diagnosticar, instituir terapêutica, adotar as medidas de controle a seu alcance e*

comunicar a ocorrência de doenças...enfim, podemos manter polêmicas conceituais por muitos anos ainda, mas as medidas necessárias e suficientes para impedir condições que favorecem o alastramento de doenças – novas, velhas e futuras – continuam sendo óbvias, e inadiáveis."

Outras questões importantes para esta discussão apareceram no material empírico. Dizem respeito ao modelo tecnoassistencial, em especial o do município de Campinas. É peculiar a sua situação.

Por um lado, foi o município que mais avançou em relação à descentralização das ações de vigilância epidemiológica para a rede básica na região, talvez o único. A rede de serviços sensibiliza-se rapidamente diante de problemas concretos e emergenciais, sendo geralmente ágil e eficaz no controle e nas respostas necessárias, como foi na epidemia de sarampo.

Por outro lado, um traço observado na rede do município é a facilidade para 'esquecer' as 'bombas', como relataram alguns entrevistados. Uma certa cultura de 'apagar incêndios' na medida em que eles aparecem, sem que isso signifique mudanças no modelo operado. A presença de uma equipe mínima dentro da unidade básica, com atuação específica na vigilância epidemiológica não mudou muito o perfil do modelo tecnoassistencial. As ações da 'vigilância' continuam sendo vistas pela maioria dos profissionais como burocráticas e penosas. O 'olhar vigilante' ainda não foi incorporado à maioria das equipes. As unidades básicas, com raras exceções, não realizam estratégias diferenciadas voltadas para os grupos mais vulneráveis. Isto pôde ser constatado por meio da distribuição dos casos no município, na qual os mais altos coeficientes de incidência ocorreram nos bolsões de miséria e baixa cobertura vacinal, representados em sua maioria por populações migrantes.

Poder-se-ia dizer, conforme as reflexões de MERHY (1997), que é um modelo que tentou incorporar as ações programáticas – "é meio programado, meio demanda espontânea" conforme disseram alguns entrevistados – mas que rapidamente sucumbe ao peso da assistência médica tradicional medicalizante.

Parece ser uma diretriz do município a mudança do modelo tecnoassistencial. As equipes de vigilância em saúde já constituídas nas regionais, juntamente com a equipe do

nível central do município vêm travando discussões sobre o resgate do Distrito de Saúde. Em busca de alternativas para as unidades básicas dirigirem seu 'olhar vigilante' para o território, propõe-se um modelo semelhante à proposta do SILOS, como apresentado por SILVA JR no referencial teórico deste estudo. Deve ser uma proposta que garanta, além do atendimento médico individual, as ações de saúde necessárias para enfrentar os problemas coletivos em determinada região. Qualquer tentativa de reversão do modelo hegemônico é bem vinda, desde que haja clareza da política de saúde a ser implementada e envolva os trabalhadores e os usuários dos serviços.

Como envolver e comprometer os trabalhadores da saúde com as mudanças necessárias? No material empírico foram apontadas algumas dificuldades para se levar a cabo esta empreitada, sentidas mais agudamente pelos gestores das unidades básicas. Dizem respeito à formação acadêmica deficiente, ao descompromisso e à falta de motivação dos trabalhadores. Percebe-se um sentimento de desconfiança de que a 'gerência' dê conta destes 'valores'. Como se os mesmos não fossem passíveis de intervenção no próprio processo de gestão dos 'recursos humanos'. Como se existisse um perfil *a priori*: a pessoa tem ou não o 'desejo' de servir ao 'público'. Ou o trabalhador de saúde tem um mecanismo 'interno' fácil de ser acionado para se sentir motivado, comprometido, ou pouco há a ser feito. Ou ainda a sensação de que se investe muito, porém, rapidamente 'escoa-se pelo ralo' o produto deste trabalho.

Junte-se a isso outros mecanismos de desmotivação, como a não satisfação das necessidades financeiras e a alta rotatividade dos profissionais na rede, e é o suficiente para os gestores sentirem-se frustrados, sem motivação para continuar "sacudindo a bandeirinha do SUS".

A partir das reflexões elaboradas por CAMPOS (1997) acerca dos mecanismos que levam os trabalhadores da saúde a afastarem-se de sua "Obra", ficam mais claras as angústias muitas vezes manifestadas pelos atores durante as entrevistas sobre a situação dos 'recursos humanos'. A autonomia com responsabilização – conquistadas por meio de uma gestão democrática dos serviços – parece ser uma alternativa apontada pelo autor.

O auxiliar de enfermagem da sala de vacina que insiste no agendamento da vacina contra o sarampo, a despeito da regularização do abastecimento do imunobiológico,

baseando-se na facilitação do seu processo de trabalho, parece estar tomando uma atitude recheada de autonomia, porém, sem responsabilização. É difícil apreender naquela unidade a existência de um projeto coletivo, no qual as ações estejam voltadas para produzir saúde e defender a vida.

Além da contribuição de CAMPOS (1997), a 'releitura' das formulações de MATUS (1993) aponta para alguns aspectos da gestão dos recursos humanos, particularmente a forma como os atores explicaram a epidemia de sarampo. Para determinados atores, as 'regras' são o 'outro', ou melhor, os recursos que o 'outro' controla e que são importantes para a explicação do problema, e que aparentemente não podem controlar. Um exemplo disto é o ator do CVE discorrendo sobre como a rede básica está operando a vigilância epidemiológica. Para ele este 'fato' é como uma 'regra', algo fora de sua governabilidade e capacidade de intervenção. Para o coordenador do Centro de Saúde ou o auxiliar de enfermagem que trabalha na sala de vacina, a irregularidade no fornecimento da vacina transforma-se em uma 'regra', algo acabado, intangível, determinando o resultado final do jogo!

Outro ponto revelado no material empírico diz respeito ao desconhecimento e o não envolvimento dos trabalhadores da saúde na execução do plano de eliminação/erradicação do sarampo. As reflexões de CAMPOS (1997) tornam-se um potente analisador nesse processo. A epidemia ocorreu em 1997, mesmo existindo um plano nacional cuja meta era a eliminação do sarampo até o ano 2.000. Os trabalhadores da saúde do nível local e regional não participaram da sua elaboração, não se comprometeram com ele, pois desconheciam suas diretrizes e não as incorporaram como sendo parte do seus projetos de de saúde pública locais.

Esse desconhecimento não se refere somente às equipes dos Centros de Saúde e equipes técnicas da vigilância epidemiológica dos municípios, mas também àquelas dos níveis regionais. Curiosamente, a equipe do nível central do Estado – antes da epidemia de 1997 – encarava o plano de forma burocrática, uma meta distante da sua governabilidade, um lema como "saúde para todos no ano 2.000".

É verdade que não se pode imaginar que os trabalhadores da saúde – do Oiapoque ao Chuí – possam estar sentados ao redor de uma mesa para discutir a viabilidade técnica e

a oportunidade de erradicar o sarampo do país. Aparentemente a iniciativa é bem vinda para todos. Discute-se, por outro lado, por que o plano não cumpriu o papel mobilizador em torno da questão a que se destinava. CECÍLIO (1997) apontava para a importância de se elaborar um plano, um projeto e sua relação com a motivação da equipe: *"é possível até certo ponto, modificar motivações, através de operações estratégicas de mobilização, pressão, convencimento ..."* (p.163).

É esperado e salutar que existam especialistas, consultores sobre temas específicos. A pesquisa e a investigação são os propulsores das mudanças, porém, aqueles que executam as diretrizes técnicas definidadas pelos "experts" são pessoas, profissionais de saúde, que vivem em uma realidade mesclada de inúmeras 'especialidades'. Não é possível conceber que a rede básica apenas cumpra os desígnios ditados pelos elaboradores de normas. Acredito que as normas são cumpridas a contento, desde que estejam claras as metas a serem alcançadas. O componente convencimento nunca deve ser subestimado.

Portanto, ganha relevância a forma de convencer, a forma de fazer. E isto deve ser preocupação permanente dos que atuam na área específica de vigilância epidemiológica. O objeto desses técnicos não deve se restringir a trabalhar as informações para definir a ação. Devem avaliar como as ações estão sendo operadas ou se estão sendo operadas. Por isso é fundamental o 'casamento' com as áreas de planejamento e gestão dos serviços.

Além disso, as equipes do planejamento e gestão dos serviços têm se debruçado quase que exclusivamente sobre as adequações às exigências burocráticas das normas operacionais do SUS, emanadas dos níveis centrais das Secretarias Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde. Pouco se tem de avaliação dos serviços e de construção de indicadores epidemiológicos. E nas raras oportunidades nas quais isso ocorre, geralmente o processo é feito de afogadilho, também para cumprimento de normas burocráticas. Ainda que seja realizada de maneira mais planejada, a participação da área de vigilância à saúde (ou da "saúde pública") não é mais do que mera coadjuvante. Quem sabe agora que alguns critérios de repasse dos recursos do SUS aos gestores municipais e estaduais estão e estarão mais condicionados à melhoria dos indicadores de saúde ou à implantação de sistemas de informação (SES, 1997h), esse 'diálogo' – mesmo forçado – das duas áreas possa trazer ganhos à saúde da população?

CECÍLIO (1997b) faz uma síntese sobre o dia-a-dia das equipes "gerentes", suas relações com a elaboração de projetos e o planejamento: *"sabemos bem que a maioria das nossas organizações trabalha com sistemas de direção que poderiam ser chamados de 'baixíssima responsabilidade', ou seja, não há tradição das pessoas trabalharem com a declaração de compromissos diante de determinadas tarefas e muito menos, nenhuma cobrança efetiva sobre possíveis compromissos assumidos. Além do mais, as agendas da direção superior, bem como das gerências intermediárias, vivem lotadas com problemas emergenciais, que aparentemente não podem ser 'deixadas para depois'..."* (p.166).

Neste estudo, em vários momentos, há referência ao plano como eliminação/erradicação. Parece difícil dissociar estes dois conceitos, pois falta clareza sobre a meta a ser alcançada. Eliminar o sarampo significa reduzir a zero o número de casos durante um certo período de tempo. Erradicar é a etapa posterior da eliminação, um 'sucesso' a ser alcançado por vários países de um continente ou mesmo mundialmente, como apresentado na revisão bibliográfica deste estudo.

Se foi adotado o termo 'erradicação do sarampo para a região das Américas' até o ano 2.000, por decisão de "experts" da OPAS, juntamente com os representantes dos países, para efeito de mobilização e captação de recursos para alcance da meta, isto precisa estar claro para as equipes de saúde. Em São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde tem adotado o termo 'eliminação do sarampo' até o ano 2.000, enquanto o Ministério adota o termo 'erradicação'. Por isso a opção neste estudo foi adotar os dois conceitos associados, porém é necessária uma definição que leve em conta o momento epidemiológico da doença.

Parece mais adequado falar em 'eliminação', uma vez que falta um semestre para o ano 2.000 e continuam ocorrendo casos em alguns estados do país e países das Américas (dados do CVE, não publicados; BRASIL, 1998b). A meta de eliminação para 2000 já está comprometida, conforme conceituado neste estudo.

Com certeza esta não é a questão central do problema. Foi sinalizada apenas para reforçar a idéia do plano como elemento de mobilização e aglutinador para se alcançar a meta de eliminação/erradicação do sarampo, sempre com a preocupação de que as diretrizes estejam claras.

Ainda existem controvérsias entre os pesquisadores sobre a possibilidade real de erradicação do sarampo, comparando-se com a experiência da varíola e da poliomielite. Ainda assim, é possível sua eliminação e posterior erradicação. O que pode comprometer esta proposta, conforme apresentado no presente estudo, está na esfera da organização dos serviços. Alcançar coberturas vacinais elevadas – acima de 95% – e instituir uma vigilância epidemiológica eficiente estão intimamente ligadas à estruturação dos serviços para execução desta tarefa. É um desafio, com certeza, porém, exequível. Depende de vontade política e conseqüentemente de recursos.

Sem sobra de dúvida, a realidade epidemiológica do sarampo hoje é mais favorável ao alcance desta meta. A realidade dos serviços também é outra, quando comparada às condições de precariedade nas quais se atingiu a erradicação da varíola, por exemplo. Naquele período, portanto, foi fundamental a estratégia de um programa vertical criado para tal finalidade específica (WALDMAN, 1991).

As estratégias 'prescritas' pelos consultores da OPAS e referendadas pelo Ministério da Saúde, para se alcançar a meta de eliminação e posterior erradicação do sarampo consistem em: 1) realização de Campanhas de Vacinação em massa num primeiro momento, e posterior realização de Campanhas de seguimento para cobrir os novos suscetíveis não cobertos pela rotina; 2) incremento das ações de vigilância epidemiológica, pela criação do Grupo Tarefa. Esta equipe está assessorando os Estados na investigação dos casos e monitoramento da doença, entre outras atribuições.

Alguns autores têm defendido estas estratégias, particularmente as Campanhas de Vacinação, como única possibilidade de alcance da meta de eliminação. Os argumentos favoráveis à defesa destas medidas repousam no fato de que a rotina é falha, como foi observado por OLIVEIRA & CAIAFFA (1998) na epidemia de sarampo em Minas Gerais, na qual o risco de adoecimento em crianças não vacinadas na Campanha de seguimento de 1995 foi muito alto, se comparado ao risco dos outros grupos etários vacinados na referida Campanha.

SILVA (1993) apresenta um outro aspecto, baseado na experiência da erradicação da poliomielite, acerca do impacto positivo das campanhas de mídia: *"para manutenção de elevadas coberturas vacinais nas novas coortes é necessário ser realista: a vacinação de*

rotina contra o sarampo é muito baixa no Brasil, enquanto, por outro lado, tem havido uma boa resposta da população brasileira frente aos chamados das grandes campanhas de massa. Os aspectos ligados à mobilização da família, já foram bastante trabalhados ao longo de 10 anos de campanhas de vacinação contra a poliomielite, através da ampla utilização da mídia com artistas famosos, do apelo à solidariedade, da proteção aos filhos, de ter um "dever a cumprir" com a vacinação. O esforço concentrado para se alcançar um objetivo coletivo em poucos dias, tem sido bem sucedido, pelo menos em termos da vacinação contra a pólio, pois há três anos não ocorre nenhum caso confrimado da doença no Brasil".

Não se questionam as estratégias propostas, as quais já se mostraram eficazes em outros países e com outros agravos. Dois aspectos, porém, devem ser lembrados e questionados. Primeiro, a meta de erradicação da poliomielite foi incorporada aos serviços. Todos os técnicos sabiam porque estavam realizando Campanhas. Desde o técnico mais especializado do Ministério da Saúde, até o porteiro do Centro de Saúde, todos tinham clareza e sabiam da importância do seu trabalho. O segundo ponto é sobre a vacinação de rotina. A desvalorização desta estratégia deve-se simplesmente à constação de que a rede de serviços é falha, e isso não faz parte da governabilidade do 'campo da saúde pública', ou por que de fato a vacinação de rotina não é suficiente para se alcançar a meta, mesmo que as coberturas vacinais estejam adequadas?

Pode-se até eliminar o sarampo utilizando-se destas estratégias mais verticalizadas. O que será alterado no processo de trabalho das equipes da rede básica e dos técnicos especializados da vigilância epidemiológica? O que será acrescentado nos seus coeficientes de 'autonomia' em relação a capacidade de lidar com problemas coletivos de saúde?

Esse deveria ser um momento ímpar, quando se busca alcançar a eliminação da doença. Um momento para difundir conhecimentos, capacitar a rede básica, aumentar a integração dos processos de trabalho da 'vigilância' e da 'assistência', garantir o trabalho das equipes de vigilância fora da unidade – no 'território'– aumentar o 'vínculo' entre usuários e trabalhadores de saúde.

O alcance da meta de eliminação da maneira como está proposto parece tornar possível ganhar tempo, uma vez que estamos 'atrasados' e almejam-se resultados rápidos,

porém, pode-se perder em qualidade. Por melhores que sejam as intenções e o investimento em técnicos assessores para auxiliar os Estados no 'aprimoramento' da vigilância da doença, outras questões podem permanecer como nós críticos, por exemplo, as operações do programa de imunização, este sim a ser aprimorado.

A proposição de estratégias nacionais e estaduais extremamente gerais podem tornar-se diretrizes burocráticas e distantes, caso não sejam incorporadas pelos serviços, principalmente os da rede básica. Mesmo sem mudanças substanciais no modelo tecnoassistencial, é necessário ter claros os passos a serem dados para que, no mínimo, as equipes de saúde pública locais possam fazer daquelas metas as suas próprias.

Obviamente, não é papel da rede básica a elaboração de normas técnicas ou a realização de pesquisas na área de vigilância epidemiológica. Tampouco lhe cabe o papel de mera executora de ações. Quando um manual técnico da OPAS, do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais de Saúde recomendam a realização de identificação e vacinação de grupos de risco, deve-se levar em conta para qual rede, em que modelo tecnoassistencial está se propondo esta estratégia. Realizar ações de proteção coletiva da saúde não é questão resolvida simplesmente porque alguém da OPAS, do Ministério, do Estado ou município recomendou ou ordenou.

Com a municipalização, há que se lançar mão de outros mecanismos de garantia do compromisso e 'constrangimento' dos gestores públicos e até dos privados, por exemplo, o que se esboça a partir dos cortes de recursos quando não houver melhoria dos indicadores de saúde. Ou outras estratégias que devem ser 'inventadas' e construídas. A saída mais eficaz talvez seja a adoção de uma política de recursos humanos de 'convencimento' dos trabalhadores de saúde.

Se não forem retomadas algumas discussões sobre o papel da rede básica, corre-se o risco de não acontecer absolutamente nada. Os técnicos assessores especializados continuarão elaborando normas, muitas inúteis pois cairão no vazio. Dever-se-iam estimular a rede e os serviços de vigilância a participar de projetos de pesquisa nas várias 'especialidades', em colaboração com as Universidades, até como mecanismo de envolvimento e motivação das equipes, em particular as da rede básica.

Enquanto vigorar a política do 'faça-se' e do 'cumpra-se' e não existir a responsabilização pelas políticas formuladas, do Ministério da Saúde à sala de vacina, muito provavelmente outras epidemias continuarão ocorrendo pelo 'meio do caminho'...

O ponto 'estratégico' para alcance da meta de eliminação repousa na adesão dos trabalhadores de saúde. Uma das maneiras de obtê-la é a capacitação dos profissionais, em especial os da rede básica tradicionalmente com menores chances de reciclagem em situações rotineiras. Como observado neste estudo, existe uma distância grande entre o conhecimento acumulado pelo técnico mais especializado do sistema de vigilância epidemiológica e o do auxiliar de enfermagem da sala de vacina acerca da doença. Estratégias adequadas de capacitação podem encurtar esta distância. MOREIRA (1997) também manifestou essa preocupação, analisando o grau de conhecimento dos pediatras levando-se em conta as oportunidades perdidas de imunização em unidades básicas de Salvador (Bahia).

Refletindo sobre a dificuldade de viabilizar treinamentos para profissionais da rede básica, propõe-se a elaboração de um material com essa finalidade que deve ser aplicado em um curto período de tempo, no máximo duas ou três horas, na própria unidade básica de saúde, dirigido a todos os profissionais: desde o médico, a equipe de enfermagem, o porteiro, o pessoal da limpeza e demais profissionais envolvidos com a clínica e a saúde pública.

Existem materiais destinados à formação de profissionais da rede básica e técnicos especializados da vigilância epidemiológica, como, por exemplo, o TBVE com os módulos básicos e específicos, que voltou a ser desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde no ano de 1998 (SES, 1998 g), sucesso absoluto de 'público e crítica'...Outros materiais vêm sendo elaborados pelo Ministério da Saúde, destinados a profissionais de nível médio. Não se discute o conteúdo destes materiais, porém, sua viabilidade para capacitação e envolvimento do maior número de profissionais da rede básica, uma vez que implicam em saída dos técnicos durante um período relativamente longo.

O material aqui proposto tem como objetivo sensibilizar e 'provocar' a unidade básica sobre o plano de eliminação e seu papel no alcance das metas. Um "kit" básico sobre o sarampo, que contenha informações essenciais sobre a doença, sua epidemiologia,

mecanismo de acúmulo de suscetíveis e de transmissão; as estratégias necessárias para se alcançar as metas de eliminação/erradicação da doença. Deve dar ênfase na manutenção de altas coberturas vacinais (acima de 95%), ter espaços em branco para a unidade preencher com seus dados de cobertura vacinal, se possível a cobertura do município ou regional (Distrito de Saúde) e os dados epidemiológicos atuais e anteriores (recuperar os dados da epidemia de 1997). Abordar ainda o que a unidade está fazendo para diminuir os suscetíveis da sua área de abrangência, discutir as 'oportunidades perdidas de imunização' como, por exemplo, agendamento, restrição de horários, contra-indicações desnecessárias, restrição de atendimento aos pacientes de outras áreas de abrangência, entre outros.

O vírus do sarampo é fiel às suas 'tradições'. Ele irá atrás de suscetíveis onde eles estiverem, sempre. É papel dos serviços, particularmente da rede básica, apoiados pelas instâncias técnicas de vigilância epidemiológica, localizar os suscetíveis e definir estratégias para protegê-los.

Esses suscetíveis são pessoas que moram no campo ou nas cidades, às vezes mudam-se para outras maiores em busca de emprego, de sobrevivência e um teto onde se abrigar. São homens, mulheres, crianças – parece que a maioria homens e jovens como mostraram os números da epidemia – que vêm para trabalhar, com ou sem suas famílias de origem, para contruir outras famílias e à espera de um futuro melhor.

É papel nosso, de trabalhadores da saúde fazer de tudo para que esses homens e essas mulheres aspirem e construam este futuro melhor, pelo menos livre de doenças, sofrimento ou mortes desnecessárias. Não somos onipotentes. Somos apenas responsáveis por zelar de um aspecto importante da vida das pessoas.

7. CONCLUSÃO

A epidemia como uma produção social

Como síntese do estudo, foi elaborado o "fluxograma situacional" para explicar a epidemia do sarampo, conforme apresentado na FIGURA 12.

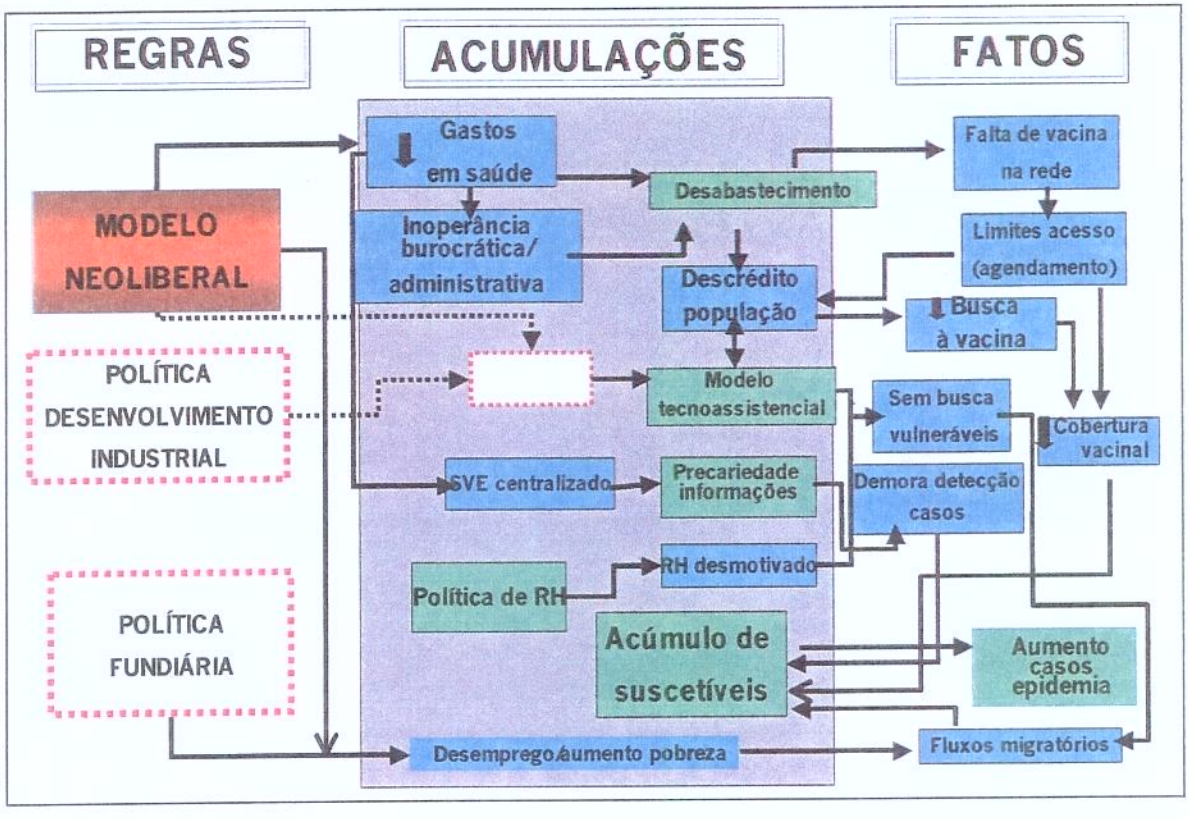


FIGURA 12. Fluxograma situacional. Problema: Epidemia de Sarampo na região de Campinas, 1997

Estas causas – nos seus distintos planos situacionais – geraram acúmulo de suscetíveis e consequentemente a ocorrência da epidemia.

Para o 'ator pesquisador' esta complexa rede de causas da epidemia situam-se no plano das 'acumulações', gerando fluxos de produção que 'produziram' a epidemia. No plano situacional das 'regras' estão as questões mais estruturais da organização social, também passíveis de mudanças, conforme o 'jogo' político das várias forças sociais.

Este fluxograma difere daqueles 'construídos' pelos outros atores (FIGURAS 13 e 14) para explicar o problema, uma vez que estes localizam muitas das causas da epidemia no plano das regras (principalmente os auxiliares de enfermagem), o que pode ser explicado

pela 'cegueira institucional' de alguns atores que vêem a explicação do problema sempre mais distante do seu espaço de governabilidade e de possibilidade de intervenção.

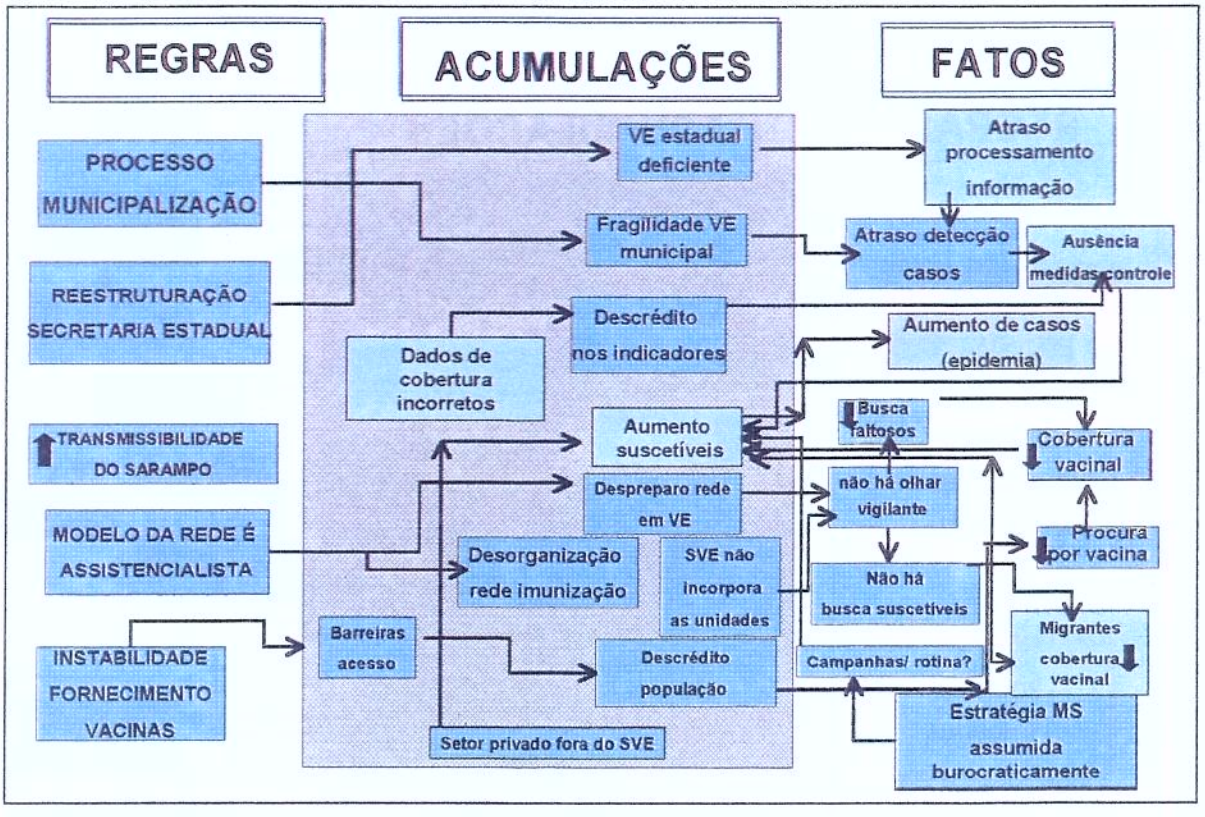


FIGURA 13. Fluxograma situacional: ator: Técnico do nível central do Sistema de Vigilância Epidemiológica. Problema: Epidemia de Sarampo na região de Campinas, 1997

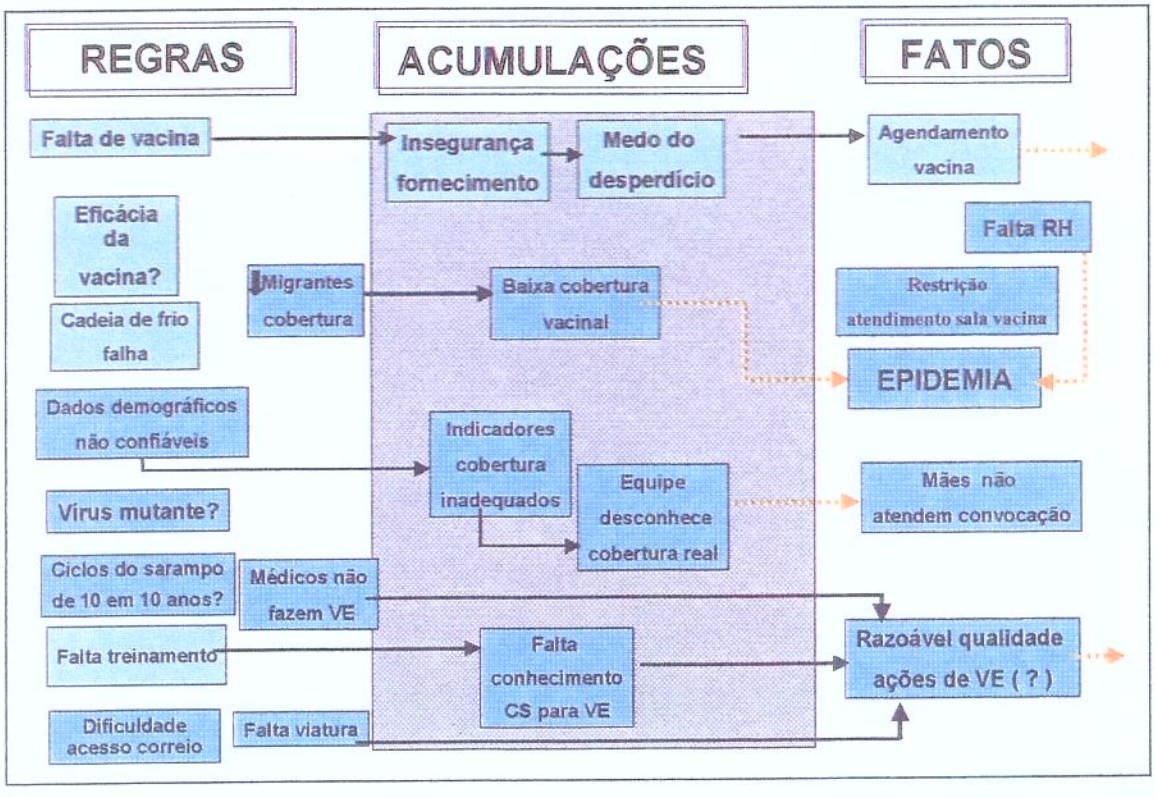


FIGURA 14. Fluxograma situacional: ator: Auxiliar de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde. Problema: Epidemia de Sarampo na região de Campinas, 1997

Se praticássemos uma política de saúde, cujo pilar fosse uma gestão mais participativa, democrática, desalienadora, que construísse sujeitos ativos e responsáveis, a epidemia seria evitada? Este estudo não pretendeu ter a resposta, mas indicar que a epidemia de sarampo foi sim, uma produção social, da mesma forma que as estratégias adotadas pelos serviços também o são. Uma 'produção social' como parte de sua (a dos serviços) missão e compromisso perante a sociedade. O produto do trabalho consciente e intencional de atores reais, comprometidos com a defesa da vida...

8. NOTAS FINAIS

Não sou um pesquisador distante do seu objeto. Estou metida nele até a 'raiz dos cabelos'. Compartilho das experiências aqui relatadas pelos profissionais que vivenciaram a epidemia de sarampo de 1997, baseando em minha própria experiência em saúde pública. 'Correr atrás do prejuízo' ou 'apagar incêndios' fazem parte do meu dia-a-dia. A sensação de que algo escorre pelos dedos, de que não conseguimos realizar as 'nossas missões' está presente, juntamente, é claro, com os momentos de satisfação com o dever cumprido, com alguns resultados alcançados.

Todos os problemas aqui apresentados, realçados pela luz de um olhar mais aprofundado e minucioso na tentativa de explicar uma realidade, trazem consigo o desejo de operar mudanças. No meu processo de trabalho, inclusive.

Trazem consigo o desejo de que o trabalho seja cada vez mais gratificante, e sempre com impacto positivo na realidade de saúde de nosso povo. O momento exige ação!

9. SUMMARY

In the year of 1997 there was an outbreak of measles disease in São Paulo with approximately 50.000 cases which spreaded throughout other states of the country as well as to some countries of the Americas. The region of Campinas was the second most affected accounting for 40%of cases in the interior of the state.

The present investigation consists of a case study, which aims to analyze the network of causes of the disease in the region of Campinas. In an attempt to explain the increase in number of susceptible subjects and therefore in occurrences of the disease, four hypothesis were raised, for example – lack of supply of the vaccine against measles; precariousness of information utilized in the measles epidemiological surveillance system; inefficient joint effort of the "surveillance" and "assistence" measures in the technical-assistencial model operated by the basic health services and weakness of the human resources management processes.

From analysis of empirical material, whatsoever, reports of the experience of some authors who lived through the disease in the region of Campinas and documental analysis, the history of the disease could be reconstructed and to a certain extent, the hypothesis were confirmed.

The lack of supply of the vaccine against measles in the years 1995 and 1996 had a negative impact on vaccination coverage, however, not enough to explain the disease since coverage had not been any longer adequate in some cities of the region, in particular the city of Campinas, one of the areas studied in the present investigation. It was observed that some problems of access to immunization have contributed to the drop in vaccination coverage.

The goal of elimination/eradication of measles up to the year 2.000 for the region of the Americas may be endangered in case some questions of the technical-assistencial model are not equated especially in which the basic health services and yet the human resources management in health are concerned.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AABY, P. & CLEMENTS, C.J. Measles immunization research: a review. ***Bulletin of the World Health Organization*, 67** (4): 443-448, 1989.

ABDALA, M.E. *et al.* Analisis del brote epidemico de sarampion ocurrido en Tucumán en 1991. ***Ciencia Medica***, Vol. VIII (2), San Miguel de Tucumán, Argentina, 1993.

ABRAHÃO, C.E.C. *et al. Considerações sobre a ocorrência de sarampo no ano de 1997 em Campinas, SP.* Trabalho apresentado no IV CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, **Anais do Congresso**, Rio de janeiro, 1998.

AMATO NETO V., BALDY L.S., SILVA L.J. Imunização contra o sarampo. **In**: ***Imunizações***, 3ª ed. São Paulo, Savier, 1991.

ASSAAD, F. El sarampión: resumen de la situacion mundial **In**: *Simposio internacional sobre inmunizacion contra el sarampion – OPAS.* **Oficina Sanitária Panamericana, Publicación científica** nº 477, 1985.

ALWARD, R.B.; CLEMENTS, J.; OLIVÉ, J.M. The impact of immunization control activities on measles outbreaks in middle and low income countries. ***International journal of epidemiology*, 26** (3): 662-669, 1997.

BARAN, M. *et al. Epidemia de sarampo no município do Rio de Janeiro.* Trabalho apresentado no VI CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, **Anais do Congresso**, Rio de Janeiro, 1998.

BARATA, R.C.B. Epidemias. ***Cadernos de Saúde Pública*, 3** (1): 9-15, Rio de Janeiro, jan/fev, 1987.

BAREMBLITT, G. ***Compêndio de análise institucional: teoria e prática***. 3ª ed, Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1996.

BARRETO, M.L. Emergência e 'permanecência' das doenças infecciosas. ***MEDICOS -HC – FMUSP***, Ano 1, (3), julho-agosto/1998.

BELLINI, W.J. *et.al.* Virology of measles virus. ***The journal of infectious diseases.*** **Vol. 170**, supplement 1, novembro de l994.

BERNAL, J. História de las pestes y riesgo de epidemias en los 90. ***ETS – Revista Chilena de Enfermedades de Transmision sexual,*** **5** (4):119-126, out/dez de 1990.

BETTS, C.D., QUINTERO, R. Sarampión: crônica de una enfermedad anunciada, ***Revista del Hospital del Niño,*** **Panama 6** (1), 1987.

BLACK F.L., HIERHOLZER, W.J., *et.al.* Evidence for persistence of infectious agents in isolated human populations. ***American Journal of Epidemiology,*** **100** (1): 230-250, 1974

BLACK F.L. *et al.* Inadequate immunity to measles in children vaccinated at an early age: effect of revacination. ***Bulletin of the World Health Organization,*** **62** (2): 315-319, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – PNI – PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES. ***Rede de Frio: Noções Básicas de refreigeração e procedimentos para conservação de Imunobiológicos***, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - CENEPI Centro Nacional de Epidemiologia/DEOPE - Departamento de Operações. ***Plano de Controle do Sarampo***. Brasília, mimeo, setembro de l991 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – PNI – PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES. ***Capacitação Pedagógica do Monitor do Treinamento de Pessoal da Sala de Vacinação***. Brasília, 1991 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. ***Guia de Vigilância Epidemiológica***. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - CENEPI. *O Plano de Eliminação do Sarampo no Brasil*. **Boletim Epidemiológico**, 5, Ano I, maio de 1996 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. ***Boletim Epidemiológico***, 11, Ano I, novembro de 1996 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. ***Boletim Epidemiológico***, 12, Ano I, dezembro de 1996 (c).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. ***Plano Nacional de Eliminação do Sarampo: versão 2, revisada em maio de 1997***. Brasília, mimeo, 1997 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. ***Boletim Epidemiológico***, 6, Ano II, dezembro de 1997 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. *A Evolução do Sarampo no Brasil e a situação atual*. **Informe Epidemiológico do SUS (IESUS)**, Ano VI (1), Jan/mar/1997 (c).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. ***Relatório do 1º Seminário Nacional Sobre Doenças Exantemáticas Febris – Sarampo/Rubéola***. Brasília, mimeo, outubro de 1998 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. ***Sarampo no Brasil – Das epidemias a Erradicação (Relatório da Reunião do Conesul)***. Brasília, mimeo, novembro de 1998 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. ***Grupo Tarefa para a Erradicação do Sarampo no Brasil até o ano 2000***. Brasília, mimeo, 1998 (c).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. *Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica nos Estados de São Paulo e Bahia.* **Informe Epidemiológico do SUS (IESUS)**, Ano VII (1), jan/mar. 1998 (d).

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CENEPI. ***Guia de Campo de erradicação do sarampo e controle da rubéola (versão preliminar)***. Brasília, mimeo, abril de 1999.

CAMARGO, M. C. C.; MACHADO, L.C e S.; FERREIRA, R. M. **O sarampo no Estado de S. Paulo**. *Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - CVE,* mimeo, 1994.

CAMARGO, M. C. C. **Proposta de capacitação na vigilância epidemiológica do sarampo para o Estado de São Paulo (condicionada à liberação de recursos do Ministério da Saúde)**. *Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - CVE,* mimeo, 1° semestre de 1993.

CAMPOS, G.W.S. ***Reforma da reforma – Repensando a saúde***. São Paulo, Hucitec, 1992.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade entre a atribuição institucional de responsabilidade e a autonomia profissional. **In**: MERHY & E.E; ONOCKO,R. (org) ***Agir em saúde, um desafio para o público***. São Paulo/Buenos Aires, Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

CARRADA BRAVO, T. El diagnóstico y prevención del sarampión. ***Boletim médico do Hospital Infantil do México*** **40** (4): 221-226, abril de 1983.

CARRASCO, R. T. *et al.* Cadena de frio del Programa ampliado de Inmunizacion. Una experiencia de evaluacion. ***Boletin Oficina Sanitária Panamericana*** – **OPS, 94** (1): 37-45, 1983.

CASTRO, C.M. *et al* Epidemia de sarampión en el Hospital Dr. Luis E. Aybar. ***Acta Medica Dominicana,*** **15** (2): 43-47, marzo-abril, 1993.

CECÍLIO, L.C.O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. **In**: CECÍLIO, L.C.O. ***Inventando a mudança na saúde.*** 2ª ed. Hucitec, São Paulo, 1997a.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental **In**: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org). ***Agir em saúde, um desafio para o público.*** São Paulo/Buenos Aires, Hucitec/Lugar Editorial, 1997b.

CHAUVIN, P. Epidémiologie et prévention dela rougeole aux USA: 30 années de vaccination. **Rev. *epidém. et santé publ,*** 43: 61-71, 1995.

CUTTS, F.T. & MARKOWITZ, L.E. Successes and failures in measles control. ***The journal of infectious diseases.*** Vol. 170, Supplement 1, November 1994.

CUTTS, F. T. & STEINGLASS, R. Should be measles eradicated?. ***British medical journal,*** 316: 765-767, March 7th, 1998.

CZERESNIA, D. ***Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico.*** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997.

De la PEÑA, J.E.; MARTINEZ F.N.; BENITEZ, M.G.; ROMERO, C.E. Cambios e controversias en la ocurrencia de las enfermedades: la epidemia de sarampión de

1989 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. ***Revista Médica do Instituto Mexicano de Seguro Social (México)***, 29:169-179, 1991.

DONALÍSIO, M.R.C. ***O enfrentamento de epidemias: as estratégias e perspectivas do controle do dengue.*** Tese para obtenção do título de doutor. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

FOX, J.P. La imunidad colectiva y el sarampión **In**: *Simpósio internacional sobre inmunizacion sobre el sarampion – OPAS* - **Oficina Sanitária Panamericana, Publicación científica** nº 477, 1985.

GATTÁS, V.R. ***Avaliação da cobertura vacinal e do uso de serviços de saúde para vacinação na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989 – 1990.*** São Paulo, 1996. (Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo)

GAY, N.J. & NOKES, D.J. Measles elimination in the Americas. ***JAMA,*** **275** (17):1311-1312, May 1st, 1996.

GELLIN, B.G. & KATZ, S.L. Putting a stop to a killer: measles. ***The journal of infections diseases,*** **Vol. 170**, Supplement 1, November 1994.

GONÇALVES, V.F. *Sarampo: surto epidêmico do sarampo nos municípios de Araripe e Granja – Ceará, 1997.* Trabalho apresentado no VI CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, **Anais do Congresso**, Rio de Janeiro, 1998.

GURIS, D. *et.al.* Measles outbreak in Micronesia, 1991 to 1994. ***The Pediatrics Infectious disease Journal,*** **17** (1): 33-9, 1998.

GRIFFIN, D.E.; WARD, B.J.; ESOLEN, L.M. Pathogenesis of measles virus infection: an hypothesis for altered immune responses. ***The journal of infectious diseases*, 170** (Suppl 1): S24-S29, 1994.

HENRIQUES, C.M.P. & VILELA, M.F.G. Centro de Controle de Doenças: prevenindo mazelas. **In**: CAMPOS, F.C.B. & HENRIQUES, C.M.P. ***Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos.*** *2ª.ed,* Hucitec, São Paulo, 1997.

HENRIQUES, C.M.P. Doenças para o 3° Milênio. ***Correio Popular.*** Campinas, 26 de fevereiro de 1997.

KNUDSEN, K.M. *et al.* Child mortality following standard, medium or high titre measles immunization in West Africa. ***International journal of epidemiology*, 25** (3): 665-673, 1996.

KRUGMAN, S. Vacunas antisarampionosas mas atenuadas: características y utilizacion. **In**: *Simpósio Internacional sobre inmunizacion contra el Sarampion OPAS* – **Oficina Sanitária Panamericana. Publicación Científica n° 477**, 1985.

LEE-HAN, H. *et al.* Missed opportunities for measles immunization: Waterloo region, Ontario, 1990-1991. ***Canadian Journal of Public Health*, 87** (6): 404-406, Nov-Dec. 1996.

LUTHI, J.C.; KESSLER, W.; BOELAERT, M. Une enquête d'efficacité vaccinale dans la ville de Bongor (Tchad) et ses consequences opérationnelles pour le programme de vaccination. ***WHO Bulletin***, 1997, 75 (5): 427-433.

MALUF, E. *et al Avaliação da descentralização da Vigilância Epidemiológica do Sarampo – Curitiba.* Trabalho apresentado no III CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, **Anais do Congresso,** Salvador, 1995.

MASSAD, E. Epidemiologia matemática. ***MEDICOS – HC - FMUSP***, Ano 1, nº3, julho-agosto/1998.

MATUS, C. O Processo de produção social. **In**: MATUS, C ***Política, planejamento e governo***. Tomo 1. Brasília, Instituto de Pesquisa Aplicada, IPEA, 1993: 99-134.

MATUS, C. ***Política planificacion y gobierno***, ILBES - Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificacion Economica y Social, Fundacion ALTADIR, 1987.

MELLO, M.L.R. *et al. Sarampo: distribuição de casos segundo gênero e coorte de nascimento, Estado de São Paulo , 1997.* Trabalho apresentado no VI CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, **Anais do Congresso**, Rio de Janeiro, 1998.

MENDES, I.F. *et al* Avaliação das condições de estocagem de vacinas vivas, atenuadas contra o sarampo, em postos de vacinação credenciados e Centros de Saúde do Estado de São Paulo (Brasil). ***Rev. de Saúde Pública*, 19**: 444-449, 1985

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. **In**: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. ***Agir em Saúde, um desafio para o público***, São Paulo/Buenos Aires, Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

MINAYO, M.C.S. ***O desafio do conhecimento***. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MMWR. *Measles eradication: recommendations from a meeting cosponsored by the World Health Organization, the Panamerican Health Organization, and CDC*, vol. 46/no RR – 11:1-21, June 13, 1997 (a).

MMWR. *Status report on the childhood immunization initiative: reported cases of selected vaccine-preventable diseases,* 1997. 46 (29): 665-671, 12/07/97 (b).

MMWR. *Measles outbreak - Romania, 1997.* 46 (49): 1159-63, 12/12/1997 (c).

MMWR. *Progress towards elimination of measles from the Americas,* 47 (10): 189-183, March 20, 1998 (a).

MMWR. *Preventing emerging infectious diseases: a strategy for the 21st Century,* 47 (RR – 15), September 11, 1998 (b).

MORAES, J.C. Sarampo. ***MEDICOS - HC – FMUSP,*** Ano 1, nº 3, julho-agosto/1998.

MOREIRA, L.A.C. *et al.* Conocimientos de los pediatras de Salvador, Brasil, sobre la vacuna antisarampionosa. ***Revista Panamericana Salud Publica,*** **2** (6): 373-377, 1997

MOREIRA, M.E. ***Gestão do trabalho em saúde: desvendando a trama e o drama institucional.*** Campinas, 1997. (Dissertação de mestrado - Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp).

OLIVÉ, J.M.; QUADROS, C.; CASTILLO, C.J. El sarampión en las Américas, 1960-1989. ***Bulletin del Oficina Sanitaria Panamericana,*** **111** (2): 180-185, 1991.

OLIVÉ, J.M.; AYLWARD, R.B.; MELGAARD, B. Disease eradication as a public health strategy: is measles next? ***World Health statistic quarter,*** **50** (3,4):185-187, 1997.

OLIVEIRA, M.T.C. & CAIAFFA, W.T. Resurgimiento de la epidemia de sarampión de Minas Gerais, Brasil. ***Revista Panamericana de Salud Publica,*** *4* (4), 1998.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ***Medidas de salud pública en emergencias causadas por epidemias – Guia práctica,*** Genebra, 1987.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. ***O sarampo em São Paulo.*** Relatório do Grupo Consultivo. São Paulo, mimeo, 08/05/1991.

OPAS/OMS – ***X Reunion de Gerentes del Programa Ampliado de Inmunizacion de las Regiones de Centro América, Caribe Latino y México – Informe Final.*** Guatemala, Guatemala, 22 y 23 de agosto de 1995 (a).

OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes.* **Boletín Epidemiológico, 16** (3), septiembre de 1995 (b).

OPAS - PAI – PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN. Erradicación mundial del sarampión: meta 2010? ***Boletin Informativo PAI***, Año XVIII, número 4, agosto de 1996.

OPAS – PAI – PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN. Brote de sarampión en São Paulo. ***Boletin Informativo PAI***, Año XIX, número 3, junio de 1997.

OPAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. ***Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica do sarampo no Estado de São Paulo***. São Paulo, mimeo, 21/03/1997.

OPAS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – 25ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PANAMERICANA – *50ª Sessão do Comitê Regional, Tema 4.8 da Agenda Provisória,* Washington, D.C., 21-25 september, 1998.

OSTERHAUS, A.D.M.E.; VRIES, P.; van BINNENDDIJK, R.S. Measles vaccines: novel generations and new strategies. ***The journal of infectious diseases,*** **170** (Suppl.1): S43-S55, 1994.

PANNUTI, C.S. *et al.* Measles antibody prevalence after mass immunization in São Paulo, Brazil. ***Bulletin of the World Health Organization,*** **69** (5): 557-560, 1991.

PELTOLA, H. *et al.* No measles in Finland. ***The Lancet,*** 350: 1364-1365, November 8th, 1997.

PERADZE, T.V. & SMORODINTSEV, A.A. Epidemiologia y profilaxis especifica del sarampion. **In:** *SIMPOSIO INTERNACIONAL DEL SARAMPION – OPAS.* **Oficina Sanitária Panamericana**. Publicación Científica nº 477, 1985.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS – SECRETARIA MUNICPAL DE SAÚDE – COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA. ***Estudo 1: Análise das fichas de investigação de eventos adversos associados à vacinação contra a meningite C, vacina Biomanguinhos, em 15/04/96.*** Campinas, mimeo, 1996.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. ***Sumário de Dados,*** Campinas,1992

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- COVISA ***Boletim epidemiológico,*** 9 Ano VIII, dezembro de 1997.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - DISTRITO SUDOESTE. ***Roteiro de painel para a Semana de Saúde,*** mimeo, abril de 1999.

PONTES, R.J.S. Sarampo em trabalhadores rurais: ensaio metodológico de epidemiologia social. ***Revista de Saúde Pública,*** 24(4): 323-331, São Paulo, 1990.

QUADROS, C.A. *et al.* Measles Elimination in the Americas – Envolving Estrategies. ***JAMA,*** 275 (3): 224-229, 17 de janeiro de 1996.

QUADROS, C.A. Global eradication of poliomyelitis and measles: another quiet revolution, ***Annals of internal medicine***, 127 (2):156-158, July 15th, 1997.

RISI JR, J.B. El control del sarampion en el Brasil. *OPAS* - **Oficina Sanitária Panamericana, Publicación Cientifica** nº 477: 267-272, 1985.

ROBBINS, F.C. Perpectivas del control mundial del sarampión: consideraciones. **In**: *Simpósio internacional sobre inmunizacion sobre el sarampión. OPAS.* **Oficina Sanitária Panamericana**, publicación científica nº 477, 1985.

RUFINO NETTO, A. Brasil: doenças emergentes ou reemergentes? ***Medicina Ribeirão Preto***, 30: 405, jul-set/1997.

RODRIGUEZ, M.A.L.R. *et al* Inquérito sorológico de sarampo em crianças de 5 a 15 meses de idade em Curitiba e São José dos Pinhais, Estado do Paraná, Brasil, 1983. ***Revista de Saúde Pública de S. Paulo***, 18: 421-428, 1984.

ROSEN, G. ***Uma história da saúde pública.*** Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo, UNESP/ABRASCO/HUCITEC, 1994.

SABIN, A B. My last will and testament on rapid elimination and ultimate global eradication of poliomyelitis and measles. ***Pediatrics,*** **90** (1): 162-169, July 1992.

SABROZA, P.C. *et al* Doenças transmissíveis: ainda um desafio. **In:** MINAYO, M.C.S. (org) ***Os muitos Brasis.*** São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1995.

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Manual de inquérito de cobertura vacinal.*** São Paulo, 1989.

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Manual de Vigilância Epidemiológica Sarampo – Normas e Instruções.*** São Paulo, mimeo,1991.

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Capacitação de pessoal para a vigilância epidemiológica do sarampo e rubéola.*** São Paulo, mimeo, 1993.

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Sarampo e rubéola: classificação final dos casos suspeitos.*** São Paulo, mimeo, 1994.

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Plano de trabalho para o sistema de vigilância epidemiológica do Estado de São Paulo , Biênio 96/97 – Anteprojeto.*** São Paulo, mimeo, 1995.

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Atualização do manual de vigilância do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita.*** São Paulo, mimeo, 1996.

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Sarampo no Estado de São Paulo , 1996- 1997.*** São Paulo, mimeo, 06/02/97 (a).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Sarampo no Estado de São Paulo : orientações frente a caso suspeito, complementação e esclarecimentos do documento enviado em 06/02/97.*** São Paulo, mimeo, março de 1997 (b).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Relatório de Reunião com os diretores de vigilância epidemiológica das DIRS do Estado de São Paulo***. São Paulo, mimeo, maio de 1997 (c).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE XII. ***Manual de vigilância de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita (diagnóstico laboratorial e definição de caso). Adaptado pela equipe técnica do Grupo de Vigilância Epidemiológica, Campinas***. Campinas, mimeo, julho de 1997 (d).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Informe técnico: a epidemia de sarampo e as estratégias de controle***. São Paulo, mimeo, outubro de 1997 (e).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Classificação final dos casos suspeitos de sarampo e rubéola***. São Paulo, mimeo, dezembro de 1997 (f).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE XII. ***Plano Regional de Saúde – DIR XII – Campinas***. Campinas, mimeo, 1997 (g).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DE SÃO PAULO. ***Cartilha de apoio ao processo de habilitação dos municípios à NOB'96***. São Paulo, mimeo, 1997 (h).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Boletim informativo***, Ano 12, nº 50, São Paulo, abril de 1998 (a).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE - Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações. ***Norma do Programa de Imunização***, 1998 (b).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Plano Nacional de Eliminação do Sarampo para o ano 2000***. São Paulo, mimeo, 1998(c).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Doenças exantemáticas – 1998: interpretação de resultados laboratoriais (sorologia) e classificação dos casos suspeitos de SARAMPO E RUBÉOLA***. São Paulo, mimeo, 1998 (d).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Estudo dos preditores relacionados a ocorrência da epidemia de sarampo no município de São Paulo, em 1997***. São Paulo, 1998 (f).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. ***Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica TBVE – Módulos Básicos***. São Paulo, 1998 (g).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE XII – ***Relatório de Supervisão de Imunização na região da DIR XII. Campinas***. Campinas, mimeo, 1998 (h).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE. ***Projeto Piloto de Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na região da DIR XII Campinas***. Campinas, mimeo, dezembro de 1998 (i).

SES SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SÃO PAULO. DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE XII CAMPINAS – ***Relatório de Supervisão da Campanha de Vacinação do Idoso na região da DIR XII***. Campinas, mimeo, 1999.

SILVA, L.J. *Sarampo – Itália,* Promed-port@usa.healthing.org, 05 de março de 1999.

SILVA, L.M.V. *et al.* Coberturas vacinais superestimadas? Novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima. ***Revista Panamericana de Salud Publica, 1*** (16): 444-449, 1997.

SILVA, L.P. ***Erradicação do sarampo: uma possibilidade real? Revisão crítica da teoria e das estratégias de eliminação.*** Rio de Janeiro, 1993. (Dissertação de mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ).

SILVA JR, A. ***Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva.*** Tese para obtenção do título de Doutor. FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996.

SOERENSEN, B. *et al* Sarampo: idade ótima e número de doses recomendadas para a vacinação no Brasil. ***Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 27*** (2): 55-65, 1985.

TELLERIAS, L. *et al* Sarampion. ***Boletim del Hospital San Juan de Dios***, Chile, 28 (3): 131-141, 1981.

TAMBLYN, M.D. Measles elimination – Time to move forward. ***Canadian journal of public health***, p. 83-85, março/abril de 1995.

VILELA, M.F.G.; KEMP, B.; RUSSI, E.A.; DEL GUERCIO,V. *Epidemia de sarampo na região de Campinas, surpresa ou uma epidemia esperada?* Trabalho apresentado no IV CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, **Anais do Congresso**, Rio de Janeiro, 1998. Inédito.

VITEK, C.R. *et.al.* Trends in importation of measles to the United States, 1986 – 1994. ***JAMA***, 277(24): 1953 - 1956, June 25th , 1997.

VONTOBEL, M. ***Contribuição para a análise do sistema de vigilância epidemiológica no controle do sarampo, no município de São Paulo***. São Paulo, 1985. (Dissertação de mestrado. São Paulo – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

WALDMAN, E.A; SILVA, L.J.; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. **In**: MONTEIRO, C. A. (org) ***Velhos e novos males da saúde no Brasil***. São Paulo, Hucitec/NUPENS/USP, 1995.

WALDMAN, E.A. ***Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública***. Tese para obtenção do título de doutor. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1991.

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION - WEEKLY. ***Progress towards global measles control and elimination***, Year 72, 47, November 21st, 1997.

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION - WEEKLY. ***Progress towards global measles control and elimination,*** Year 73, 12, March 20th, 1998.

11. ANEXOS

ANEXO 1. **ROTEIRO DO 'PILOTO' – oficina de trabalho com enfermeiros do Distrito de Saúde Sudoeste.**

DATA: 15/04/99

LOCAL: SALA DE REUNIÕES DO DISTRITO

A proposta desse trabalho é testar a metodologia de coleta de informações com atores que vivenciaram a epidemia de sarampo ocorrida no ano de 1997.

Os critérios para participação no 'piloto' são: ser enfermeiro e trabalhar em alguma Unidade Básica do Distrito Sudoeste, preferencialmente desde 1995 e 1996, anos que precederam a epidemia

O trabalho será feito por meio de dinâmica de grupo, constando das seguintes etapas:

1) Contrato profissional/relacional: explicitar para o grupo o tempo de duração do trabalho, a metodologia a ser utilizada, solicitar autorização para uso do gravador, restrições durante o trabalho, como, por exemplo, cigarro ou celular. Esta etapa do trabalho servirá também como 'pré' aquecimento, na qual o pesquisador coloca-se como profissional, explicita suas motivações sobre a pesquisa, deixa claro que será preservado o anonimato dos colaboradores; convida-os a colocar seus nomes e telefones em uma lista, para futuro convite no momento da defesa de tese.

2) Aquecimento: 15': serão apresentados dois painéis: o primeiro com nomes de pessoas de referência para o grupo em 1996 e 1997 como, por exemplo, o prefeito, o secretário de saúde, o coordenador da DRO. No segundo, serão apresentados os dados de sarampo do Distrito Sudoeste, o total de casos e CI por Unidade de Saúde, o total de casos da Região e o respectivo CI e o total do município de Campinas. Nesse painel serão afixadas algumas manchetes de jornal da época sobre a epidemia de sarampo. Esses painéis servirão como objeto intermediário que auxiliará na 'memória' do grupo sobre o tema. Será explicitado nesse momento, o porquê da escolha da regional para o trabalho de campo (um dos mais altos coeficientes de incidência do município). Será solicitado à pessoa mais 'mobilizada' do grupo contar alguma vivência na sua unidade de saúde durante a epidemia de sarampo. **(ligar o gravador)**

3) 1ª pergunta: 15 min.: trabalho individual, no qual os participantes irão escrever nas tarjetas de 03 a 05 causas que, na opinião deles, foram responsáveis pela epidemia de sarampo.

1) **Discussão**: 45 min: serão recolhidas as tarjetas e o monitor irá distribui-las em um painel já com título: "causas da epidemia de sarampo", empilhando problemas, segundo grandes grupos de causas (pode ter como referência as hipóteses do projeto de pesquisa). O monitor/pesquisador ficará atento às respostas muito amplas, podendo refazê-las com quem respondeu, ou demais pessoas do grupo. O monitor poderá complementar ou estimular o grupo no aprofundamento de itens que não foram abordados e estimular a discussão sobre o tema. **(ligar o gravador)**

5) 2ª pergunta: 15' trabalho individual , no qual os participantes irão escrever na tarjeta o que deve ser feito para se evitar novas epidemias de sarampo.

6) Discussão: 45': organizar as respostas tendo como referência as normas de controle da doença , ou também de acordo com as hipóteses do projeto de pesquisa. Esse momento é de alguma forma pesquisa participante, pois a interação do pesquisador com o grupo, leva o grupo sobre uma reflexão sobre o seu próprio trabalho.

7) Avaliação: 15'. Os participantes serão convidados, em poucas palavras, a expressar o que achou da oficina. Pode ser usada a técnica do barbante, na qual o participante recebe um barbante no momento da sua fala e ao final, passa a outro participante, formando-se uma trama, como uma rede. O monitor agradece a participação de todos.

Duração total: 2horas e 30 minutos.

MATERIAL NECESSÁRIO

- tarjetas de cartolina ou papel branco, com 22x12cm
- pincel atômico (01 por pessoal)
- 01 fita gomada ou crepe
- 04 folhas de papel craft ou pardo
- cola, 01 bastão
- gravador
- fitas para 02 horas de gravação.
- pilhas para gravador

OUTROS ITENS A SEREM PROVIDENCIADOS COM ANTECEDÊNCIA

- carta individual a todos os enfermeiros que participarão da oficina
- carta para o coordenador da unidade à qual pertence o enfermeiro
- declaração de comparecimento
- passes ou dinheiro para os participantes: mínimo dois passes por pessoa.
- Definir local e horário mais adequados: distrito de saúde ou unidade de saúde mais acessível a todos; o melhor horário, o que não atrapalhe a rotina da Unidade de Saúde

ANEXO 2. **Convite para participar da oficina de trabalho - Enfermeiros**

UNICAMP

CONVITE

Prezado enfermeiro (a)

Sou enfermeira, aluna do Curso de Pós Graduação, mestrado em Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP. O tema do meu projeto de pesquisa é a epidemia de sarampo ocorrida no ano de 1997 na região de Campinas e em todo o Estado de São Paulo .

Dirijo-me a você para convidá-lo a participar de uma oficina de trabalho, na qual me sentiria honrada com sua presença e de poder contar com a sua colaboração sobre o tema ora investigado. **Será no dia 23/04/99, no período de 8:30hs às 11:30hs, na sede da DISTRITO DE SAÚDE SUDOESTE.** Os profissionais convidados para essa oficina são enfermeiros do Distrito SUDOESTE que estavam atuando nas Unidades Básicas, à época da epidemia, no ano de 1997. Portanto, profissionais que vivenciaram a epidemia.

Esclareço que o trabalho será realizado dentro do mais rigoroso princípio ético, não sendo revelado nomes dos que colaborarem espontaneamente com a pesquisa. Esclareço ainda, que o Coordenador de sua Unidade está ciente desse trabalho, bem como a Coordenadora da Vigilância em Saúde do Distrito. Serão fornecidos dois passes para a participação na oficina de trabalho.

Desde já agradeço

Maria Filomena de Gouveia Vilela

ANEXO 3. **Convite para participar da oficina de trabalho - Coordenadores**

UNICAMP

Prezado Coordenador

Dirijo-me a você com o objetivo de contar com seu apoio no sentido de liberação do profissional enfermeiro desta Unidade de Saúde, para participação numa oficina de trabalho no dia 23/04/99, no período de 8:30 às 11:30hs, na sede do Distrito de Saúde Sudoeste.

Sou enfermeira e aluna do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp. O projeto de investigação que estou realizando trata da epidemia de sarampo ocorrida em 1997, na região de Campinas e em todo o Estado de São Paulo . Solicitei permissão ao Sr. Secretário de Saúde do Município, que autorizou, a realização de uma parte do trabalho de campo com profissionais que vivenciaram a epidemia de 1997. A oficina, portanto, tratará desse tema.

Agradeço desde já sua colaboração e despeço-me

Atenciosamente

Maria Filomena de Gouveia Vilela

ANEXO 4. **Convite para participar da oficina de trabalho - Coordenadores**

UNICAMP

CONVITE

Prezado coordenador (a)

Sou enfermeira, aluna do Curso de Pós Graduação, mestrado em Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp. O tema do meu projeto de pesquisa é a epidemia de sarampo ocorrida no ano de 1997 na região de Campinas e em todo o Estado de São Paulo.

Dirijo-me a você para convidá-lo a participar de uma oficina de trabalho, na qual me sentiria honrada com sua presença e de poder contar com a sua colaboração sobre o tema ora investigado. **Será no dia 28/05/99, no período de 8:30hs às 11:30hs, no Sala de Reuniões da DISTRITO SUDOESTE.** Os profissionais convidados para essa oficina são coordenadores das Unidades do Distrito Sudoeste que já estavam atuando nas Unidades Básicas da região, à época da epidemia, em 1997. Portanto, profissionais que vivenciaram a epidemia.

Esclareço que o trabalho será realizado dentro do mais rigoroso princípio ético, não sendo revelado nomes dos que colaborarem espontaneamente com a pesquisa. Esclareço ainda, que o Secretário de Saúde do Município de Campinas está ciente e autorizou esse trabalho. Conto também com a colaboração da Coordenadora de Vigilância em Saúde do Distrito Sudoeste.

Desde já agradeço

Maria Filomena de Gouveia Vilela

***ANEXO 5.* Solicitação para liberação de auxiliar de enfermagem para participação na oficina de trabalho**

UNICAMP

Prezado Coordenador

Sou enfermeira e aluna do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp. O projeto de investigação que estou realizando trata da epidemia de sarampo ocorrida em 1997, na região de Campinas e em todo o Estado de São Paulo . Solicitei permissão ao Sr. Secretário de Saúde do Município, que autorizou, a realização de uma parte do trabalho de campo com profissionais que vivenciaram a epidemia de 1997.

Dirijo-me a você com o objetivo de contar com seu apoio no sentido de liberação do (s) auxiliar (es) de enfermagem desta Unidade de Saúde, para participação numa oficina de trabalho no dia 28/05/99, no período de 14:00 às 16:30h, na sala de reuniões do Distrito de Saúde Sudoeste. O critério para participação é o profissional já atuar na sala de vacinação ou vigilância, no período imediatamente anterior e durante a epidemia de sarampo de 1997.

Agradeço desde já sua colaboração e despeço-me

Atenciosamente

Maria Filomena de Gouveia Vilela

Campinas, 18/05/99

ANEXO 6. Vacinação de rotina – Doses aplicadas e cobertura vacinal em menores de 1 ano e com 1 ano de idade – Estado de São Paulo – Série histórica – 1974 a 1998

ANO	POP.<1a	SABIN (3ª Dose)		DPT (3ª Dose)		SARAMPO		BCGid		POP=1a	SCR (1ano)	
		Doses	COB(%)	Doses	COB(%)	Doses	COB(%)	Doses	COB(%)		Doses	COB(%)
1974	-	262998	57,42	265493	57,96	244263	53,33	-	-	-	-	-
1975	472618	409485	86,64	304580	64,45	273260	57,82	-	-	-	-	-
1976	487805	436798	89,54	334292	68,53	358395	73,47	-	-	-	-	-
1977	503587	518356	102,93	443353	88,04	440938	87,56	124561	24,73	-	-	-
1978	520044	624397	120,07	526940	101,33	501454	96,43	437141	84,06	-	-	-
1979	537117	654263	121,81	559998	104,26	565324	105,25	610712	113,70	-	-	-
1980	651246	901333	138,40	637799	97,94	694585	106,65	711865	109,31	-	-	-
1981	651371	868259	133,30	690374	105,99	710517	109,08	765802	117,57	-	-	-
1982	651118	986632	151,53	722544	110,97	774359	118,93	765770	117,61	-	-	-
1983	650882	958763	147,30	725822	111,51	750205	115,26	751673	115,49	-	-	-
1984	650600	871545	133,96	598235	91,95	662741	101,87	787735	121,08	-	-	-
1985	650251	719372	110,63	633905	97,49	667250	102,61	602363	92,64	-	-	-
1986	649854	864559	133,04	630364	97,00	662405	101,93	721980	111,10	-	-	-
1987	649405	632430	97,39	600684	92,50	592500	91,24	671797	103,45	-	-	-
1988	648924	723788	111,54	659861	101,69	715583	110,27	761356	117,33	-	-	-
1989	648385	682505	105,26	688284	106,15	711402	109,72	796277	122,81	-	-	-
1990	647809	653213	100,83	660152	101,91	696807	107,56	769775	118,83	-	-	-
1991	647059	602146	93,06	621768	96,09	661365	102,21	707974	109,41	-	-	-
1992	646013	626884	97,04	646213	100,03	694701	107,54	722857	111,90	646013	903132	139,80
1993	653377	620202	94,92	644912	98,70	660558	101,10	751030	114,95	621702	617023	99,25
1994	662790	648801	97,89	667327	100,68	669694	101,04	748276	112,90	630659	642690	101,91
1995	665182	643355	96,72	662122	99,54	647530	97,35	733408	110,26	640759	646058	100,83
1996	665182	674806	101,45	626988	94,26	633921	95,30	740219	111,28	640759	634995	99,10
1997	661636	637716	96,38	591399	89,38	810898	122,56	796328	120,36	649508	783735	120,67
1998	702822	691389	98,37	722083	102,74	751836	106,97	793238	112,86	683470	741362	108,47

Fonte: CVE/Divisão de Imunização
Centro de Informações de Saúde-CIS

População: FUNDAÇÃO SEADE-SP
*DADOS COM DOSES APLICADAS NAS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO

ANEXO 7. **Número de doses aplicadas da vacina contra o sarampo microrregião de Campinas no período de 1994-1996.**

ANO	*DOSES APLICADAS*
1994	32.073
1995	33.312
1996	31.520

FONTE: DIR XII Campinas

ANEXO 8. **Quadro comparativo de entrada de vacinas contra sarampo (SAR) e sarampo, caxumba e rubéola (SRC), ERSA 27 – Campinas, anos de 1994, 1995, 1996 *campanha (fonte:DIR XII)**

MÊS	*1994*		*1995*		*1996*	
	SAR	**SRC**	**SAR**	**SRC**	**SAR**	**SRC**
JANEIRO	5.000	3.000	16.500	0	0	10.000
FEVEREIRO	15.000	8.000	0	5.000	8.000	11.000
MARÇO	10.000	5.000	15.000	0	3.000	7.000
ABRIL	13.000	0	2.250	3.000	12.000	14.000
MAIO	15.000	1.500	2.000	2.000	17.000	15.000
JUNHO	31.000*	10.258	0	2.000	40.000*	23.000
JULHO	0	0	15.000	3.000	19.000	14.000
AGOSTO	16.000	15.000	32.300*	5.000	0	9.500
SETEMBRO	0	0	10.000	12.000	2.000	5.650
OUTUBRO	1.500	0	9.100	18.000	7.000	0
NOVEMBRO	8.000	0	3.000	15.000	0	5.000
DEZEMBRO	1.200	0	5.000	15.000	0	6.000
TOTAL	*115.700*	***42.758***	*110.150*	***80.000***	*108.000*	***120.150***

ANEXO 9. **Número de doses solicitadas e recebidas da vacina contra o sarampo no segundo semestre de 1996.**

MÊS	*SOLICITADO*	*RECEBIDO*
Julho	19.000	19.000
Agosto	0	0
Setembro	15 000	2.000
Outubro	7.000	7.000
Novembro	9.000	0
Dezembro	–	–

FONTE: DIR XII

ANEXO 10. **Número de doses de vacinas solicitadas ao Ministério da Saúde e recebimento mensal – 1996 e 1997.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NÚMERO DE DOSES DE VACINAS
SOLICITADAS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE E RECEBIMENTO MENSAL - 1996 E 1997

1996	DPT		SARAMPO		SCR***		F.AMARELA		HEPATITE B	
MÊS	Pedido	Recebido	Pedido	Recebido	Pedido	Recebido	Pedido	Recebido	Pedido	Recebido
JAN	400000	400000	200000	47500	100000	350010	180000	185000	5000	5000
FEV	450000	400000	750000	188000	200000	100000	180000	0	123000	5000
MAR	400000	400000	200000	200000	100000	0	150000	180000	5000	4000
ABR*	400000	400000	450000	174400	250000	250000	300000	180000	5000	4000
MAI	200000	0	200000	0	100000	55010	100000	0	4000	0
JUN*	1000000	499700	400000	100000	250000	0	300000	0	8000	2700
JUL	400000	521440	200000	0	100000	100000	200000	0	5000	5000
AGO	400000	91960	200000	70000	200000	100000	200000	150000	5000	0
SET	500000	0	300000	0	200000	0	200000	80000	10000	0
OUT	400000	0	200000	207340	0	100000	180000	150000	10000	0
NOV**	400000		200000	0	0	150000	160000	73400	10000	2000
DEZ	500000	230263	400000	299000	200000	0	400000	599930	10000	0
TOTAL	5450000	2743363	3700000	1289240	1700000	1200020	2600000	1598330	200000	20620

* Doses para a Campanha Nacional de Multivacinação
** Recebimento de 400.000 doses, suspensão após eventos adversos
*** lote K6096= suspenso o uso em março/96 (200.000 doses recebidas em Jan. e Fev.)
CONFERIR AS ENTRADAS COM O SUPRIMENTO - FIZ COM AS ANOTAÇÕES DA GRADE

1997	DPT		SARAMPO		SCR***		F.AMARELA		HEPATITE B	
MÊS	Pedido	Recebido	Pedido	Recebido	Pedido	Recebido	Pedido	Recebido	Pedido	Recebido
JAN(1)	400000	590180	300000	547350	100000	350010	200000	360150	20000	0
FEV(1)	600000	200000	300000	465000	150000	0	200000	180000	10000	0
MAR(1)	600000	259550	300000	452920	200000	269500	200000	180000	10000	0
ABR	400000	150000	200000	56350	300000	359526	300000	634150	25000	0
MAI	400000	185710	0	318700	1200000	130000	0	0	25000	0
JUN*	700000	740000	200000	13500	200000	-	200000		25000	0
JUL**	400000	370000	4500000	4474565	350000	350000			25000	0
AGO	500000	245780	400000		200000		200000		25000	0
SET	500000		400000		300000		400000		25000	
OUT										
NOV										
DEZ										
TOTAL	4500000	2741320	6600000	6328385	3000000	1459036	1700000	1354300	190000	0

* CAMPANHA DE INTENSIFICAÇÃO EM 21/06/97
** SCR para profissionais de saúde e Campanha contra o sarampo

(1) lotes indianos suspensos em 12/03/97 - total de doses recebidas 639.150

recebimentos conferidos com listagem do Suprimento II
(Não constavam todos os lotes de DPT da Campanha de junho/97)
Sem listagem de entradas de vacina contra Febre Amarela - dados da grade de pedidos ao MS

DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO/CVE/CIP/SES-SP

ANEXO 11.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO

São Paulo, 19 de março de 1997

Ofício CVE nº 642/97

Prezada Senhora,

Em atenção ao ofício nº 97/97 - G.V.E. vimos informar que as vacinas utilizadas na rotina do Programa Estadual de Imunização são fornecidas pelo PNI/FNS/Ministério da Saúde, cujo repasse tem sido irregular desde o 2º semestre/1996, particularmente com relação às vacinas DPT e contra o Sarampo. Como agravante desta situação tivemos a suspensão dos lotes de DPT (procedência Swiss - Berna) recebidos em NOVEMBRO/95 e de DPT (procedência Italiana) recebidos em JAN e FEV/97 por aumento da incidência de eventos adversos pós imunização com estas vacinas.

Desde fevereiro p. p. a Secretaria de Estado da Saúde providenciou compra das vacinas DPT e contra o Sarampo, as quais brevemente serão entregues ao Saguimento II.

Com a entrega recente de novas doses de vacina contra o Sarampo foram liberadas à esta DIR 26.000 doses em 13/03/97.

Aguardamos a remessa de novas doses (DPT e Sarampo) para os próximos dias conforme informação do PNI/FNS.

Atenciosamente,

CLELIA M. S. DE SOUZA ARAÚJO
Diretora Técnica da Divisão de Imunização

Visto:

JULIO CESAR DE M. ALVES
Diretor Técnico do CVE

Ilmo. Sra.
Dra. MARCIA APARECIDA AMARAL
Diretora Técnica da DIR XII - CAMPINAS

MLA/pf

foi enviado
p/ os municípios
Mabella
3/97

ANEXO 12.

COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC"

Ofício Circ.CVE nº 94 /97

São Paulo,14 de maio de 1997

Senhor (a) Diretor(a)

Como é de seu conhecimento, desde meados de 1996 a Secretaria de Estado da Saúde tem enfrentado sérios problemas com o abastecimento das vacinas do Programa Estadual de Imunização, tendo em vista as dificuldades que o Ministério da Saúde tem tido nas concorrências internacionais para sua aquisição.

Isto vem colaborando, de modo geral, para a queda das coberturas vacinais, que já teve como uma de suas consequências o aumento da incidência de sarampo em nosso Estado.

A Secretaria já adquiriu lotes de vacinas contra sarampo, DPT e SCR, que estão aguardando liberação por parte do INCQS/MS e está iniciando processo licitatório para nova compra, com a finalidade de manter um estoque estratégico até que o repasse por parte do Ministério da Saúde se regularize.

Assim, tem este a finalidade de informar a V.S. que, com essa disponibilidade prevista de vacinas, a Secretaria está ultimando as providências necessárias para desencadear uma Campanha Seletiva de Multivacinação, para menores de 6 anos, em todo o Estado, visando a ATUALIZAÇÃO DAS CADERNETAS DE VACINAÇÃO, o que deverá ocorrer no próximo mês.

Informações mais detalhadas a respeito deverão seguir nos próximos dias.

Atenciosamente

Julio Cesar de Magalhães Alves
Diretor Técnico - CVE

Ilmo(a) Sr.(a)
Diretor(a) desta DIR

-16-97 FRI 15:03 05501 2561944 P.02

ANEXO 13

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC"

São Paulo, 19 de dezembro de 1994

OFÍCIO CIRCULAR C.V.E Nº 237 /94

Ilmo(a) Sr(a),

Frente a algumas mudanças no critério e classificação final do diagnóstico dos casos de sarampo sugeridas pelo Ministério da Saúde e após a constatação de alguns problemas e situações observados no decorrer deste ano, decidimos fazer algumas pequenas alterações na classificação final e critério utilizado para o diagnóstico do sarampo.

Também constatamos que, como em inúmeros casos a colheita e/ou os exames realizados não ocorrem conforme o que se preconiza (data, como realizado, etc) situações das mais diversas ocorreram para as quais não haviam padronizações quanto a classificação final desses casos que não se encaixam na situação ideal. Dessa forma, cada ERSA classificava como achava melhor o caso suspeito.

Utilizando a divisão de doenças de transmissão respiratória que avaliou o diagnóstico final e critério de todas as fichas de casos suspeitos de sarampo ou rubéola do Estado, ocorridos em 92 e 93, e a assessoria da FIOCRUZ e CENEPI, Ministério da Saúde, avaliamos preconizar a classificação do diagnóstico destes casos mais "complicados". Com isto resolvido, escrevemos um manual cujas cópias seguem em anexo.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Nestes manuais abrangemos praticamente todas as situações que temos observado.

Pretendíamos fazer um treinamento para todo o Estado, porém não foi possível em 1994

Assim, solicitamos que leiam cuidadosamente estas orientações e as repassem pelo menos aos principais municípios de sua região. Caso haja dúvidas estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

A partir de 1995 já pretendemos utilizar as orientações deste manual.

Pedimos desculpas por enviá-lo só agora, porém após o treinamento que fizemos com 10 ERSAs em dezembro, várias modificações tiveram que ser feitas e só conseguimos terminar este documento em 14/10.

Todos os casos suspeitos de rubéola e sarampo que ocorrerem em 1995, até que um treinamento seja feito, serão ainda revistos cuidadosamente e detalhadamente pelos técnicos desta divisão e serão reclassificados, se necessários.

Sem mais, reiteramos nossas mais cordiais

Saudações

p/ MARIA CLAUDIA CORRÊA CAMARGO
DIRETORA DA DIVISÃO DE DOENÇAS
DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA

Visto,

WAGNER AUGUSTO DA COSTA
DIRETOR TÉCNICO C.V.E

Ilmo(a) Sr(a)
Responsável pela Vigilância Epidemiológica da ERSA

1.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.20.22.23
25.26.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41
42.43.44.45.46.47.48.52.53.54.55.56.57.58.60.61
62.64.65