



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

VIGILÂNCIA E RESPOSTA
INTEGRADAS À DOENÇA

CURSO DE FORMAÇÃO A NÍVEL DISTRITAL



Módulo de Introdução

Julho de 2011



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADAS À DOENÇA

CURSO DE FORMAÇÃO A NÍVEL DISTRITAL | Módulo de Introdução



Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional para África (AFRO)
Vigilância Integrada da Doença e Resposta
Curso de Formação a Nível Distrital

Módulo de Introdução

Julho de 2011

Os módulos que constituem o Curso de Formação ao Nível Distrital de Vigilância Integrada da Doença e Resposta foram preparados pelo Escritório para África (AFRO) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), com o apoio do Escritório de África da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development – USAID). Ainda que o conteúdo do presente curso esteja no domínio público e possa ser utilizado e reproduzido sem autorização, queira consultar a citação sugerida: WHO-AFRO & CDC (2010). *Integrated Disease Surveillance and District Level Training Course, Module 0: Introduction Module*. Brazzaville, República do Congo e Atlanta, EUA.

Introdução

A Vigilância Integrada da Doença e Resposta (VIDR) é uma estratégia do Escritório Regional para África da Organização Mundial de Saúde para melhorar a vigilância e resposta epidemiológicas na região africana. A vigilância é a recolha, análise e interpretação sistemáticas e contínuas de dados de saúde. Inclui a divulgação atempada e o uso de informações para a acção em saúde pública.

Nos últimos 10 anos, novas doenças, condições clínicas e acontecimentos resultaram na revisão das prioridades de saúde pública para os países da região. Ainda que as doenças transmissíveis sejam há muito tempo a principal causa de doença, morte e incapacidade nos países africanos, as doenças não transmissíveis, como a hipertensão e a diabetes, estão a emergir como ameaças ao bem-estar das comunidades africanas. Os condições clínicas e acontecimentos, como malnutrição e mortalidade materna, são metas importantes para os programas nacionais de saúde. A emergência da gripe pandémica salientou a importância de ter ligações de vigilância mais fortes entre as fontes de vigilância na comunidade e o sistema nacional de vigilância e resposta. Além disso, a integração da vigilância de saúde humana e animal tornou-se numa elevada prioridade em muitos países. Por último, a adopção do Regulamento Sanitário Internacional (2005) por parte dos países da região africana inclui a necessidade de reforçar as capacidades básicas nacionais para a vigilância e resposta entre todos os sistemas de saúde.

Devido a este e outros factores, as directrizes para a vigilância e resposta foram revistas de forma a incorporar novas prioridades, ao mesmo tempo que se focam na capacidade dos sistemas de vigilância em identificar problemas de saúde, comunicar a informação atempadamente, analisar os dados para fornecer informações para a acção, confirmar com análises laboratoriais, responder a surtos e a outras ameaças à saúde pública, monitorizar e avaliar o desempenho do sistema de saúde, dar feedback e comunicar com a comunidade e com outros níveis e parceiros no sistema de saúde. A finalidade deste curso consiste em apresentar ao pessoal de saúde as competências e actividades necessárias para um sistema funcional de vigilância de doenças, de tal forma que as ameaças à saúde pública sejam detectadas a tempo de se fazer algo a seu respeito. Na VIDR, todos os níveis do sistema de saúde estão envolvidos na condução de actividades de vigilância para responder a doenças e condições clínicas prioritários. Através dos módulos deste curso, poderá praticar utilizar competências que o irão ajudar a reforçar o uso dos dados para actuar ao nível distrital.

As Directrizes Técnicas da OMS-AFRO para a Vigilância Integrada da Doença e Resposta na Região Africana são a principal referência que irá utilizar para este curso.

* * * *

Este módulo irá descrever e permitir-lhe praticar as seguintes competências:

1. Os objectivos da Vigilância Integrada da Doença e Resposta
2. Os objectivos deste curso de formação e como participar no curso
3. Como aplicar as competências aprendidas no curso

1.0 Em que consiste a estratégia de Vigilância Integrada da Doença e Resposta?

A Vigilância Integrada da Doença e Resposta (VIDR) é uma estratégia para coordenar e integrar as actividades de vigilância focando-se nas funções de vigilância, análise laboratorial e resposta do sistema nacional de vigilância da doença. Em vez de utilizar recursos escassos para manter actividades verticais em separado, combinam-se recursos para partilhar recursos e recolher informações de um único ponto focal em cada nível.

Os objectivos da VIDR consistem em:

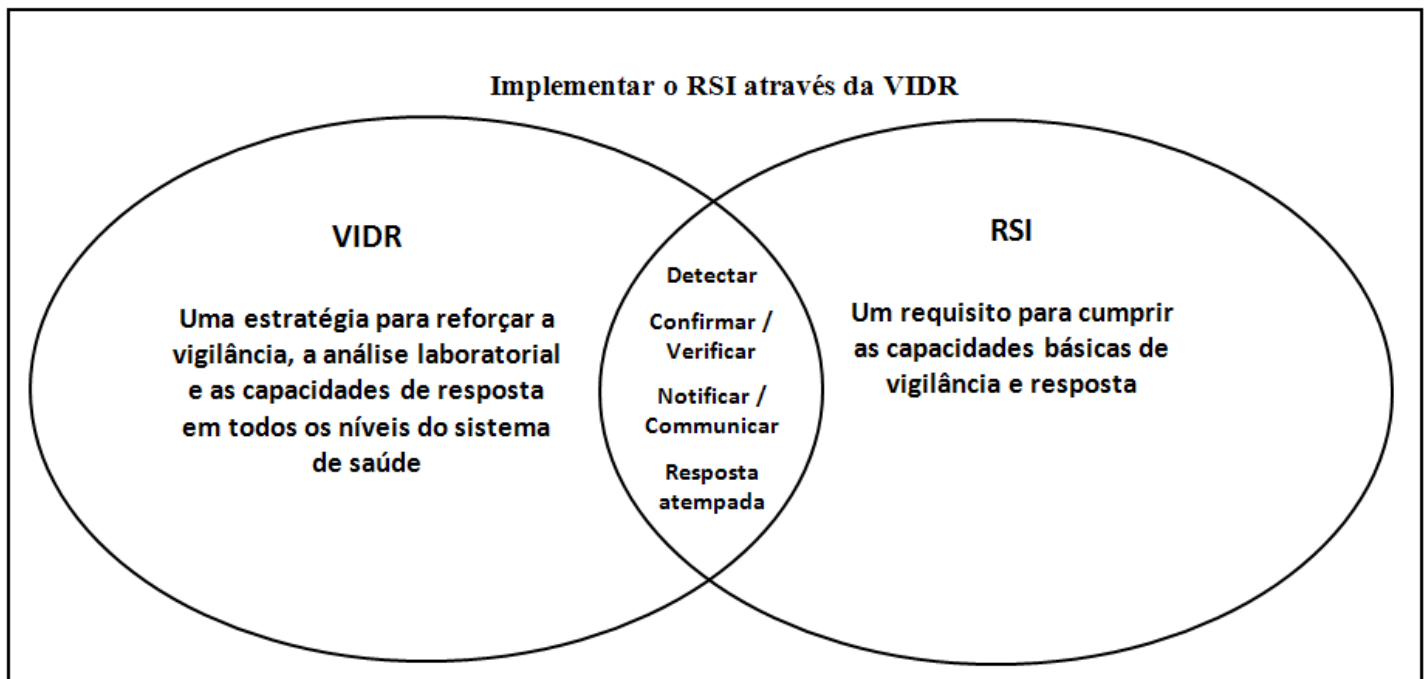
- Conduzir actividades eficazes de vigilância
- Integrar múltiplos sistemas de vigilância para utilizar os recursos de forma mais eficaz
- Melhorar o uso da informação para detectar, investigar e responder a ameaças de saúde pública
- Melhorar o fluxo de informações de vigilância em todo o sistema de saúde

Neste curso, terão a oportunidade de ficar a conhecer e de utilizar competências que são relevantes para realizar actividades de vigilância e resposta focalizadas no nível distrital.

2.0 O que é o Regulamento Sanitário Internacional (2005)?

A finalidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) consiste em prevenir, proteger, controlar e proporcionar uma resposta de saúde pública à propagação internacional da doença de formas que sejam relevantes e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem uma interferência desnecessária no tráfego e comércio internacionais. O RSI (2005) é um instrumento vinculativo e legal. Dentre os vários requisitos no RSI (2005) encontra-se um apelo ao reforço da capacidade nacional de vigilância e controlo de acontecimentos de saúde pública de âmbito nacional e internacional. O RSI (2005) não é um sistema de vigilância independente. Em vez disso, exige o reforço das capacidades de vigilância existentes nos países, de modo a estes cumprirem os padrões internacionais. Os estados-membros na Região Africana recomendaram que o RSI (2005)

fosse implementado na estrutura da VIDR. Isto significa que a VIDR e o RSI partilham funções comuns, como a detecção, relato, confirmação, verificação, notificação, relato e resposta atempada.



3.0 Defina a vigilância da doença

A vigilância é a recolha, análise e interpretação sistemáticas e contínuas de dados de saúde. Inclui a divulgação atempada da informação resultante às pessoas que dela necessitam para a acção. A vigilância também é utilizada para o planeamento, implementação e avaliação das práticas de saúde pública a qualquer nível do sistema de saúde. Há vários tipos de vigilância utilizada nos programas de doença:

- Vigilância baseada nos serviços de saúde ou na comunidade: um termo para descrever quando um determinado local é o foco das actividades de vigilância
- Vigilância de sentinela: um serviço de saúde ou centro de relato nomeado para o alerta precoce de acontecimentos pandémicos ou epidémicos. O centro é geralmente nomeado por ser representativo numa determinada área, ou por estar situado numa área de risco provável para uma doença ou quadro clínico preocupantes.

- Vigilância de base laboratorial: vigilância conduzida em laboratórios para detectar acontecimentos ou tendências que podem não ser considerados como um problema em outros locais
- Vigilância específica para a doença: Trata-se de vigilância que envolve actividades orientadas para alvos de dados de saúde para uma doença específica.

Independentemente do tipo de vigilância, lembre-se que a vigilância são dados que são utilizados para a acção!

4.0 Como são descritas as funções de vigilância neste curso?

As *Directrizes Técnicas para a Vigilância Integrada da Doença e Resposta* (2010) apresentam uma visão abrangente de um sistema de vigilância e resposta à doença. Na VIDR, todos os níveis do sistema de saúde estão envolvidos em actividades de vigilância para responder a doenças e condições clínicas prioritários. Estas actividades incluem as seguintes actividades básicas:

- Identificar casos e acontecimentos
- Comunicar suspeitas de casos, condições clínicas ou acontecimentos ao nível seguinte.
- Analisar e interpretar os achados
- Investigar e confirmar suspeitas de casos, surtos ou acontecimentos
- Preparar-se para responder aos acontecimentos de saúde pública
- Responder aos acontecimentos de saúde pública
- Comunicar e dar feedback aos profissionais de saúde e à comunidade
- Avaliar e melhorar o sistema.

A matriz das páginas 14 e 15 das *Directrizes Técnicas para a Vigilância Integrada da Doença e Resposta* (2010) ilustra as competências e actividades para desempenhar estas funções em cada nível do sistema de saúde. Ainda que os módulos deste curso sejam relevantes para qualquer nível do sistema de saúde, cada módulo deste curso é dado na perspectiva de como o distrito pode desempenhar cada uma das funções.

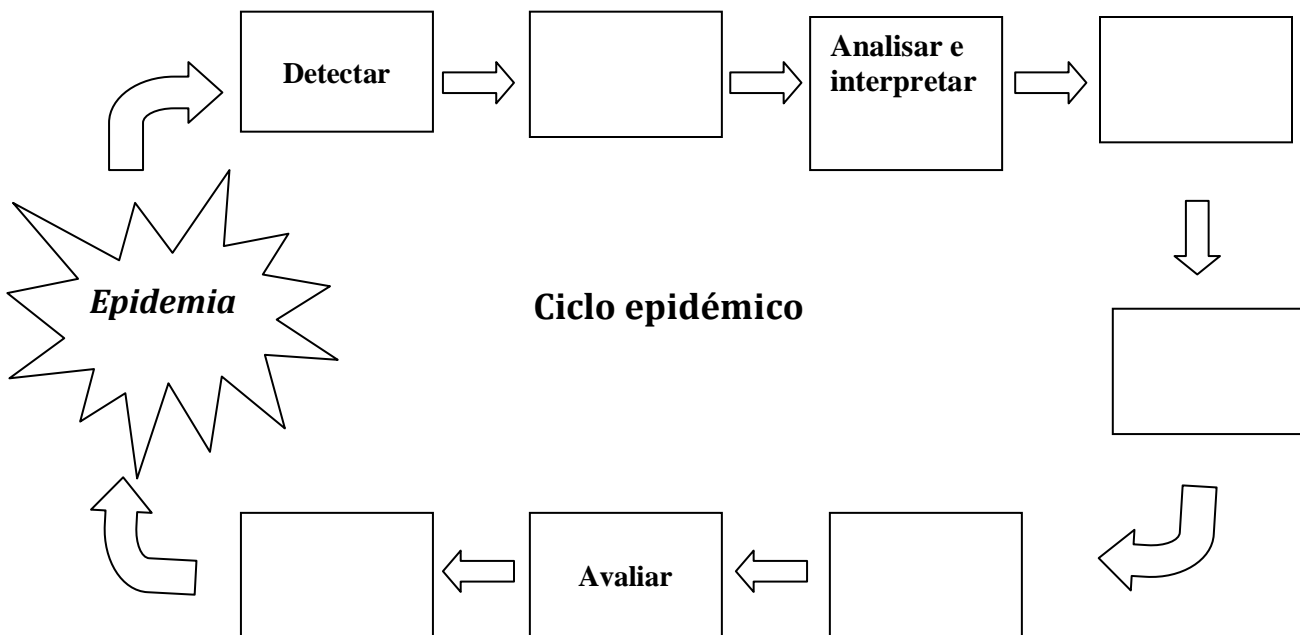
A **Figura 1** é um fluxograma incompleto de um ciclo epidémico.

* * * *

Preencha os quadrados em branco com os **termos apropriados** a partir da lista seguinte:

- Preparar
- Responder
- Comunicar
- Investigar e confirmar
- Comunicação (retro-informação)

Figura 1



5.0 Qual é a finalidade do curso de formação?

A finalidade deste curso de formação consiste em melhorar as competências e os conhecimentos do pessoal de saúde para realizar actividades que contribuam para o sistema nacional de vigilância, análise laboratorial e resposta à doença. Estas são competências que devem resultar numa detecção e resposta mais atempadas às principais causas de doença, morte e incapacidade nas comunidades africanas e na melhoria do bem-estar das mesmas.

As avaliações anteriores de VIDR e RSI (2005) relativamente aos sistemas nacionais de vigilância e resposta mostraram que:

1. Nem sempre estão prontamente disponíveis definições padrão de caso por escrito para as doenças de prioridade nacional, em especial nos serviços de saúde ou ao nível distrital.
2. Esperava-se que os profissionais de saúde preenchessem múltiplos impressos de relato para diferentes programas de saúde e que, em seguida, os encaminhassem para o nível central. Havia pouca ou nenhuma análise ao nível inferior.
3. Não foram utilizados impressos padrão de investigação de surtos de doença.
4. Em muitos casos, os laboratórios locais de saúde pública não foram utilizados de forma eficaz durante as investigações.
5. Em muitos países, não existiam comissões distritais de gestão de epidemias nem comissões intersectoriais de emergência.
6. As visitas de supervisão nem sempre eram efectuadas de forma regular ou consistente. A retro-informação para os níveis inferiores era escasso e, nos casos em que ocorria, era sobretudo oral.

Em muitos países, os sistemas de vigilância e resposta à doença enfrentam desafios graves para conseguir resultados fiáveis de vigilância e resposta. A maioria dos países não dispõe dos requisitos mínimos básicos de capacidades segundo o RSI para a vigilância, relato, notificação, verificação e resposta implementados, incluindo actividades apropriadas nas portas de entrada. *Para abordar estas falhas, desenvolveram-se as Directrizes Técnicas para a Vigilância Integrada da Doença e Resposta (VIDR) e este conjunto de módulos de formação sobre a VIDR para utilização pelos profissionais de saúde, para melhorar a implementação das competências e actividades da VIDR.*

6.0 Público-alvo

Estes módulos destinam-se à formação e actualização de profissionais de saúde, sobretudo os envolvidos na vigilância da doença a diferentes níveis do sistema de saúde. O público-alvo sugerido é o seguinte:

- Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, representantes clínicos e auxiliares médicos)
- Representantes de saúde pública.
- Profissionais de saúde ambiental.
- Profissionais de laboratório.
- Gestores de dados/registos.
- Alunos (clínicos, saúde pública, saúde ambiental e laboratório)
- Pontos focais do RSI, ponto de contacto da OMS, autoridade competente no Ponto de Entrada (PdE)
- Outros profissionais relevantes: Representantes do RSI alimentar, química, radionuclear, legal/advogados e comunicações

7.0 Objectivos de aprendizagem

O objectivo geral:

O objectivo geral desta formação consiste em que os profissionais de saúde tenham a oportunidade de praticar as competências e as actividades envolvidas na vigilância e controlo de doenças. Irão obter as competências e os conhecimentos apropriados para a utilização de dados para detectar e responder às doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários e, desta forma, reduzir o impacto da doença, morte e incapacidade nas comunidades africanas.

Os objectivos específicos:

Os objectivos específicos desta formação consistem em capacitar os participantes no sentido de:

1. Identificar casos e acontecimentos de importância para a saúde pública
2. Comunicar suspeitas de casos, condições clínicas ou acontecimentos de importância para a saúde pública
3. Analisar e interpretar dados sobre doenças e acontecimentos prioritários
4. Investigar e confirmar suspeitas de casos, surtos ou acontecimentos
5. Estar preparado para surtos ou acontecimentos preocupantes para a saúde pública.
6. Responder a surtos ou acontecimentos preocupantes para a saúde pública.
7. Supervisionar e dar feedback.
8. Monitorizar e avaliar a Implementação de VIDR/RSI.

8.0 Métodos e materiais do curso

Os materiais básicos do curso são:

- Directrizes Técnicas para a Vigilância Integrada da Doença e Resposta na região africana.
- Módulos de formação para a Vigilância Integrada da Doença e Resposta.
- Regulamento Sanitário Internacional (2005), segunda edição.



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADAS À DOENÇA

CURSO DE FORMAÇÃO A NÍVEL DISTRITAL | Módulo 1



Identificar Casos
de Doenças, Quadros Clínicos
e Acontecimentos Prioritários

Organização Mundial de Saúde

Escritório Regional para África (AFRO)

Vigilância Integrada da Doença e Resposta

Curso de Formação a Nível Distrital

Módulo 1

**Identificar casos de doenças,
condições clínicas e acontecimentos prioritários**

Julho de 201

Os módulos que constituem o Curso de Formação ao Nível Distrital de Vigilância Integrada da Doença e Resposta foram preparados pelo Escritório para África (AFRO) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), com o apoio do Escritório de África da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development – USAID). Ainda que o conteúdo do presente curso esteja no domínio público e possa ser utilizado e reproduzido sem autorização, queira consultar a citação sugerida: WHO-AFRO & CDC (2010). *Integrated Disease Surveillance and District Level Training Course, Module 1: Identificar casos de doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários*. Brazzaville, República do Congo e Atlanta, EUA.

Introdução

A vigilância é um processo para recolher, analisar e interpretar dados de saúde. Os resultados que são obtidos a partir da vigilância são utilizados para detectar acontecimentos de saúde pública e para actuar para lhes dar resposta. Cada nível tem um papel a desempenhar na realização de todas as funções de vigilância para manter as comunidades saudáveis. O pessoal de saúde a todos os níveis do sistema de saúde realiza actividades de vigilância para conseguirem detectar e responder rapidamente aos acontecimentos de saúde que são uma preocupação para as suas comunidades, distritos, províncias e país. Estes acontecimentos prioritários incluem doenças transmissíveis ou não transmissíveis, bem como outros acontecimentos que envolvam água, alimentos ou outra contaminação ambiental devido a factores químicos, radiológicos ou outros factores de risco. Este curso apresenta as principais funções de vigilância, que consistem em:

- Identificar doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários
- Comunicar doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários
- Analisar e interpretar os dados
- Investigar e confirmar os surtos
- Responder aos surtos e a outros acontecimentos de saúde pública
- Proporcionar supervisão e feedback
- Monitorizar e avaliar o sistema de vigilância

Este curso inclui vários módulos que lhe dão a oportunidade de praticar, utilizando as competências que são incluídas nas Directrizes Técnicas para a Vigilância Integrada da Doença e Resposta no seu país.

* * * *

Este módulo irá descrever e permitir-lhe praticar as seguintes competências:

1. Utilizar as definições de caso padrão para identificar as doenças a comunicar ao sistema de saúde.
2. Envolver a comunidade na vigilância da doença

3. Melhorar a capacidade dos laboratórios locais para detectar as doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários.

1.0 Utilizar as definições de caso padrão para identificar as doenças a comunicar ao nível seguinte

Utilizar as definições de caso garante que todos os casos são diagnosticados da mesma forma. As definições de caso padrão deixam o pessoal de saúde comparar o número de casos da doença ou quadro clínico que ocorreu num determinado tempo ou lugar com o número que ocorreu noutra tempo ou lugar.

Utilizando a mesma definição de caso em todo um sistema nacional permite ao pessoal de saúde pública monitorizar com exactidão as doenças ou condições clínicas prioritários e identificar limiares para a acção de saúde pública.

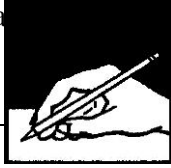
Quando os serviços de saúde e os distritos utilizam definições de caso diferentes, é difícil monitorizar a tendência de uma doença ou acontecimento. Sem utilizar as mesmas definições, a acção urgente, como por exemplo investigar a causa da alteração na tendência, não é possível.

Utilizar as definições de caso padrão também é importante para cumprir o Regulamento Sanitário Internacional (2005). Mesmo ao nível distrital, o pessoal de saúde deve conhecer e utilizar as definições de caso para comunicar doenças que são uma preocupação para as comunidades locais e também para as que se podem propagar para os distritos, províncias ou países vizinhos.

O seu facilitador irá apresentar informações sobre a identificação de fontes de informação para acontecimentos de doença numa comunidade e sobre a utilização de definições de caso padrão no distrito, nos serviços de saúde e na comunidade.

Também pode ler estas informações nas Directrizes Técnicas, nas páginas 33 a 35, e rever os

pontos do Anexo A, começando na página 1. Quando o exercício tiver terminado, pode começar o Exercício 1.



Exercício 1

Neste exercício, irá praticar identificar fontes de informação. Leia o breve estudo de caso e responda às perguntas. Quanto tiver concluído o exercício, o seu facilitador irá realizar um debate de grupo.

* * * *

Uma estação de rádio local anunciou que ocorreu um conjunto de mortes devido a uma doença misteriosa na vila de Salgaa. Os doentes apresentam-se com febre, cefaleia, dores musculares e dorsalgia. Segundo o relato na rádio, quatro adultos e duas crianças morreram nos últimos quatro dias. As autoridades de saúde do distrito estão a investigar o surto.

1. A equipa do distrito tem estado a recolher informações para verificar o relato ouvido na rádio. Quais são as possíveis fontes de informação sobre acontecimentos de saúde neste distrito?

2. Qual o tipo de informação que iria reunir a partir de cada uma das fontes que listou?

3. Pense no surto mais recente ou num acontecimento de saúde pouco habitual que tenha acontecido no seu distrito. Descreva o acontecimento e em seguida liste as fontes de informação que a sua equipa distrital consultou.

Diga ao facilitador quando tiver concluído este exercício.

1.2 Actualize os procedimentos distritais de vigilância e resposta

Pelo menos uma vez por ano, o seu distrito deve actualizar as informações sobre a respectiva área de captação. Isto para que disponha de informação actualizada sobre as populações alvo e as actividades de saúde pública do distrito. Por exemplo, pode querer actualizar o tamanho da população, a localização e os factores de risco para populações alvo como por exemplo:

1. Crianças com menos de 5 anos
2. Crianças em idade escolar
3. Mulheres em idade fértil
4. Todos os adultos e crianças, de diferentes faixas etárias
5. Pessoas que vivem em campos de refugiados na sua área

Inclua também a localização dos principais programas de saúde pública na sua área, como por exemplo organizações públicas, privadas e não governamentais que prestem serviços clínicos ou actividades de saúde pública. Os exemplos incluem projectos de água limpa, serviços de vacinação, cuidados maternos e neonatais, ou alimentação de crianças malnutridas.

Inclua na actualização uma lista dos serviços de saúde, Pontos de Entrada e outros locais que constituam fontes de informação sobre acontecimentos de saúde no distrito. Certifique-se de que os pontos focais nestes locais sabem quais as doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários que constituem uma preocupação e forneça-lhes informações sobre as definições de caso e quando comunicar.

O seu facilitador irá apresentar informações sobre a melhoria de procedimentos de vigilância no distrito e sobre a importância de envolver a comunidade.

Também pode ler estas informações nas páginas 35 a 37 das Directrizes Técnicas. Quando tiver terminado de ler as informações, pode começar os Exercícios 2 e 3.



Exercício 2

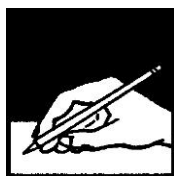
Neste exercício, irá rever como as definições de caso padrão são utilizadas no seu distrito.

* * *

1. Na página seguinte, olhe para o quadro com a lista das doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários. Assinale com um círculo os que estão incluídos na lista de doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários no seu distrito.
2. Junto a cada doença que assinalou com um círculo na pergunta 1, coloque um visto (✓) para mostrar se os locais relatores utilizam uma definição de caso padrão para comunicar essa doença ou as mortes ao distrito.
3. Com que frequência actualiza a descrição das principais populações-alvo na sua área de captação?
4. Com que frequência actualiza a lista de locais relatores no distrito?
5. Todos os locais sabem quais as doenças a comunicar e as definições de caso para as comunicar?
6. Inclui os locais de laboratórios distritais na sua lista?

Exercício 2: Doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários na VIDR

Doenças potencialmente epidémicas	Doenças alvo de erradicação ou eliminação	Outras doenças importantes, acontecimentos ou condições clínicas com importância para a saúde pública
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de febre hemorrágica aguda* • Antraz • Chikungunya • Cólera • Dengue • Diarreia com sangue (<i>Shigella</i>) • Sarampo • Meningite meningocócica • Peste • Síndromes de infeções respiratórias agudas** • Febre tifóide • Febre amarela <p>*Ébola, febre hemorrágica de Marburg, febre do vale do Rift, febre de Lassa, febre hemorrágica da Crimeia-Congo, ou febre do Nilo Ocidental</p> <p>**Os programas nacionais poderão querer adicionar doenças semelhantes a gripe à sua lista de doenças prioritárias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera de Buruli • Dracunculíase • Lepra • Filariase linfática • Tétano neonatal • Noma • Oncocercíase • Poliomielite <p>Doenças ou acontecimentos de alcance internacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gripe humana devido a um novo subtipo • SARS • Varíola • Qualquer acontecimento de saúde pública de alcance internacional ou nacional (infeccioso, zoonótico, transmitido por alimentos, químico, radionuclear, ou devido a condições desconhecidas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatite viral aguda • Eventos adversos após a vacinação • Diabetes mellitus • Diarreia com desidratação em crianças com menos de 5 anos • VIH/SIDA (novos casos) • Hipertensão • Lesões (considere os acidentes rodoviários) • Malária • Malnutrição em crianças com menos de 5 anos • Mortalidade materna • Saúde mental (considere a epilepsia) • Raiva • Pneumonia grave com menos de 5 anos de idade • Infeções sexualmente transmissíveis • Tracoma • Tripanossomiase • Tuberculose



Exercício 3

Neste exercício, irá praticar encontrar as definições de caso nas Directrizes Técnicas. No quadro seguinte, há colunas com cabeçalhos para a definição de **suspeita de caso** e de **caso confirmado** no distrito ou nos serviços de saúde. Também há uma coluna para os sinais e sintomas que são utilizados para comunicar uma **suspeita de caso pela comunidade**. No exercício seguinte, terá de consultar a Secção 9, com início na página 229 das Directrizes Técnicas de VIDR ou os Anexos 1A e 1B (páginas 43 a 56) para encontrar as informações em falta. Quando tiver localizado a definição em falta, registe-a no quadrado abaixo. O primeiro exemplo, para a cólera, já está feito.

* * *

Exercício 3: Utilizar as definições de caso padrão

DOENÇA	DEFINIR UM CASO CONFIRMADO	DEFINIR UMA SUSPEITA DE CASO	
		SERVIÇOS DE SAÚDE	COMUNIDADE
Cólera	Uma suspeita de caso na qual se isolou <i>Vibrio cholerae</i> nas fezes.	Qualquer pessoa com idade igual ou superior a 5 anos com desidratação grave ou que morre de diarreia aguada aguda.	Qualquer pessoa com 5 anos de idade ou mais com muita diarreia aguada
Meningite meningocócica			Qualquer pessoa com febre e rigidez do pescoço
Síndrome de febre hemorrágica aguda			Qualquer pessoa com uma doença inexplicada com febre e hemorragia ou que morreu após doença grave inexplicada com

DOENÇA	DEFINIR UM CASO CONFIRMADO	DEFINIR UMA SUSPEITA DE CASO	
		SERVIÇOS DE SAÚDE	COMUNIDADE
			febre e hemorragia
Poliomielite		Qualquer criança com menos de 15 anos com início agudo de paralisia (AFP) ou pessoa de qualquer idade relativamente à qual o médico suspeita de pólio	
Dracunculíase	Pessoa que se apresenta com uma lesão cutânea com prurido e bolhas, que viva numa área endémica		
Tétano neonatal	Qualquer recém-nascido com uma capacidade normal para sugar e chorar durante os primeiros dois dias de vida e que, entre o 3º e o 28º dia de idade, não consegue sugar normalmente e fica rígido ou tem convulsões, ou ambos.		
Tuberculose		Qualquer pessoa com uma tosse de 3 semanas ou mais	



Exercício 4

Neste exercício, irá praticar utilizar as definições de caso para identificar as doenças prioritárias para vigilância. Leia cada breve estudo de caso e resposta às perguntas. Irá precisar de utilizar a lista de definições de caso dos Anexos 1A ou 1B entre as páginas 43 e 56 das Directrizes Técnicas para responder a cada uma das perguntas. Também pode procurar a informação na Secção 9, iniciando na página 252 das Directrizes Técnicas.

* * *

1. Um centro de saúde do seu distrito relatou um caso suspeito de cólera para o distrito. Qual a definição de caso que o centro de saúde deve utilizar para comunicar a suspeita de caso?
2. Gostaria de pedir à comunidade que ajude a identificar possíveis casos de cólera na comunidade. Segundo o Anexo 1B, quais os sinais e sintomas que as comunidades devem utilizar ao comunicar informações aos serviços de saúde?
3. Esta definição seria útil nas comunidades do seu distrito? Quais são os termos locais para comunicar estes sinais ou sintomas?

Diga ao facilitador quando tiver concluído os Exercícios 3 e 4.

1.3 Descreva o papel do laboratório na detecção de doenças, acontecimentos e condições clínicas prioritários

Há várias outras doenças ou condições clínicas com sinais e sintomas que são iguais ou semelhantes à de outros. Por exemplo, uma criança com febre e erupção cutânea em todo o corpo pode ser diagnosticada com sarampo, mesmo que pudesse haver várias causas para a apresentação clínica da criança.

A confirmação laboratorial dos diagnósticos de doenças, condições clínicas e acontecimentos sob vigilância é essencial para a vigilância da doença, pois os resultados laboratoriais ajudam a:

- Diagnosticar com exactidão a doença de um determinado doente, e a
- Verificar a causa (ou etiologia) de uma suspeita de surto.

O seu facilitador irá apresentar informações sobre a melhoria da capacidade do laboratório local para a vigilância e resposta no seu distrito. Também irá ouvir informações sobre o papel dos laboratórios a cada nível do sistema de saúde e sobre a importância das redes de laboratórios no seu distrito ou na sua área.

Pode ler estas informações nas páginas 37 a 39 das Directrizes Técnicas e rever os Anexos à Secção 1.0 das Directrizes Técnicas, que começam na página 41.

Quando tiver terminado, pode começar os Exercícios 5 e 6.



Exercício 5

Neste exercício, irá trabalhar num grupo pequeno e praticar encontrar a informação das Directrizes Técnicas sobre aquilo que é necessário para a confirmação laboratorial das doenças prioritárias.

Para fazer este exercício, irá registar as informações sobre a confirmação laboratorial no quadro que começa na página seguinte. Decida quais as quatro doenças que constituem uma prioridade no seu distrito. Em seguida, na primeira coluna, escreva quatro doenças importantes do seu distrito ou da sua área, uma em cada linha. Em seguida, cada pessoa do seu grupo pode escolher uma doença e registá-la no quadro utilizando as informações da Secção 9 das Directrizes Técnicas (a começar na página 252). No final do exercício, cada pessoa irá apresentar ao resto do grupo as informações que descobriu.

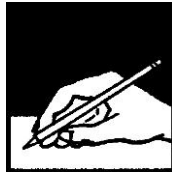
Na primeira linha, como exemplo, a poliomielite já foi preenchida.

* * *

Exercício 5: Confirmação laboratorial para as doenças prioritárias

SUSPEITA DE DOENÇA OU QUADRO CLÍNICO	TESTE DE DIAGNÓSTICO	AMOSTRA A COLHER	QUANDO COLHER	COMO PREPARAR, CONSERVAR E TRANSPORTAR A AMOSTRA	RESULTADOS
Poliomielite	Isolamento do vírus da pólio a partir das fezes	Fezes	<p>Colher uma amostra de cada suspeita de caso de AFP</p> <p>Colher 2 amostras com 24 a 48 horas de intervalo, nos primeiros 14 dias do início da paralisia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar as fezes num recipiente limpo, estanque, e etiquetar claramente. • Colocar imediatamente num frigorífico ou caixa térmica não utilizados para conservar vacinas nem outros medicamentos • Transportar as amostras de modo a estas chegarem ao laboratório designado para a pólio no prazo de 72 horas após a colheita • Se houver um atraso e a amostra não for transportada nas primeiras 72 horas, congele a amostra a uma temperatura de -20°C ou inferior. Em seguida, transporte a amostra congelada com gelo seco ou acumuladores térmicos, também congelados a uma temperatura de -20°C ou inferior. 	<p>Os resultados preliminares das análises geralmente estão disponíveis 14-28 dias após a recepção da amostra pelo laboratório.</p> <p>Caso se detecte vírus de pólio de tipo selvagem, o programa nacional irá planear as acções apropriadas.</p>

SUSPEITA DE DOENÇA OU QUADRO CLÍNICO	TESTE DE DIAGNÓSTICO	AMOSTRA A COLHER	QUANDO COLHER	COMO PREPARAR, CONSERVAR E TRANSPORTAR A AMOSTRA	RESULTADOS
(1)					
(2)					
(3)					
(4)					



Exercício 6

Neste exercício, irá rever todas as competências que praticou neste módulo. Queira ler este relato de caso e em seguida responder às perguntas no final do relato. Esteja preparado para contribuir com as suas respostas para um debate em grupo. Irá precisar de utilizar a lista de definições de caso dos Anexos 1A ou 1B entre as páginas 43 e 56 das Directrizes Técnicas para responder a cada uma das perguntas. Também pode procurar a informação na Secção 9, iniciando na página 252 das Directrizes Técnicas.

* * * *

Gripe humana causada por um novo subtipo

No dia 17 de Janeiro de 2010 (03h00), uma mulher de 23 anos chamada Lambda morreu devido a doença respiratória aguda grave. A sua morte ocorreu no prazo de 48 horas após a admissão num hospital privado. O país, Ringah, tinha sido assolado por um surto de gripe aviária em aves de capoeira. Portanto foi pedido à equipa distrital que investigasse a morte de Lambda.

A equipa ficou a saber que Lambda foi internada pela primeira vez devido à doença num centro médico privado na cidade de Sondu, a 11 de Janeiro de 2010. Ela disse que os sintomas tinham começado a 8 de Janeiro de 2010. As suas principais queixas eram dores abdominais graves, febre elevada e vómitos. Desenvolveu tosse e falta de ar e foi referenciada para um hospital privado a 15 de Janeiro de 2010.

No hospital privado, o médico assistente suspeitou de infecção por gripe aviária, pois a doente relatava história de exposição a aves de capoeira antes do início da doença. Tinha comprado uma galinha no mercado a 21 de Dezembro de 2009 e, durante o regresso a casa de Lambda, a galinha morreu. Lambda esteve envolvida no processo de depenar e preparar a galinha quando chegou a casa. Lambda esteve novamente envolvida em actividades de depenar e preparar aves de

capoeira a 24 de Dezembro de 2009. Não relatou qualquer outra exposição a aves de capoeira entre estes dois eventos.

A equipa também ficou a saber que a doente tinha estado em contacto próximo com a mãe, que morreu de pneumonia viral aguda a 06 de Janeiro de 2010 (02h00).

Devido às circunstâncias da sua morte e exposição, o hospital privado alertou imediatamente as autoridades distritais após a morte de Lambda.

* * *

Você é um dos membros da equipa de investigação no distrito. Com base nas informações do relatório de caso, responda às seguintes perguntas:

1. Qual seria a sua definição de suspeita de caso?
2. Quais as fontes de informação que consultaria durante a investigação?
3. Que amostra(s) deveria(m) ser colhida(s) para confirmar o diagnóstico?
4. Como devia ter sido preparada, conservada e transportada a amostra?

5. Quais os passos que devem ser feitos para melhorar o relato a partir das instituições privadas de saúde onde a doente procurou cuidados?

6. Quais os passos que tomaria para melhorar a vigilância da comunidade para suspeitas de casos ou mortes devido a doenças, condições clínicas ou acontecimentos prioritários?

Pontos a recordar:

1. Utilize as definições de caso padrão para assegurar que os casos e as suspeitas de casos são registados com exactidão em todo o seu distrito.
2. Actualize as informações sobre a sua área de captação pelo menos uma vez por ano, para saber quais são as suas populações-alvo e quais as actividades de saúde pública a decorrer.
3. Certifique-se de que os laboratórios locais são incluídos nas redes de vigilância e laboratorial.



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADAS À DOENÇA

CURSO DE FORMAÇÃO A NÍVEL DISTRITAL | Módulo 2



Relatar Doenças, Quadros Clínicos
e Acontecimentos Prioritários

Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional para África (AFRO)
Vigilância Integrada da Doença e Resposta
Curso de Formação a Nível Distrital

Módulo 2
Notificar doenças,
condições clínicas e acontecimentos prioritários

Julho de 2011

Os módulos que constituem o Curso de Formação ao Nível Distrital de Vigilância Integrada da Doença e Resposta foram preparados pelo Escritório para África (AFRO) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), com o apoio do Escritório de África da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development – USAID). Ainda que o conteúdo do presente curso esteja no domínio público e possa ser utilizado e reproduzido sem autorização, queira consultar a citação sugerida: WHO-AFRO & CDC (2010). *Integrated Disease Surveillance and District Level Training Course, Module 2: Notificar doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários*. Brazzaville, República do Congo e Atlanta, EUA.

Introdução

Cada nível do sistema de saúde desempenha um papel no desempenho da vigilância contínua para as doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários. Se uma doença for identificada ao nível local, por exemplo, mas a informação não for relatada ao nível seguinte, pode perder-se uma oportunidade para dar uma resposta atempada. Reunir dados sobre as doenças, condições clínicas e acontecimentos num determinado serviço de saúde, distrito ou outra área administrativa ajuda as equipas de gestão de saúde a utilizar os dados para a acção e para:

- Identificar problemas emergentes e planear respostas apropriadas
- Agir atempadamente
- Monitorizar as tendências de doença na área
- Avaliar a eficácia da resposta

A decisão relativamente ao quê, quando e onde comunicar a informação sobre as doenças irá depender das prioridades e actividades específicas de controlo da doença no seu país e no seu distrito. Este módulo concentra-se nos requisitos para o relato imediato com dados baseados nos cuidados e relato regular (semanal, mensal ou trimestral) dos dados resumidos. Para além das doenças prioritárias que constituem alvos da política nacional, os distritos também devem comunicar qualquer acontecimento pouco habitual que tenha o potencial de afectar a saúde humana.

* * * *

Este módulo irá descrever e permitir-lhe praticar as seguintes competências:

1. Comunicar imediatamente a informação sobre doenças agudas ou acontecimentos com tendência para epidemia.
2. Comunicar imediatamente a informação sobre doenças com potencial para ser acontecimentos de saúde pública de alcance nacional ou internacional.
3. Comunicar regularmente a informação resumida sobre a doença ao nível seguinte.

4. Melhorar o fluxo de dados para melhorar o relato atempado na sua área.

1.0 Comunicar imediatamente a informação sobre doenças agudas ou acontecimentos com tendência para epidemia

O relato imediato significa que as informações sobre uma doença, quadro clínico ou acontecimento são relatadas ao nível seguinte assim que há suspeita de uma doença com tendência para epidemia ou se é exigido que se faça o relato imediato por ser um potencial acontecimento de saúde pública de alcance internacional, ou se é exigido pelo Regulamento Sanitário Internacional (2005).

As informações que são relatadas imediatamente são frequentemente referidas como **relato baseado em casos**. Isto significa que a informação específica sobre cada caso está incluída no relatório. As informações são obtidas através de uma investigação preliminar da suspeita de caso e incluem:

- Localização geográfica e do doente
- Identificação do doente e informação demográfica
- Informações sobre o início dos sintomas, história de vacinação e informações sobre quaisquer factores de risco relevantes
- Resultados laboratoriais

O seu facilitador irá apresentar um exemplo de um impresso de relato baseado em casos.

Quadro 2.1: Doenças que exigem relato imediato

Paralisia flácida aguda (PFA)	Mortalidade materna
Síndrome de febre hemorrágica aguda (Ébola, febre hemorrágica de Marburg, febre de Lassa, febre do Vale do Rift, febre hemorrágica da Crimeia-Congo)	Sarampo
Eventos adversos após a vacinação	Meningite meningocócica
Antraz	Tétano neonatal
Chikungunya	Peste
Cólera	Raiva (casos confirmados)
Grupo de infecções respiratórias agudas graves	SARS
Febre do dengue	Varíola
Diarreia com sangue (<i>Shigella</i>)	Febre tifóide
Dracunculíase	Febre amarela
Gripe devido a um novo subtipo	Qualquer acontecimento de saúde pública de alcance internacional (infeccioso, zoonótico, transmitido por alimentos, químico, radionuclear, ou devido a condições desconhecidas)

2.0 Comunicar o resumo da informação para as doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários

O resumo da informação é o número total de casos e de mortes observados num determinado período temporal em particular (por exemplo, semanalmente, mensalmente ou trimestralmente). Esta é informação que é importante para detectar doenças emergentes ou outros acontecimentos de saúde, e deve ser analisada e utilizada para agir. Por exemplo, o relato semanal fornece dados para monitorizar tendências de doenças ou condições clínicas para detectar epidemias. O relato mensal sobre outras doenças endémicas é utilizado para monitorizar o progresso ou o impacto das actividades de prevenção e de controlo. Também pode auxiliar os outros níveis a detectar acontecimentos emergentes ou pouco habituais.

Durante o relato semanal, utilize o “relato zero”. **O relato zero** significa que deve registar um 0 (zero) no impresso de relato quando não forem diagnosticados casos de uma doença imediatamente susceptível de relato durante a semana. Submeter um zero para cada doença de relato imediato quando não se detectaram casos durante a semana informa o nível seguinte de que foi arquivado um relatório completo.

Quadro 2.2: Doenças que exigem um relato mensal ou trimestral

Hepatite viral aguda	Malária
SIDA (novos casos)	Malnutrição em crianças com menos de 5 anos
Úlcera de Buruli	Saúde mental (epilepsia)
Diabetes mellitus	Noma
Diarreia com desidratação grave em crianças com menos de 5 anos	Oncocercíase
VIH (novas detecções)	Pneumonia grave em crianças com menos de 5 anos
Hipertensão	Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)
Doença tipo gripe	Tracoma
Lesões (acidentes rodoviários)	Tripanossomíase
Lepra (trimestralmente)	Tuberculose (trimestralmente)
Filaríase linfática	Recém-nascidos de baixo peso (menos de 2500 g)

O seu facilitador irá apresentar as informações sobre o relato de informações baseadas em casos ao nível seguinte. Irá também ouvir informações sobre a finalidade e os procedimentos para comunicar a informação resumida ao nível seguinte. Também pode ler estas informações nas páginas 63 a 67 das Directrizes Técnicas.



Exercício 1

Este exercício tem duas partes. Na Parte A, irá olhar para uma lista de doenças, condições clínicas e acontecimentos prioritários. Irá usar a sua experiência do seu próprio distrito (ou serviços) para registar a frequência com que relata a informação sobre cada doença ao nível seguinte. Em seguida, irá comparar a sua resposta com a recomendação das directrizes. Pode fazer este exercício individualmente ou num pequeno grupo com outras pessoas que trabalhem no mesmo distrito ou na mesma área. A Parte B começa na página 2:10.

* * * *

Parte A:

Quadro 2.3: Relato de informações sobre doenças prioritárias ao nível seguinte no seu distrito

Doença	É uma doença ou quadro clínico prioritário no seu distrito?	Com que frequência relata a informação ao nível seguinte?	Qual é a recomendação para a frequência de relato nas suas directrizes nacionais de VIDR?
Cólera			
Meningite meningocócica			
Febres hemorrágicas virais (Ébola, febre de Marburg, febre do vale do Rift)			

Doença	É uma doença ou quadro clínico prioritário no seu distrito?	Com que frequência relata a informação ao nível seguinte?	Qual é a recomendação para a frequência de relato nas suas directrizes nacionais de VIDR?
Poliomielite			
Dracunculíase			
Tétano neonatal			
Tuberculose			

Parte B:

Nesta parte do exercício, responda às seguintes perguntas, utilizando informações sobre o seu próprio distrito (ou serviços). Esteja preparado para um debate em grupo quando todos tiverem concluído esta parte do exercício.

1. Quais as doenças ou condições clínicas que relata ao nível seguinte pelo menos semanalmente? Como relata os dados semanalmente ao nível seguinte? Utiliza algum impresso padrão? Quais os métodos de comunicação que utiliza normalmente para o relato semanal?

2. Quais as doenças ou condições clínicas que relata ao nível seguinte pelo menos mensalmente? Como relata os dados mensalmente ao nível seguinte? Utiliza algum impresso padrão? Quais os métodos de comunicação que utiliza normalmente para o relato mensal?

3. Quais as doenças que relata imediatamente no seu distrito? Relata os dados baseados em casos?

4. Alguma vez precisou de comunicar um acontecimento ou grupo de acontecimentos pouco habituais devido a uma causa desconhecida? Quais foram os sinais e sintomas que relatou?

Diga ao seu facilitador quando estiver pronto para o debate em grupo.



Exercício 2

Neste exercício, irá decidir se uma doença, quadro clínico ou acontecimento exige um relato imediato, semanal ou mensal, ou se o acontecimento é um possível acontecimento de saúde pública de alcance internacional. Este exercício tem três histórias de casos. Leia cada uma das histórias de caso e responda às perguntas que se lhe seguem. Para responder a esta pergunta, consulte os quadros das páginas 64 e 67.

Ver também nos Anexos:

- 2A: Impresso VIDR de relato imediato baseado em casos
- 2B: Impresso VIDR de relato laboratorial baseado em casos
- 2C: Instrumento de decisão do RSI (2005)

* * * *

Exercício 2: Caso 1

A 1 de Abril de 2010, Amina, uma peixeira de 25 anos do bairro de Bibi na cidade de Kati, (Distrito de Njali) queixou-se no centro de saúde de Kati de que tinha tido diarreia aguada no último dia. Também tinha vomitado duas vezes essa manhã. Vive com os seus três filhos, o marido e a madrasta. Houve episódios de cólera no distrito vizinho de Bahati, nos últimos 3 meses. A Amina viajou até lá há três dias, para o funeral da tia.

1. Quando é que o pessoal de saúde deveria comunicar este caso ao nível seguinte?

2. Qual a informação que deveria ser recolhida e relatada sobre este caso?

3. Utilize a informação do caso de Amina para comunicar a informação no impresso que se encontra na página seguinte. Poderá ter de deixar algumas linhas em branco, pois pode não ter todas as informações de que necessita.

Impresso de Relato de Caso VIDR

Variáveis / Perguntas		Respostas
1	País	
2	Local de relato (serviços de saúde, campo, ...)	
3	Distrito que faz o relato	
4	Doença/acontecimento (diagnóstico): *	
5	Doente internado ou em ambulatório?	
6	Data em que foi observado nos serviços de saúde (dia/mês/ano)	
7	Nome(s) do(s) doente(s)	
8	Data de nascimento (dia/mês/ano)	
9	Idade (em anos). Pode usar casas decimais	
10	Sexo: M=Masculino F=Feminino	
11	Residência do doente: Vila/Bairro	
12	Cidade	
13	Distrito de residência	
14	Urbano/Rural? (U=Urbano R=Rural)	
15	Morada, número de telefone (ou telemóvel)... Se aplicável, nome da mãe e do pai, se for um recém-nascido ou criança	
16	Data do início (dia/mês/ano) dos primeiros sintomas	
17	Número de doses de vacina recebidas no passado**	
18	Data da última vacinação	
19	Resultados laboratoriais	
20	Resultado: (vivo, morto, transferido, perdido para o seguimento ou desconhecido)	
21	Classificação final: Confirmado, provável, compatível, eliminado, suspeita ou pendente	
22	Data em que os serviços de saúde notificaram o distrito (dia/mês/ano)	
23	Data em que o impresso foi enviado para o distrito (dia/mês/ano)	
24	Identificador único do registo	
25	Pessoa que preencheu o impresso: nome, cargo, assinatura	

* Doença/acontecimento (Diagnóstico):

PFA, Antraz, Cólera, Diarreia com Sangue, Dracunculíase, Tétano Neonatal, Sarampo, Meningite, Febre amarela, Dengue, Chikungunya, Febre Hemorrágica Viral, Peste, qualquer outro acontecimento ou doença de importância para a saúde pública (Especificar)

** Apenas para o Sarampo, Tétano Neonatal (TT na mãe), Febre amarela e Meningite.
Para casos de Sarampo, TN (TT na mãe), Febre amarela e Meningite; 9=Desconhecido.

Para o Sarampo, TT, FA - documentado através de cartão. Para a Meningite, através da história.)

Exercício 2: Caso 2

Em Agosto de 2008, um navio descarregou mais de 500 toneladas de resíduos tóxicos num país chamado Majani. Os resíduos foram transferidos para tanques, propriedade de uma empresa local. O acordo consistiu em que os resíduos seriam tratados e eliminados em segurança. Ao longo do período de uma semana após a descarga, cerca de 600 a 1000 pessoas apresentaram-se no hospital universitário local para avaliação e tratamento. Os doentes incluíram adultos, muitas crianças e bebés pequenos. Houve relato de três mortes, sendo doentes que tinham morrido um dia após se apresentarem com sintomas agudos de hemorragia nasal, náuseas e vômitos, cefaleias, lesões cutâneas, irritação ocular e dificuldades respiratórias. As análises laboratoriais iniciais indicaram que as substâncias apresentavam um odor forte e consistiam em muitas substâncias químicas tóxicas, incluindo organoclorados e sulfureto de hidrogénio. Houve relatos de que as autoridades públicas possam ter autorizado a descarga local das substâncias porque lhes foi dito que se tratava de esgotos.

1. Quando é que o pessoal de saúde deveria ter relatado este caso ao nível seguinte?
2. Qual a informação que deveria ser recolhida e relatada sobre este acontecimento?
3. Quais as perguntas que acha que o Ponto Focal de RSI deveria fazer acerca deste caso? Consulte o instrumento de decisão do RSI no final deste módulo, na página 2:22 ou na página 75 das Directrizes Técnicas.

Exercício 2: Caso 3

No dia 17 de Janeiro de 2010 (03h00), uma mulher de 23 anos chamada Lambda morreu devido a doença respiratória aguda grave. A sua morte ocorreu no prazo de 48 horas após a admissão num hospital privado. O país, Ringah, tinha sido assolado por um surto de gripe aviária em aves de capoeira. Portanto foi pedido à equipa do distrito que investigasse o caso.

A equipa ficou a saber que Lambda foi internada primeiro num centro médico privado na cidade de Sondu devido à sua doença, a 11 de Janeiro de 2010. Ela disse que os sintomas tinham começado a 8 de Janeiro de 2010. Desenvolveu uma febre alta (acima de 38°C), tosse e falta de ar e foi referenciada para um hospital privado a 15 de Janeiro de 2010.

No hospital privado, o médico assistente suspeitou de infecção por gripe aviária, pois a doente relatava história de exposição a aves de capoeira antes do início da doença. Tinha comprado uma galinha no mercado a 21 de Dezembro de 2009 e a galinha morreu durante o regresso a casa. Lambda esteve envolvida no deparar e preparar da galinha quando chegou a casa. Esteve novamente envolvida em actividades de deparar e preparar aves de capoeira a 24 de Dezembro de 2009. Lambda não relatou nenhuma outra exposição a aves de capoeira depois disso (por ex., na semana antes do início da doença).

A equipa também ficou a saber que a doente tinha estado exposta à mãe, que morreu de pneumonia viral aguda a 06 de Janeiro de 2010 (02h00).

Devido às circunstâncias da sua morte e exposição, o hospital privado alertou imediatamente as autoridades distritais após a morte de Lambda.

1. Utilize as informações acima para preencher o impresso da página seguinte.
2. Que informação adicional é necessária para preencher o impresso?

Impresso de Relato de Caso VIDR

Variáveis / Perguntas		Respostas
1	País	
2	Local de relato (serviços de saúde, campo, ...)	
3	Distrito que faz o relato	
4	Doença/acidente (diagnóstico): *	
5	Doente internado ou em ambulatório?	
6	Data em que foi observado nos serviços de saúde (dia/mês/ano)	
7	Nome(s) do(s) doente(s)	
8	Data de nascimento (dia/mês/ano)	
9	Idade (em anos). Pode usar casas decimais	
10	Sexo: M=Masculino F=Feminino	
11	Residência do doente: Vila/Bairro	
12	Cidade	
13	Distrito de residência	
14	Urbano/Rural? (U=Urbano R=Rural)	
15	Morada, número de telefone (ou telemóvel)... Se aplicável, nome da mãe e do pai, se for um recém-nascido ou criança	
16	Data do início (dia/mês/ano) dos primeiros sintomas	
17	Número de doses de vacina recebidas no passado**	
18	Data da última vacinação	
19	Resultados laboratoriais	
20	Resultado: (vivo, morto, transferido, perdido para o seguimento ou desconhecido)	
21	Classificação final: Confirmado, provável, compatível, eliminado, suspeita ou pendente	
22	Data em que os serviços de saúde notificaram o distrito (dia/mês/ano)	
23	Data em que o impresso foi enviado para o distrito (dia/mês/ano)	
24	Identificador único do registo	
25	Pessoa que preencheu o impresso: nome, cargo, assinatura	

* Doença/acidente (Diagnóstico):

PFA, Antraz, Cólera, Diarria com Sangue, Dracunculíase, Tétano Neonatal, Sarampo, Meningite, Febre amarela, Dengue, Chikungunya, Febre Hemorrágica Viral, Peste, qualquer outro acontecimento ou doença de importância para a saúde pública (Especificar)

** Apenas para o Sarampo, Tétano Neonatal (TT na mãe), Febre amarela e Meningite.
Para casos de Sarampo, TN (TT na mãe), Febre amarela e Meningite; 9=Desconhecido.
Para o Sarampo, TT, FA - documentado através de cartão. Para a Meningite, através da história.)

3.0 Melhorar as práticas de relato de rotina

- Há muitas pessoas responsáveis pelo registo de informações sobre os doentes observados nos serviços.
- O fluxo da informação tem de ser fiável, quer seja dentro de um serviço de saúde, entre locais relatores num distrito, entre a comunidade e o distrito e do nível distrital para o nacional.
- O estabelecimento de boas relações de trabalho com informadores da comunidade é uma forma de se certificar de que a informação sobre os acontecimentos de saúde, sobretudo os acontecimentos pouco habituais ou inexplicados, chega às autoridades a tempo de se agir para prevenir mortes e doenças desnecessárias.

O seu facilitador irá apresentar informação sobre a melhoria de práticas de relato na sua área e o estabelecimento de ligações fortes para melhorar a vigilância baseada na comunidade. Também

pode ler estas informações nas páginas 68 a 69 das Directrizes Técnicas.



Exercício 3

Irá utilizar as informações do seu próprio distrito ou serviços para ver se estão implementados os impressos e procedimentos necessários.

* * * *

Reveja esta lista de impressos de relato. Em seguida, responda a duas perguntas de cada impresso. Uma delas pergunta pela disponibilidade do impresso. Coloque um visto (√) na coluna para mostrar se são impressos em papel ou electrónicos. A última coluna pede-lhe que descreva de que forma os dados são relatados se não dispuser de impressos em papel ou electrónicos.

Quadro 2.4: Lista de verificação para os impressos de relato no seu distrito

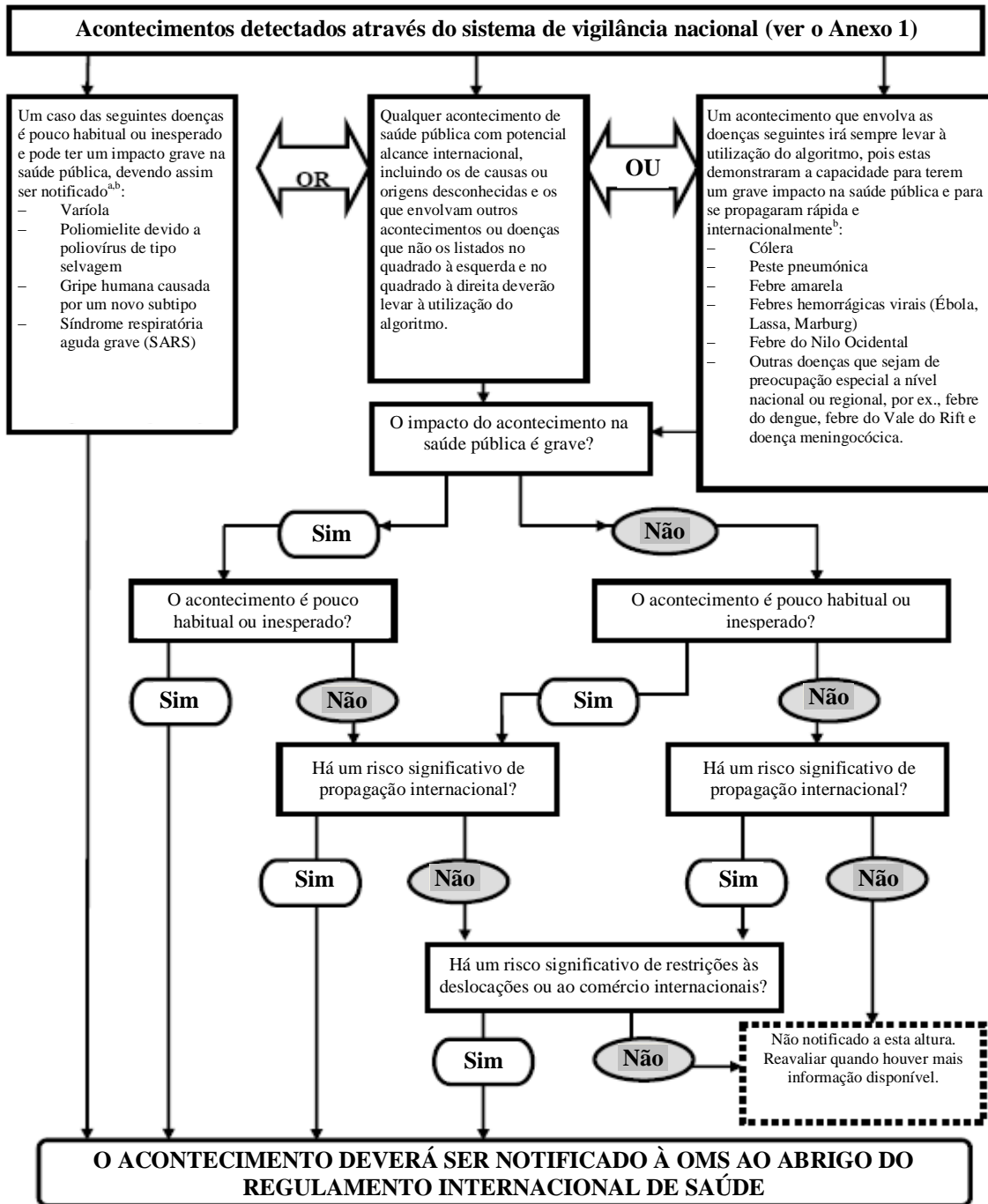
Impresso de relato	Estes impressos estão disponíveis no seu local de trabalho?		Como relata os dados se não estiverem disponíveis meios em papel ou electrónicos?
	Impresso em papel	Electrónico	
Impresso de relato baseado em casos			
Impresso de relato baseado em amostras laboratoriais			
Lista linear ¹			
Impresso semanal de rotina			
Impresso mensal de rotina			

¹Uma lista linear é uma representação gráfica de casos que inclui dados demográficos importantes, como por exemplo o nome ou o número de identificação, a idade, sexo, data de início, data da morte e classificação do caso. Tipicamente, são adicionados novos casos a uma listagem linear à medida que vão sendo identificados.

Pontos a recordar:

1. Relatar as doenças prioritárias ao nível de saúde seguinte a intervalos temporais apropriados.
2. Saber quais as doenças e acontecimentos que exigem relato imediato e relato mensal.
3. Certificar-se de que sabe a quem enviar os seus relatórios no nível seguinte e qual o formato em que deve enviá-los.
4. Fazer o melhor que puder para envolver os laboratórios e as partes interessadas da comunidade no processo de relato para promover a comunicação e desenvolver um perfil claro para a doença e as populações alvo.

Figura 1: Instrumento de decisão do RSI



^a Segundo as definições de caso da OMS.

^b A lista de doenças apenas deve ser utilizada para fins relacionados com estes Regulamentos.

EXEMPLOS PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE DECISÃO PARA A AVALIAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE ACONTECIMENTOS QUE POSSAM CONSTITUIR UMA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE ALCANCE INTERNACIONAL

Os exemplos que aparecem neste Anexo não são vinculativos e destinam-se apenas a fins de orientação indicadora para auxiliar na interpretação dos critérios do instrumento de decisão.

O ACONTECIMENTO CUMPRE PELO MENOS DOIS DOS SEGUINTE CRITÉRIOS?

O impacto do acontecimento na saúde pública é grave?	
	I. O impacto do acontecimento na saúde pública é grave?
	1. <i>O número de casos e/ou número de mortes para este tipo de acontecimento é elevado para um determinado local, tempo ou população?</i>
	2. <i>O acontecimento tem o potencial de ter um elevado impacto na saúde pública?</i>
	<p>OS SEGUINTE SÃO EXEMPLOS DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE CONTRIBUEM PARA UM ELEVADO IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acontecimento causado por um organismo patogénico com elevado potencial para causar epidemia (infecciosidade do agente, elevada fatalidade dos casos, múltiplas vias de transmissão ou portador saudável). ✓ Indicação de falha do tratamento (resistência antibiótica nova ou emergente, falha da vacina, resistência ou falha do antídoto). ✓ O acontecimento representa um risco significativo para a saúde pública, mesmo que não tenham ainda sido identificados (ou tenham sido identificados muito poucos) casos em seres humanos. ✓ Casos relatados entre o pessoal de saúde. ✓ A população em risco é particularmente vulnerável (refugiados, baixo nível de imunização, crianças, idosos, baixa imunidade, subnutrição, etc.). ✓ Factores concomitantes que podem prejudicar ou atrasar a resposta de saúde pública (catástrofes naturais, conflitos armados, condições climáticas desfavoráveis, múltiplos focos no Estado Parte). ✓ Acontecimento numa área com elevada densidade populacional. ✓ Propagação de materiais tóxicos, infecciosos ou nocivos de outra forma, que possam ocorrer naturalmente ou com os quais tenha havido contaminação, ou que tenham o potencial de contaminar uma população e/ou uma grande área geográfica.
	3. <i>É necessário auxílio externo para detectar, investigar, responder e controlar o acontecimento</i>

	<p><i>actual, ou para prevenir novos casos?</i></p> <p>OS SEGUINTE SÃO EXEMPLOS DE QUANDO PODE SER NECESSÁRIO AUXÍLIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recursos humanos, financeiros, materiais ou técnicos inadequados – em particular: <ul style="list-style-type: none"> – Capacidade laboratorial ou epidemiológica insuficiente para investigar o acontecimento (equipamento, pessoal, recursos financeiros) – Antídotos, medicamentos e/ou vacinas e/ou equipamento de protecção, equipamento de descontaminação, ou equipamento de apoio insuficientes para abranger as necessidades estimadas – O sistema de vigilância existente é inadequado para detectar novos casos atempadamente.
	<p>O IMPACTO DO ACONTECIMENTO NA SAÚDE PÚBLICA É GRAVE?</p> <p>Responda “Sim” se tiver respondido “Sim” às perguntas 1, 2 ou 3 acima.</p>

O acontecimento é pouco habitual ou inesperado?	II. O acontecimento é pouco habitual ou inesperado?
	<p><i>4. O acontecimento é pouco habitual?</i></p> <p>OS SEGUINTE SÃO EXEMPLOS DE ACONTECIMENTOS POUCO HABITUAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O acontecimento é causado por um agente desconhecido ou a origem, veículo, via de transmissão são pouco habituais ou desconhecidos. ✓ A evolução dos casos é mais grave do que o esperado (incluindo a morbilidade ou fatalidade dos casos) ou com sintomas pouco habituais. ✓ A ocorrência do próprio acontecimento é pouco habitual para a área, época ou população.
	<p><i>5. O acontecimento é inesperado do ponto de vista da saúde pública?</i></p> <p>OS SEGUINTE SÃO EXEMPLOS DE ACONTECIMENTOS INESPERADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acontecimento causado por uma doença/agente que já havia sido eliminada ou erradicada

	por essa parte do estado, ou que não tinha sido anteriormente relatada.
	O ACONTECIMENTO É POUCO HABITUAL OU INESPERADO?
	Responda “Sim” se tiver respondido “Sim” às perguntas 4 ou 5 acima.

Há um risco significativo de propagação internacional?	III. Há um risco significativo de propagação internacional?
	<i>6. Há evidência de uma ligação epidemiológica com acontecimentos similares em outros Estados?</i>
	<i>7. Há algum factor que nos deva alertar para o potencial de movimento transfronteiras do agente, veículo ou hospedeiro?</i>
	OS SEGUINTE SÃO EXEMPLOS DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE PODEM PREDISPOR À PROPAGAÇÃO INTERNACIONAL:
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quando haja evidência de propagação local, um caso inicial (ou outros casos relacionados) com história no mês anterior de: <ul style="list-style-type: none"> – viagens internacionais (ou tempo equivalente ao período de incubação se o organismo patogénico for conhecido) – participação numa reunião internacional (peregrinação, evento desportivo, conferência, etc.) – contacto próximo com um viajante internacional ou uma população altamente móvel. ✓ Acontecimento causado por uma contaminação ambiental que tenha o potencial de se propagar em fronteiras internacionais. ✓ Acontecimento numa área de trânsito internacional intenso, com capacidade limitada de controlo sanitário ou detecção ou descontaminação ambiental.
	HÁ UM RISCO SIGNIFICATIVO DE PROPAGAÇÃO INTERNACIONAL?
	Responda “Sim” se tiver respondido “Sim” às perguntas 6 ou 7 acima.

Restrições inter	IV. Há um risco significativo de restrições à deslocação ou ao comércio internacionais?
-------------------------	--

	<i>8. Acontecimentos semelhantes no passado resultaram em restrições internacionais ao comércio e/ou à deslocação?</i>
	<i>9. Há suspeita ou conhecimento de que a origem seja um produto alimentar, água ou de que outros bens possam ter sido exportados/importados para/de outros Estados?</i>

Os impressos de Relato Baseado em Casos para Doenças Específicas podem encontrar-se no Anexo A-J da Secção 9, com início na página 379 das Directrizes Técnicas.



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADAS À DOENÇA

CURSO DE FORMAÇÃO A NÍVEL DISTRITAL | Módulo 3



Analisar e Interpretar os Dados

Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional para África (AFRO)
Vigilância Integrada da Doença e Resposta
Curso de Formação a Nível Distrital

Módulo 3

Analisar e interpretar os dados

Julho de 2011

Os módulos que constituem o Curso de Formação ao Nível Distrital de Vigilância Integrada da Doença e Resposta foram preparados pelo Escritório para África (AFRO) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), com o apoio do Escritório de África da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development – USAID). Ainda que o conteúdo do presente curso esteja no domínio público e possa ser utilizado e reproduzido sem autorização, queira consultar a citação sugerida: WHO-AFRO & CDC (2010). *Integrated Disease Surveillance and District Level Training Course, Module 3:*

Módulo 3:2

Introdução

Organizar e analisar os dados é uma função importante da vigilância. A análise dos dados fornece informações para tomar medidas de saúde pública relevantes, atempadas e apropriadas. Por exemplo, quando analisa dados de vigilância, pode:

- Observar tendências ao longo do tempo e alertar o restante pessoal de saúde relativamente a acontecimentos emergentes ou a padrões pouco habituais.
- Identificar áreas geográficas de risco mais elevado.
- Caracterizar variáveis pessoais como, por exemplo, a idade, sexo ou ocupação, que coloquem uma pessoa em risco mais elevado quanto à doença ou ao acontecimento.

O quadro seguinte explica os tipos de análise, objectivos para utilizar esse tipo de análise, instrumentos para apresentar os dados e métodos para analisar esses tipos de dados. Pode encontrar este quadro na página 87 das Directrizes Técnicas da VIDR.

Tipo de análise	Objectivo	Instrumentos	Métodos
Tempo	Detectar alterações abruptas ou a longo prazo na doença ou na ocorrência de acontecimentos pouco habituais, quantos ocorreram e o período de tempo desde a exposição até ao início dos sintomas.	Registrar os totais do resumo num quadro ou num gráfico linear ou num histograma .	Comparar o número de relatos de casos recebidos para o período actual com o número recebido num período anterior (semanas, meses, estações ou anos)
Lugar	Determinar onde estão a ocorrer os casos (por exemplo, identificar uma área de alto risco ou locais de populações em risco da doença)	Representar graficamente num mapa de pontos do distrito ou da área afectada durante um surto.	Representar graficamente num mapa e procurar agrupamentos ou relações entre a localização dos casos e o acontecimento de saúde que está a ser investigado.
Pessoa	Descrever os motivos para as alterações na ocorrência da doença, como ocorreu, quem está em maior risco relativamente à doença e potenciais factores de risco	Extrair dados específicos sobre a população afectada e resumir num quadro .	Dependendo da doença, caracterizar os casos de acordo com os dados relatados para a vigilância baseada em casos como, por exemplo, a idade, local de trabalho, estado de imunização, frequência escolar e outros factores de risco conhecidos para as doenças.

Em geral, a análise dos dados de vigilância de rotina deve incluir as seguintes perguntas:

- Foram detectadas quaisquer doenças prioritárias ou outros acontecimentos de saúde pública preocupantes durante o período de relato (esta semana, por exemplo)? Há suspeita de uma epidemia ou de um acontecimento de saúde pouco habitual?
- Dos casos, mortes ou acontecimentos detectados, quantos foram confirmados?
- Onde ocorreram?
- De que modo é que a situação observada se compara a períodos de observação anteriores a este ano? Por exemplo, em comparação com o início do período de relato, o problema está a aumentar?
- As tendências estão estáveis, a melhorar ou a agravar-se?
- A informação de vigilância relatada é suficientemente representativa da área de captação do local relator? De todos os locais que deveriam comunicar, qual a proporção que foi efectivamente relatada?
- Os dados recebidos a partir dos locais relatores foram atempados?

Cada local que recolhe ou recebe dados deve preparar-se e seguir um plano de análise para analisar informações de vigilância de rotina (consultar o Anexo 3A na página 103 das Directrizes Técnicas).

* * * *

Este módulo irá descrever e permitir-lhe praticar as seguintes competências:

1. Recolher e organizar dados para análise.
2. Utilizar tabelas, gráficos e histogramas para analisar tendências.
3. Utilizar mapas para analisar a localização de populações em risco.
4. Utilizar tabelas para descrever as características da população afectada.
5. Retirar conclusões sobre os resultados da análise.
6. Fazer recomendações com base nas conclusões.

O seu facilitador irá apresentar informações sobre como receber, manusear e guardar dados dos locais relatores. Também pode ler estas informações nas páginas 84-86 das Directrizes Técnicas.



Exercício 1

Observe o diagrama abaixo. Em seguida, responda às seguintes perguntas:



1. Localize o seu nível neste diagrama. Registe os nomes de alguns dos locais que lhe relatam rotineiramente dados de vigilância. Além disso, registe o número de locais que lhe fazem relatos.
2. Há uma pessoa focal designada para a vigilância e resposta em cada um dos locais?

3. Como comunica com os locais?
4. De que forma é que os dados lhe são entregues a partir destes locais? Por exemplo, recebe os dados por via electrónica, pelo telefone ou em mãos?
5. Dá feedback a esses centros sobre os relatos?
6. Para onde envia os seus relatórios agregados?
7. Como comunica com o nível acima de si, quando envia os seus relatórios agregados?
8. Recebe rotineiramente feedback sobre esses relatórios?
9. Sabe onde comunicar um acontecimento de saúde pública de alcance nacional ou internacional?

Diga ao facilitador quando tiver concluído este exercício.



Exercício 2

Rever um registo de centro de saúde

O Centro de Saúde de Zahanati serve uma população de cerca de 10 000 pessoas na sua área de captação. Os serviços de saúde proporcionam serviços de cuidados curativos e de saúde materno-infantil. As informações básicas sobre os utentes do departamento de ambulatório encontram-se resumidas nos registos abaixo:

Quadro 3.5: Extracto do registo do Centro de Saúde de Zahanati, novos casos recebidos entre 6 e 10 de Maio de 2010.

Identificação N.º	Data de comparência	Nome	Aldeia	Sexo	Idade	Suspeita de doença/síndrome
01	06/05/2010	A.M.	C	M	6 meses	Pneumonia
02	06/05/2010	T.F.	A	M	2 anos	Sarampo
03	06/05/2010	N.N.	C	M	22 anos	Lesão
04	06/05/2010	Y.E.	C	F	28 anos	Malária
05	06/05/2010	I.L.	B	F	7 meses	Meningite
06	06/05/2010	R.E.	B	F	8 meses	Pneumonia
07	06/05/2010	K.L.	D	F	4 anos	Malária
08	06/05/2010	T.I.	A	M	13 anos	Malária
09	06/05/2010	A.F.	D	F	15 anos	Paralisia flácida aguda
10	06/05/2010	D.O.	D	F	24 anos	Meningite
11	07/05/2010	K.M.	A	M	22 anos	Disenteria
12	07/05/2010	U.G	A	F	9 meses	Fractura
13	07/05/2010	P.F.	C	M	11 meses	Sarampo
14	07/05/2010	H.I.	C	F	24 anos	Aborto

Identificação N.º	Data de comparência	Nome	Aldeia	Sexo	Idade	Suspeita de doença/síndrome
15	07/05/2010	G.T.	C	F	21 anos	Malária
16	07/05/2010	W.T.	A	F	16 anos	Tuberculose
17	07/05/2010	R.Y.	B	M	2 anos	Diarreia
18	08/05/2010	A.C.	C	M	1 ano	Pneumonia
19	08/05/2010	Z.U.	B	F	1 ano	Malária
20	08/05/2010	A.C.	C	M	11 meses	Sarna
21	08/05/2010	J.F.	B	M	15 anos	Malária
22	08/05/2010	M.M.	B	F	18 anos	Disenteria
23	08/05/2010	L.M.	B	M	5 anos	Ferida
24	08/05/2010	P.L.	C	M	1 ano e 10 meses	Diarreia ²
25	08/05/2010	Z.E.	A	M	16 anos	Lesão
26	08/05/2010	A.B.	C	F	25 anos	Febre hemorrágica
27	08/05/2010	S.R.	B	F	17 anos	Malária
28	09/05/2010	A.K.	C	F	4 meses	Meningite
29	09/05/2010	T.T.	B	M	3 anos	Abcesso
30	09/05/2010	W.F.	B	M	12 anos	Meningite
31	09/05/2010	K.K.	B	F	2 anos e 10 meses	Malária
32	09/05/2010	L.D.	A	F	16 anos	Cólera
33	09/05/2010	D.B.	B	F	1 ano e 8 meses	Pneumonia
34	09/05/2010	A.N.	B	F	21 anos	Tuberculose

² Registrar diarreia e diarreia grave como “diarreia”.

Identificação N.º	Data de comparência	Nome	Aldeia	Sexo	Idade	Suspeita de doença/síndrome
35	09/05/2010	L.S.	A	M	1 ano e 5 meses	Diarreia grave
36	09/05/2010	B.D.	A	M	11 meses	Pneumonia
37	09/05/2010	P.K.	B	F	1 ano	Malária
38	09/05/2010	K.R.	A	F	2 anos e 5 meses	Sarna
39	10/05/2010	K.A.	D	M	26 anos	Lesão
40	10/05/2010	P.N.	D	F	4 anos	Pneumonia
41	10/05/2010	S.A.	D	F	3 anos	SIDA
42	10/05/2010	M.A.	A	F	2 anos	Diarreia
43	10/05/2010	E.R.	C	F	16 anos	Lesão
44	10/05/2010	U.H.	A	M	22 anos	SIDA
45	10/05/2010	Y.L.	C	M	18 anos	Malária
46	10/05/2010	W.C.	A	F	4 meses	Malária

1. Utilizando os dados do Registo do C.S. de Zahanati, mostre a distribuição de doentes por doença ou por síndrome, preenchendo o quadro seguinte. Primeiro, escreva todas as doenças e síndromes encontradas no departamento de ambulatório. Para registar a frequência, coloque um visto (√) ou uma barra (/) na coluna para cada ocorrência de suspeita de caso ou síndrome.

Quadro 3.6: Distribuição dos doentes por frequência e proporção da doença /síndrome no C.S. de Zahanati.

	Doença/síndrome	Frequência	Proporção* %
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
	TOTAL		

* Para calcular a proporção (%) de pneumonia, utilize esta fórmula:
 Número total de casos de pneumonia ÷ Número total de casos x 100 = % de casos de pneumonia

2. Quais são as 5 principais doenças, em proporção, registadas no Centro de Saúde de Zahanati?

3. Desenhe um gráfico de barras para apresentar as 5 principais doenças por número de casos. Utilize a página seguinte para criar uma grelha e em seguida desenhar o gráfico de barras. Se houver, utilize papel milimétrico ou um computador. Pode consultar o exemplo da página 89 das Directrizes Técnicas.

Gráfico de barras: 5 principais doenças registadas no Centro de Saúde de Zahanati



Exercício 3

Analisar os dados por pessoa

Neste exercício, irá praticar analisar os dados por pessoa para uma determinada doença ou quadro clínico em particular. Para concluir este exercício, irá utilizar as informações sobre o Centro de Saúde de Zahanati, encontradas nos quadros para o Exercício 2.

1. Consulte o Quadro 3.1 do Exercício 3. Localize as colunas de “idade” e “sexo”. Resuma a distribuição dos doentes por idade e por sexo no Centro de Saúde de Zahanati para preencher o Quadro 3.3.

Quadro 3.7: Distribuição dos doentes do C.S. de Zahanati por idade e por sexo, 2008

Grupo etário	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
0-4 anos			
5- 14 anos			
15 anos e mais			
Total			

2. Que grupos de doentes são observados com maior frequência?

3. No quadro abaixo, resuma a distribuição dos doentes com malária por aldeia, do Centro de Saúde de Zahanati, utilizando os dados do Quadro 3.1.

Quadro 3.8: Distribuição dos doentes com malária registados no C.S. Zahanati por aldeia, 1996

Aldeia	Número de doentes
A	
B	
C	
D	
Total	

4. Que conclusões pode retirar deste quadro, sobre os doentes e as aldeias em que moram?

2.0 Utilizar os limiares para a acção de saúde pública

Os limiares são marcadores que indicam quando algo deve acontecer ou mudar. Ajudam os gestores de vigilância e dos programas a responder à pergunta “Quando devo agir, e qual a acção a adoptar?”

Neste curso, irá ouvir falar de dois tipos de limiares: um limiar de alerta e um limiar de epidemia. Nem todas as doenças ou condições clínicas utilizam ambos os tipos de limiares, ainda que cada doença ou quadro clínico tenha um ponto a partir do qual um problema tem de ser relatado e é necessário adoptar uma acção.

Um **limiar de alerta** informa a equipa de saúde e a equipa de vigilância de que é necessária investigação adicional. Dependendo da doença ou do quadro clínico, atinge-se um limiar de alerta quando há uma suspeita de caso (como para uma doença com tendência para epidemia ou para uma doença assinalada para eliminação ou erradicação) ou quando há um aumento inexplicado no número de casos para qualquer doença. Também se atinge um limiar de alerta quando o pessoal de saúde analisa o relatório do resumo mensal ou semanal e observa um padrão pouco habitual.

Um **limiar de epidemia** desencadeia uma resposta definida. Assinala a data ou achado específicos de uma investigação que assinalam uma acção para além de confirmar ou clarificar o problema. As possíveis acções incluem comunicar a confirmação laboratorial aos centros de saúde afectados, implementar uma resposta de emergência como, por exemplo, uma actividade de imunização, conduzir uma campanha de sensibilização na comunidade ou utilizar práticas melhoradas de controlo da infecção no contexto dos serviços de saúde.

Os limiares sugeridos para adoptar acções em doenças ou condições clínicas específicos são apresentados na Secção 9.0 das Directrizes Técnicas.

O seu facilitador irá apresentar informação adicional sobre os limiares. Em seguida irá fazer o Exercício 4.



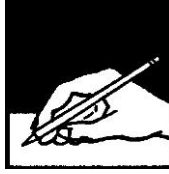
Exercício 4

Neste exercício, irá praticar encontrar informações sobre os limiares de alerta e de epidemia nas Directrizes Técnicas. Para concluir este exercício, preencha os espaços em branco no Quadro 3.5. Consulte as informações fornecidas nas Directrizes Técnicas, com início na página 229. Consulte ainda o “Resumo das directrizes para as doenças e condições clínicas prioritários” na secção 9. A linha para a cólera está preenchida como exemplo.

Quadro 3.9: Utilizar os limiares para a acção de saúde pública

Doença	Limiar de alerta	Medidas a tomar	Limiar de epidemia	Medidas a tomar
Cólera	Uma única suspeita de caso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicar imediatamente as informações baseadas no caso. ▪ Gerir e tratar o caso <ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar os procedimentos rigorosos de lavagem de mãos e de isolamento. ▪ Realizar uma investigação baseada no caso ▪ Obter amostras de fezes para confirmação laboratorial 	Caso se confirme a suspeita de caso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer o centro de tratamento ▪ Reforçar a gestão de casos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudar a disponibilidade de água potável. ▪ Trabalhar com os líderes da comunidade para limitar o número de funerais ou outros grandes ajuntamentos de pessoas ▪ Promover a preparação segura dos alimentos ▪ Promover a eliminação segura de resíduos humanos.
Doença respiratória aguda grave				

Doença	Limiar de alerta	Medidas a tomar	Limiar de epidemia	Medidas a tomar
Oncocercíase				
Diabetes				
Transmitidas pelos alimentos				



Exercício 5

Neste exercício, irá praticar utilizar os limiares para detectar surtos a partir dos resumos de relatos. Primeiro, leia a história do caso e reveja os dados no quadro 3.6. São dados sobre a utilização de limiares de alerta e de epidemia para a meningite meningocócica. Responda às perguntas que se seguem à tabela.

* * * *

O Dr. Perfeição, ex-Representante Médico do Distrito de Ndousi, era o novo Representante Médico da Região Central. Tinha substituído o Dr. Semprocupado, ao qual havia sido atribuída uma bolsa de quatro meses para estudar Epidemiologia Aplicada na universidade local.

Ao familiarizar-se com o seu novo cargo, encontrou relatórios resumo de meningite meningocócica de cinco distritos, relativamente aos quais o Dr. Semprocupado ainda não tinha agido.

O Quadro 3.6 consiste num quadro resumo com os relatos de meningite meningocócica de 5 distritos na Região Central.

Quadro 3.10: Casos de meningite por semana na Região Central, 2008

Distrito	População	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10
Jamano	106 550	2	3	2	1	0	2	2	0	2	3
Tarik	245 907	1	2	11	9	16	16	20	42	42	57
Boula dougou	150 279	15	16	16	8	14	8	9	9	12	11
Koilel	81 032	1	0	2	1	1	1	4	3	3	3
Ankoubar	253 181	4	3	5	4	3	4	8	6	8	5

1. Ajude o Dr. Perfeição a calcular as taxas de ataque por semana para cada distrito, e preencha o quadro abaixo.

(Taxa semanal de ataque de meningite = casos de meningite por semana ÷ população em risco X 100 000)

Quadro 3.11: Taxas de ataque de casos de meningite por semana e por Distrito, região central, 2008

Distrito	Pop.	Sem 1	TA 1	Sem 2	TA 2	Sem 3	TA 3	Sem 4	TA 4	Sem 5	TA 5	Sem 6	TA 6	Sem 7	TA 7	Sem 8	TA 8	Sem 9	TA 9	Sem 10	TA 10
Jamano	106 550	2		3		2		1		0		2		2		0		2		3	
Tarik	245 907	1		2		11		9		16		16		20		42		42		57	
Boula dougou	150 279	15		16		16		8		14		8		9		9		12		11	
Koilel	81 032	1		0		2		1		1		1		4		3		3		3	
Ankouba r	253 181	4		3		5		4		3		4		8		6		8		5	

3. Com base nas taxas de ataque calculadas, indique os distritos que estiveram na fase de alerta a qualquer altura após a Semana 1 e antes da Semana 10. Indique também os que ultrapassaram o limiar de epidemia.

Dica: Limiar de alerta = 5/100 000, Limiar de epidemia = 15/100 000

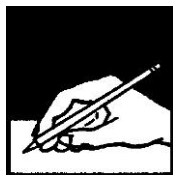
4. No espaço fornecido abaixo, desenhe um gráfico linear das taxas de ataque de meningite meningocócica por semana para o Distrito de Tarik. Identifique os eixos horizontais que representam os limiares de alerta e de epidemia para o distrito de Tarik no mesmo gráfico. Dica: Comece por desenhar uma grelha e identifique os eixos; em seguida, desenhe o gráfico linear.

Gráfico linear: Taxas de ataque de meningite meningocócica por semana, para Tarik

Consulte o gráfico que acabou de desenhar e responda às próximas duas perguntas. Pode ser útil assinalar estas respostas no gráfico linear para conseguir ver qual o aspecto.

6. Quando foi ultrapassada a fase de alerta?

7. Quando foi ultrapassado o limiar de epidemia?



Exercício 6

Neste exercício, irá praticar todos os passos deste módulo. Irá rever as variáveis registadas numa lista linear³. Utilize a lista linear para analisar os dados dos surtos segundo o tempo, a pessoa e o lugar. Leia a história de caso abreviada e em seguida reveja a lista linear nas próximas 6 páginas. Responda às perguntas que se lhe seguem.

Após um surto de Febre Hemorrágica Ébola no Distrito de Bandurana, a Equipa de Gestão Distrital recebeu uma lista linear de todos os casos da equipa no terreno, resumidos no Quadro 3.8, na página seguinte.

³Uma lista linear é uma representação gráfica de casos que inclui dados demográficos importantes como, por exemplo, o nome ou o número de identificação do doente e a idade, sexo, data de início, data da morte e classificação do caso. Tipicamente, são adicionados novos casos a uma lista linear à medida que vão sendo identificados.

Quadro 3.12: Lista linear do distrito de Bandurana para um surto de Ébola — Outubro a Novembro de 2000

I d e n t.	Nome	Idade, em anos	S e x o	Chefe de família	Divisão	Aldeia	Data do início	Semana do início	Data da hospitalização	Resulta do (1 = Morto, 0 = Vivo)	Data da morte	Classifi- cação do caso	Amostra de sangue colhida	Data da colheita da amostra de sangue	Resulta- do	Ocupa- ção
3 1 0 1	L.P.	20	M	Poun	Zanza	Zanza	12 Out	40		1	16 Out	Provável	N			Estu- dante
3 1 0 2	A.I.	44	F	Benga	Zanza	Zanza	30 Out	43		1	04 Nov	Provável	N			Agri- cultor
3 1 0 3	E.N.	7	M	Ambe	Zanza	Zanza	12 Nov	45		1	18 Nov	Provável	N			Nenhu- ma
3 1 0 4	I.P.	47	F	Ambe	Zanza	Zanza	27 Nov	47		1	03 Nov	Provável	N			Agri- cultor
3 1 0 5	F.I.	2.5	M	Benga	Omo	Doum	11 Out	40		1	17 Out	Provável	N			Nenhu- ma
3 1 0 6	E.I.	13	F	Benga	Omo	Bea	11 Out	40	18 Out	1	22 Out	Provável	N			Estu- dante
3 1 0 7	K.L.	20	M	Lota	Omo	Bea	12 Out	40		1	23 Out	Provável	N			Caçador
3 1 0 8	I.A.	39	F	Benga	Omo	Doum	24 Out	42	24 Out	1	29 Out	Confir- mado	S	24 Out	Posi- tivo	HCW

3 1 0 9	L.S.	17	F	Lota	Omo	Andza	25 Out	42		1	04 Nov	Provável	N			Agri- cultor
3 1 1 0	E.M.	44	F	Lota	Omo	Andza	25 Out	42	26 Out	1	04 Nov	Confir- mado	S	26 Out	Posi- tivo	HCW
3 1 1 1	I.J.	46	M	Benga	Omo	Bea	29 Out	43		1	06 Nov	Provável	N			Caçador
3 1 1 2	E.B.	38	F	Kabo	Omo	Doum	04 Nov	44		1	08 Nov	Provável	N			Agri- cultor
3 1 1 3	K.D.	40	M	Lakou	Omo	Bea	06 Nov	44		1	10 Nov	Confir- mado	S	11 Nov	Posi- tivo	Guarda- florestal
3 1 1 4	A.Y.	60	F	Benga	Omo	Bea	16 Nov	45		1	19 Nov	Provável	N			Agri- cultor
3 1 1 5	N.R.	22	F	Kabo	Omo	Doum	16 Nov	45		0		Confir- mado	S	02 Dez	Posi- tivo	Agri- cultor
3 1 1 6	M.N.	28	F	Kabo	Omo	Doum	15 Nov	45		0		Provável	N			Agri- cultor
3 1 1 7	A.M.	40	M	Nossi	Omo	Bea	14 Nov	45		1	23 Nov	Confir- mado	S	24 Nov	Posi- tivo	Caçador
3 1 1 1	A.J.	40	F	Benga	Omo	Bea	15 Nov	45		0		Provável	S	03 Dez	Pen- dente	Agri- cultor

8																
3 1 1 9	N.A.	20	F	Benga	Omo	Bea	16 Nov	45	30 Nov	0		Provável	S	02 Dez	Pen- dente	Agri- cultor
3 1 2 0	N.O.	24	M	Lakou	Omo	Bea	15 Nov	45		1	23 Nov	Confir- mado	S	23 Nov	Posi- tivo	Caçador
3 1 2 1	E.P.	22	F	Nossi	Omo	Bea	15 Nov	45	25 Nov	0		Confir- mado	S	24 Nov	Posi- tivo	Agri- cultor
3 1 2 2	E.B.	20	F	Nossi	Omo	Bea	18 Nov	46	24 Nov	1	26 Nov	Provável	N			Agri- cultor
3 1 2 3	I.O.	50	F	Nossi	Omo	Bea	18 Nov	46	24 Nov	1	24 Nov	Confir- mado	S	24 Nov	Posi- tivo	Agri- cultor
3 1 2 4	N.M.	26	M	Ambe	Omo	Bea	13 Nov	45	13 Nov	1	24 Nov	Confir- mado	S	24 Nov	Posi- tivo	Caçador
3 1 2 5	I.C.	16	F	Benga	Omo	Bea	15 Nov	45		1	21 Nov	Provável	N			Estu- dante
3 1 2 6	K.N.	10	M	Lakou	Omo	Bea	17 Nov	46		1	21 Nov	Confir- mado	S	22 Nov	Posi- tivo	Estu- dante
3 1 2 7	S.E.	25	M	Kabo	Omo	Doum	16 Nov	46		1	21 Nov	Confir- mado	S	22 Nov	Posi- tivo	Caçador
3 1	M.S.	45	F	Lakou	Omo	Bea	17 Nov	46	24 Nov	1	24 Nov	Confir- mado	S	24 Nov	Posi- tivo	Agri- cultor

2 8																
3 1 2 9	B.S.	8	F	Lakou	Omo	Bea	17 Nov	46		1	23 Nov	Confir- mado	S	24 Nov	Posi- tivo	Nenhu- ma
3 1 3 0	E.J.	43	M	Aucun	Omo	Centro	20 Nov	46		0		Confir- mado	S		Posi- tivo	Nenhu- ma
3 1 3 1	O.E.	16	M	Lakou	Omo	Bea	20 Nov	46	25 Nov	1	29 Nov	Confir- mado	S	24 Nov	Posi- tivo	Estu- dante
3 1 3 2	M.R.	18	F	Odob	Omo	Andza	20 Nov	46		0		Provável	N			Agri- cultor
3 1 3 3	E.Y.	1,5	M	Rouja	Omo	Bea	16 Nov	45		1	23 Nov	Provável	N	24 Nov	Posi- tivo	Nenhu- ma
3 1 3 4	K.C.	14	M	Lakou	Omo	Bea	15 Nov	45	23 Nov	0		Confir- mado	S	03 Dez	Positiv o	Estu- dante
3 1 3 5	K.R.	23	F	Nossi	Omo	Bea	23 Nov	46		0		Provável	N	08 Dez		Agri- cultor
3 1 3 6	K.E.	6	M	Lakou	Omo	Bea	23 Nov	46	23 Nov	0		Provável	N	03 Dez		Nenhu- ma
3 1 3 7	E.B.	38	F	Kabo	Omo	Bea	18 Nov	46	23 Nov	0		Provável	N	28 Nov		Agri- cultor
3	I.A.	26	M	Benga	Omo	Bea	20 Nov	46		0		Suspeita	N			Caçador

1 3 8																
3 1 3 9	M.G.	19	M	Ambe	Omo	Bea	23 Nov	46		0		Suspeita	N			Caçador
3 1 4 0	N.N.	18	F	Ambe	Omo	Bea	22 Nov	46	24 Nov	0		Confir- mado	S	02 Dez	Posi- tivo	Agri- cultor
3 1 4 1	A.I.	28	M	Kabo	Omo	Bea	24 Nov	47		0		Confir- mado	S	24 Nov	Posi- tivo	Caçador
3 1 4 2	D.D.	31	M	Ambe	Omo	Bea	24 Nov	47		0		Confir- mado	S	26 Nov	Posi- tivo	Agri- cultor
3 1 4 3	T.O.	22	M	Ambe	Omo	Bea	24 Nov	47	29 Nov	0		Confir- mado	S	02 Dez	Posi- tivo	Caçador
3 1 4 4	Y.N.	25	F	Ambe	Omo	Bea	25 Nov	47		0		Suspeita	N			Agri- cultor
3 1 4 5	O.A.	3	M	Nossi	Omo	Bea	26 Nov	47	26 Nov	1	28 Nov	Provável	N			Nenhu- ma
3 1 4 6	I.M.	5	F	Nossi	Omo	Bea	26 Nov	47	29 Nov	1	02 Dez	Confir- mado	S	02 Dez	Posi- tivo	Nenhu- ma
3 1 4 7	E.E.	1,5	M	Nossi	Omo	Bea	29 Nov	47	29 Nov	0		Confir- mado	S	05 Dez	Pen- dente	Nenhu- ma

1. Consulte a lista linear do Distrito de Bandurana nas últimas 7 páginas. No quadro seguinte, registre o número de casos e de mortes para cada data, a partir da lista linear de Bandurana. Pode trabalhar com um colega ou com um pequeno grupo para contar e registar os casos e as mortes.

Quadro 3.13: Distribuição de casos e de mortes devido a Ébola por data de início em Bandurana, 1 de Outubro – 30 de Novembro de 2010

Data do início dos sintomas	Semanas	Casos	Mortes
01 Out 2010	39		
02 Out 2010	40		
03 Out 2010	40		
04 Out 2010	40		
05 Out 2010	40		
06 Out 2010	40		
07 Out 2010	40		
08 Out 2010	40		
09 Out 2010	41		
10 Out 2010	41		
11 Out 2010	41		
12 Out 2010	41		
13 Out 2010	41		
14 Out 2010	41		
15 Out 2010	41		
16 Out 2010	42		
17 Out 2010	42		
18 Out 2010	42		
19 Out 2010	42		
20 Out 2010	42		

Data do início dos sintomas	Semanas	Casos	Mortes
21 Out 2010	42		
22 Out 2010	42		
23 Out 2010	43		
24 Out 2010	43		
25 Out 2010	43		
26 Out 2010	43		
27 Out 2010	43		
28 Out 2010	43		
29 Out 2010	43		
30 Out 2010	44		
31 Out 2010	44		
01 Nov 2010	44		
02 Nov 2010	44		
03 Nov 2010	44		
04 Nov 2010	44		
05 Nov 2010	44		
06 Nov 2010	45		
07 Nov 2010	45		
08 Nov 2010	45		
09 Nov 2010	45		
10 Nov 2010	45		
11 Nov 2010	45		
12 Nov 2010	45		
13 Nov 2010	46		

Data do início dos sintomas	Semanas	Casos	Mortes
14 Nov 2010	46		
15 Nov 2010	46		
16 Nov 2010	46		
17 Nov 2010	46		
18 Nov 2010	46		
19 Nov 2010	46		
20 Nov 2010	47		
21 Nov 2010	47		
22 Nov 2010	47		
23 Nov 2010	47		
24 Nov 2010	47		
25 Nov 2010	47		
26 Nov 2010	47		
27 Nov 2010	48		
28 Nov 2010	48		
29 Nov 2010	48		
30 Nov 2010	48		
Total			

2. No espaço fornecido abaixo, utilize a data do início para desenhar um histograma (ou curva de epidemia) de casos devidos a Ébola. Pode utilizar papel milimétrico, se houver, ou utilizar um programa de folhas de cálculo se estiver a utilizar um computador.

Curva de epidemia: Surto de Ébola no Distrito de Bandura – 2010

3. Descreva as características do gráfico que desenhou.

4. Utilizando os dados da lista linear, faça uma análise por pessoa e registre os casos por grupo etário e por sexo.

Quadro 3.14: Casos de Ébola por idade e por sexo em Bandurana

Grupo etário (em anos)	Sexo feminino	Sexo masculino	Total
Menos de 10			
10-19			
20-29			
30-39			
40-49			
50-59			
Mais de 60			
Total			

5. No espaço fornecido abaixo, desenhe um gráfico de barras dos casos de Ébola utilizando as informações da tabela acima. O gráfico de barras irá representar os casos de Ébola por grupo etário e por sexo.

Gráfico de barras: Distribuição de casos de Ébola por idade e por sexo em Bandurana – 2010

6. No quadro abaixo, analise a distribuição dos casos por ocupação. Não se esqueça de calcular a proporção de casos de mortalidade.

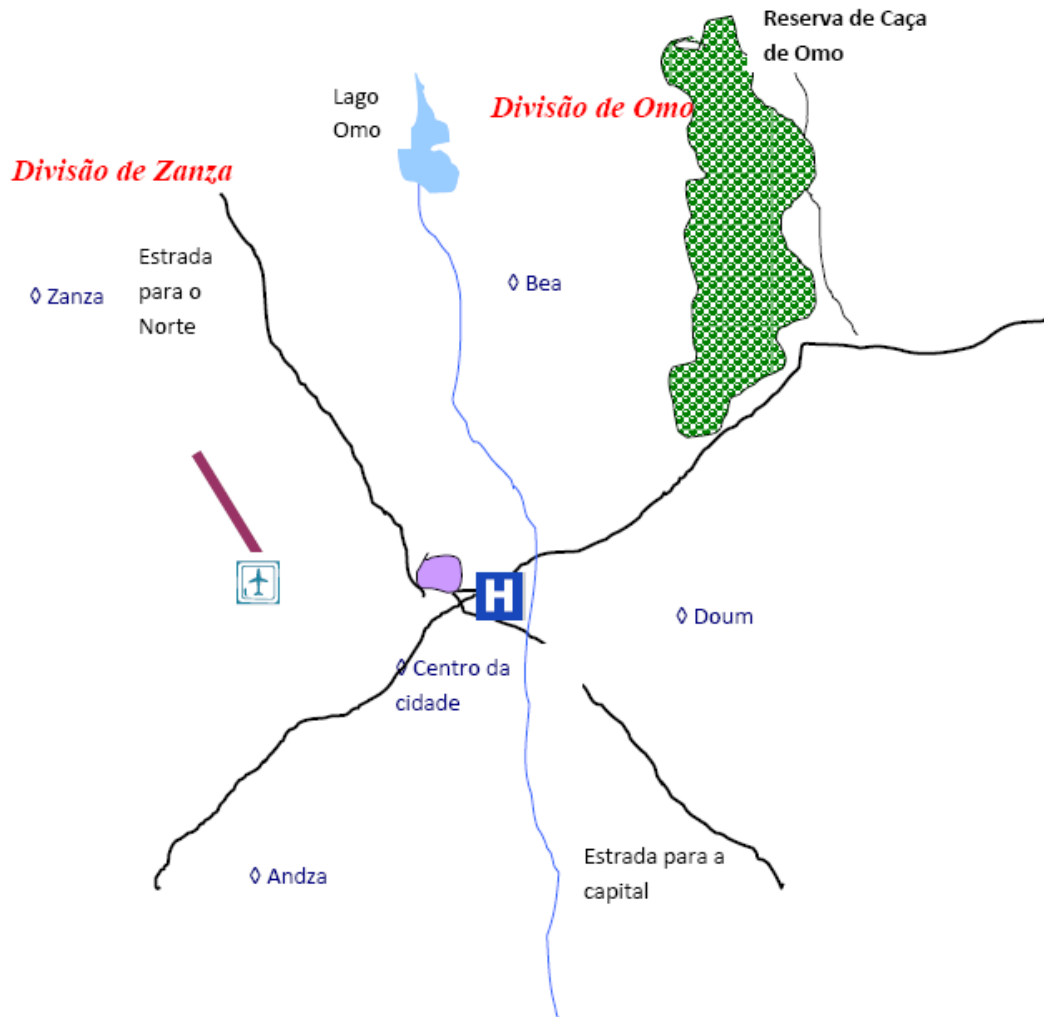
Quadro 3.15: Casos de Ébola por ocupação em Bandurana, Outubro a Novembro de 2010

Ocupação	Casos	Morreram	Sobreviveram	Mortalidade dos casos por ocupação
Alunos de Enfermagem				
Agricultor				
Nenhuma				
Caçador				
Guarda-florestal				
Profissionais de saúde				
Total				

7. Qual é a ocupação mais afectada?

8. Utilize a variável “Aldeia” na lista linear para representar graficamente os casos de Ébola no mapa do distrito abaixo:

Mapa: RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS. Casos de Ébola no distrito de Bandurana, Nov – Dez 2010



9. Quais as áreas em maior risco de transmissão?

Sem análise, não temos dados para actuar.

Pontos a recordar:

1. A análise de dados é um aspecto fundamental da vigilância.
2. Existem vários métodos à sua disposição para analisar os dados, dependendo da informação que está a tentar apresentar. Por exemplo, se pretender analisar um perfil de doença para um distrito, pode criar um mapa de pontos para uma representação visual dos casos por local.
3. Depois de ter compilado e analisado os dados, pode resumir os seus achados e utilizá-los para a acção de saúde pública.



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADAS À DOENÇA

CURSO DE FORMAÇÃO A NÍVEL DISTRITAL | Módulo 4



Investigar e Confirmar as Suspeitas
de Casos, Surtos e Outros
Acontecimentos de Importância
Para a Saúde Pública

Organização Mundial de Saúde

Escritório Regional para África (AFRO)

Vigilância Integrada da Doença e Resposta

Curso de Formação a Nível Distrital

Módulo 4

**Investigar e confirmar as suspeitas de casos,
surto e outros acontecimentos de importância
para a saúde pública**

Julho de 2011

Os módulos que constituem o Curso de Formação ao Nível Distrital de Vigilância Integrada da Doença e Resposta foram preparados pelo Escritório para África (AFRO) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), com o apoio do Escritório de África da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development – USAID). Ainda que o conteúdo do presente curso esteja no domínio público e possa ser utilizado e reproduzido sem autorização, queira consultar

Módulo 4:2

a citação sugerida: WHO-AFRO & CDC (2010). *Integrated Disease Surveillance and District Level Training Course, Module 4: Investigate and confirm suspected cases, outbreaks and other events of public health importance*. Brazzaville, República do Congo e Atlanta, EUA.

Introdução

- Os resultados de uma investigação sobre as causas de um surto ou outro acontecimento de saúde pública levam à identificação e avaliação das pessoas expostas à doença ou afectadas por um acontecimento de saúde pouco habitual.
- A investigação fornece informações relevantes para adoptar uma acção imediata e melhorar as actividades de prevenção a mais longo prazo.
- Os passos para realizar uma investigação de uma suspeita de surto ou outro acontecimento de saúde pública agudo também podem ser utilizados para investigar outros problemas de saúde pública no distrito como, por exemplo, a detecção de um aumento nas doenças crónicas ou não transmissíveis.

A finalidade de uma investigação consiste em:

- Verificar o surto ou o acontecimento de saúde pública e determinar os riscos para a saúde.
- Identificar e tratar os casos adicionais que não foram relatados ou reconhecidos.
- Recolher informações e amostras laboratoriais para confirmar o diagnóstico.
- Identificar a fonte da infecção ou a causa do surto ou acontecimento de saúde pública.
- Descrever de que forma a doença é transmitida e quais as características das populações em risco.
- Seleccionar as actividades de resposta apropriadas para controlar o surto ou o acontecimento de saúde pública.

* * * *

Este módulo irá descrever e permitir-lhe praticar as seguintes competências:

1. Saber quando decidir investigar um surto
2. Verificar e comunicar um surto ou um acontecimento de saúde pública
3. Descrever o que possa estar a acontecer
4. Planear conduzir uma resposta
5. Analisar os resultados da investigação para determinar o que causou o surto ou o acontecimento
6. Preparar um relatório de surto

Ao concluir este módulo, pode consultar as directrizes específicas da doença na Secção 9 das Directrizes Técnicas, na página 229. Repare que cada directriz específica da doença inclui informações específicas sobre a colheita e manuseamento de amostras laboratoriais para a confirmação de suspeitas de casos.

O seu facilitador irá apresentar a finalidade de investigar um relato de um surto ou outro acontecimento de saúde pública. Também pode ler estas informações nas páginas 109 a 111 das Directrizes Técnicas.

O seu facilitador irá também apresentar informações sobre o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005 e o instrumento de decisão do RSI. Isto incluirá a página 75, no Anexo 2C de uma secção anterior.



Exercício 1

Neste exercício, vai ler informações sobre um surto e os passos que foram tomados para o investigar. Responda às perguntas que se seguem a cada uma das partes do estudo de caso. O seu facilitador poderá sugerir que os participantes façam este exercício em pares ou em pequenos grupos de 3 a 4 pessoas. No final do estudo de caso, haverá um debate de grupo.

* * * *

Surto de uma doença desconhecida no Distrito de Shotolu, Nizata

A 4 de Setembro de 2008, o Representante Médico Distrital (RMD) do Distrito de Shotolu recebeu um relato de um surto de uma doença desconhecida que tinha afectado as aldeias de Gonu e Mizasha no Distrito. Os doentes apresentaram-se com um início súbito de febre, dores de cabeça, arrepios, fraqueza e inchaço nas virilhas. Outros apresentaram-se com tosse e expectoração com sangue. Houve relatos de que dois adultos já tinham morrido devido a este conjunto de sintomas.

1. O RMD suspeitou de peste. Que acção deve adoptar agora?

2. O que é a peste?

3. Este surto deve ser relatado ao nível nacional do Ministério da Saúde?

4. Este surto deve ser notificado ao ponto focal do RSI ao nível nacional?

1. O RMD comparou as informações de que dispunha com o instrumento de decisão do RSI (ver o Anexo 2C, na página 75 das Directrizes Técnicas). Como deverá o RMD responder às seguintes perguntas:

5A: O impacto do acontecimento na saúde pública é grave?

5B: O acontecimento é pouco habitual ou inesperado?

5C: Há um risco significativo de propagação internacional?

5D: Há um risco significativo de restrições às deslocações ou ao comércio internacionais?

5E: O Representante Médico Distrital deve notificar o ponto focal de RSI?



Exercício 2

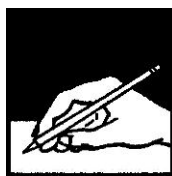
Continuação do estudo de caso do Distrito de Shotolu

Neste exercício, irá praticar encontrar recomendações para a confirmação laboratorial deste surto. Consulte as directrizes específicas para a confirmação laboratorial de peste, com início na página 33 das Directrizes Técnicas.

1. Como é que o RMD verifica a existência de um surto de peste?
2. Quais as amostras que deviam ser colhidas para confirmação laboratorial?
3. Quando devem ser colhidas as amostras?
4. No seu sistema de saúde, para onde enviaria amostras de peste para confirmação?

5. Que informações deveriam acompanhar as amostras?

6. O seu distrito mantém consumíveis para a colheita, embalagem e envio de amostras de peste?
Por exemplo, a sua equipa tem uma reserva fiável de meio de transporte Cary Blair?



Exercício 3

Continuação do estudo de caso do Distrito de Shotolu

Neste exercício, irá analisar dados sobre o surto no Distrito de Shotolu. O RMD desenvolveu um resumo da informação sobre os casos e mortes que ocorreram durante o surto. Analise o quadro seguinte e, em seguida, responda às perguntas que se lhe seguem.

Quadro 4.16: Surto de peste em Shotolu, Nizata, de 1 a 14 de Setembro de 2008

Data	Casos	Mortes
01-09-08	2	1
02-09-08	2	1
03-09-08	8	0
04-09-08	4	0
05-09-08	5	0
06-09-08	3	0
07-09-08	0	0
08-09-08	1	0
09-09-08	4	0
10-09-08	2	0
11-09-08	5	0
12-09-08	5	0
13-09-08	5	0
14-09-08	2	0
Total	48	2

1. Desenhe um gráfico linear para mostrar a epidemia de peste em Shotolu utilizando os dados fornecidos no Quadro 4.1. Utilize o espaço fornecido abaixo para desenhar o seu gráfico. Se houver papel milimétrico, ou computadores, pode escolher utilizá-los para criar o seu gráfico.

Gráfico linear: Surto de peste em Shotulo – 2008

2. Analise o gráfico que criou na Pergunta 1. Descreva aquilo que o gráfico mostra, começando com o início do primeiro caso.

3. Qual foi a **taxa de mortalidade dos casos** nos primeiros 2 dias?

4. Qual foi a **taxa global de mortalidade dos casos** para o surto?

5. Por que acha que há uma diferença entre os dois períodos?

A equipa distrital de resposta rápida também resumiu os casos de peste por localidade e por sexo, conforme observado no Quadro 4.2.

Quadro 4.17: Distribuição de casos por aldeia e por sexo no Distrito de Shotolu

Aldeia	População em risco	Casos de peste		Total de casos	* Taxa de ataque por 100 000
		Sexo masculino	Sexo feminino		
Gonu	30 000	12	7	19	
Mizasha	20 000	12	3	15	
Wandali	40 000	4	9	13	
Makamekwe	10 000	0	1	1	
Total	100 000	28	20	48	

6. Calcule a Taxa de Ataque (taxa de incidência) para cada aldeia do Distrito de Shotolu. Registe a sua resposta na coluna em branco do Quadro 4.2.

* **Taxas de ataque** = número total de casos ÷ população total em risco de contrair a doença X 100 000

7. A doença afectou indivíduos do sexo masculino e feminino da mesma forma? (Presumir que a proporção entre indivíduos do sexo masculino e feminino na população em geral é de 1:1)

8. O Quadro 4.3 mostra a distribuição dos casos por grupo etário. Também apresenta a população em risco nessas categorias. O RMD conseguiu comparar as taxas de ataque entre os diferentes grupos etários. Que grupos etários foram **mais** afectados pela peste?

Quadro 4.18: Distribuição dos casos por idade

Grupo etário (anos)	População em risco	Número de casos	Taxa de ataque por 100 000 habitantes
0-4	20 000	14	
5-9	15 000	13	
10-14	15 000	11	
15-19	10 000	6	
Mais de 20	40 000	4	



Exercício 4

Neste exercício, irá utilizar as informações disponíveis para caracterizar o surto e identificar as acções de resposta.

* * * *

1. Com base nas suas respostas às perguntas anteriores, o que acha que colocou cada um dos grupos, em particular, em risco de contrair a doença em Shotolu?

1A: Quais acha que são os diferentes riscos para os indivíduos do sexo masculino em comparação com o sexo feminino?

1B: E os diferentes grupos etários?

2. Consulte a Secção 9 das Directrizes Técnicas e decida quais as recomendações para controlar este surto em cada uma das seguintes áreas:

A. Gestão de casos:

B. Relato de casos:

C. Acções comunitárias:



Exercício 5

Neste exercício, terá outra oportunidade para praticar os passos de investigação de um surto. Trabalhe com um colega ou com um pequeno grupo de 3 a 4 participantes para concluir este segundo estudo de caso. Quando tiver concluído o exercício, o seu facilitador irá dar-lhe feedback sobre o seu progresso. Ao fazer este exercício, consulte as directrizes específicas da doença para a Febre do Vale do Rift, na página 337 das Directrizes Técnicas.

* * * *

Estudo de caso: Surto de doença de febre hemorrágica no Distrito de Buran

No início de Dezembro de 2006, o Representante Médico Distrital do Distrito de Saúde de Buran na Província Oriental relatou ao Ministério da Saúde várias mortes inexplicadas associadas a febre e a hemorragia generalizada. Até 20 de Dezembro, vários casos foram internados no hospital, apresentando-se com febre alta, cefaleias, vómitos com sangue, dor abdominal, icterícia e morte súbita. Os mais afectados foram os pastores jovens em contacto com cabras, ovelhas e vacas doentes. Os representantes locais de saúde veterinária também comunicaram taxas elevadas de aborto espontâneo e morte no gado doméstico

A comunidade vive numa área seca, em que os pastores se ausentam da aldeia durante períodos prolongados. Quando a área fica inundada, as estradas muitas vezes transformam-se em rios ou ficam fortemente esburacadas devido às chuvas, e a aldeia torna-se difícil de alcançar. O RMD suspeitou de um surto de Febre do Vale de Rift (FVR) com base no surto anterior que ocorreu em Dezembro de 1997, após as inundações massivas causadas pelo El Niño. Também foi documentada a presença do mosquito *Aedes* na aldeia. Portanto, o RDM enviou definições de caso aos serviços de saúde do distrito.

1. Como se transmite a FVR?

2. Em que consiste uma definição de suspeita de caso para a Febre do Vale de Rift (FVR)?

3. Em que consiste uma definição de caso confirmado para a FVR?

4. Que acção deveria ser adoptada pelo Representante Médico Distrital?

5. O Ministério da Saúde enviou subsequentemente uma Equipa de Resposta Rápida para investigar o surto. Que peritos poderiam ser incluídos na equipa de investigação inicial?

6. O que deveria a Equipa de Resposta Rápida fazer no terreno?

7. Que instrumentos a equipa deve levar para o terreno?

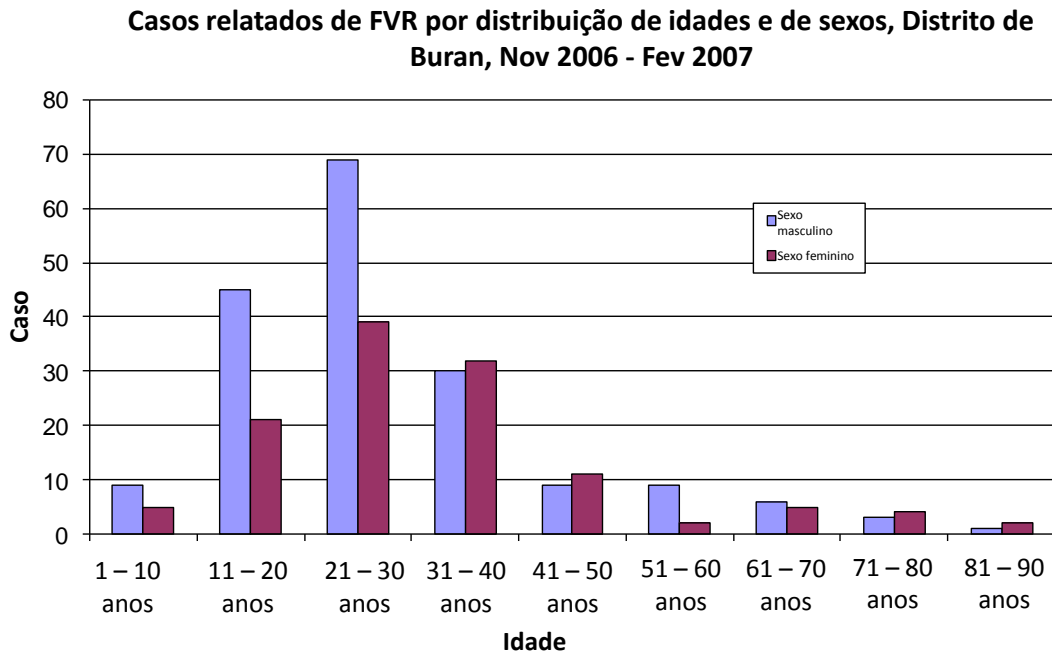
8. A equipa recolheu amostras para testar utilizando Reacção em Cadeia da Polimerase (PCR).
Que tipo de amostras laboratoriais devem ser colhidas para confirmar a doença?

9. Qual é o tipo de amostra?

10. Como serão transportadas?

11. Que laboratório no seu sistema de saúde irá auxiliar com o manuseamento, envio, conservação e processamento seguros desta amostra?

Figura 1



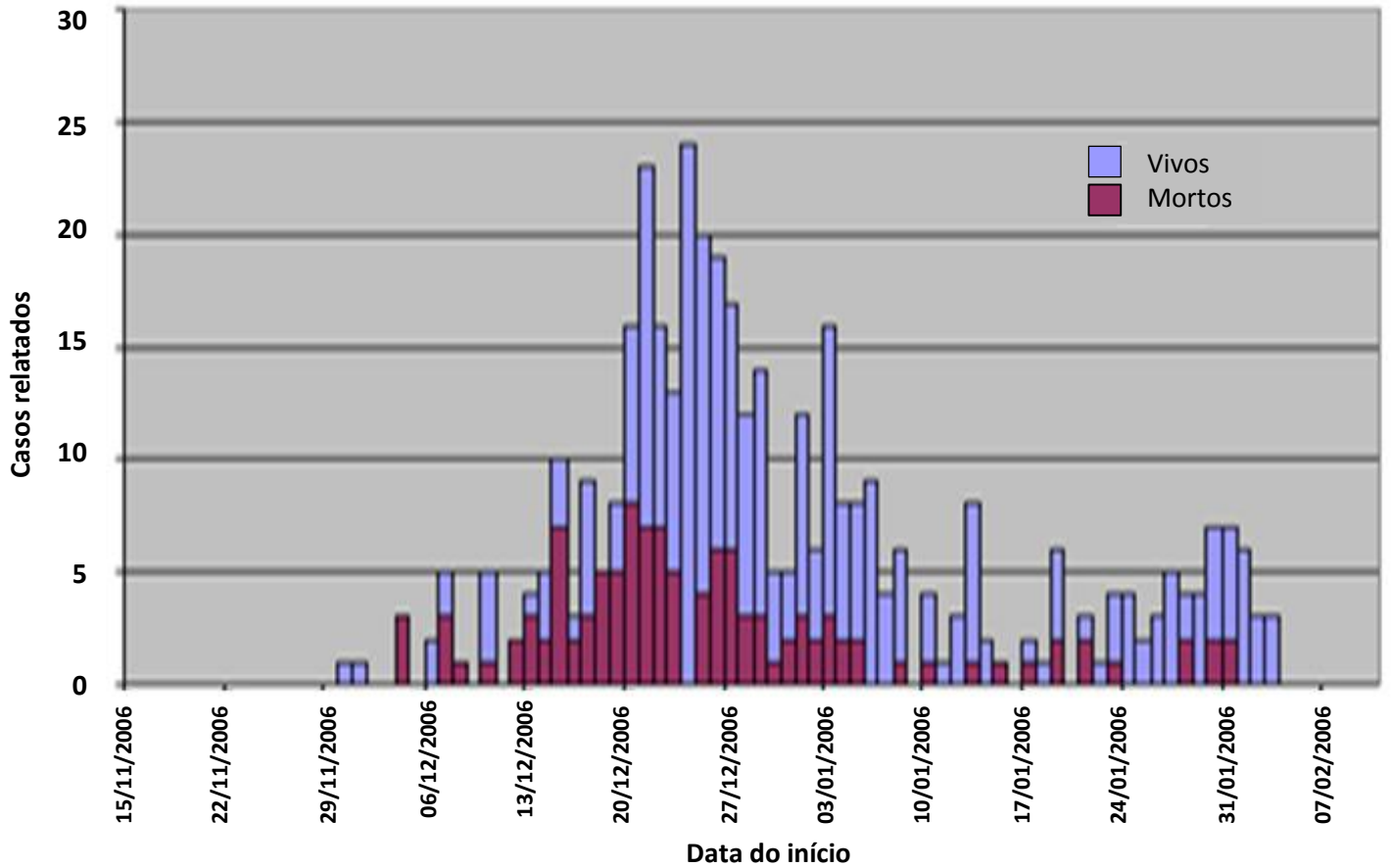
12. Com base nos seus conhecimentos de FRV e as informações fornecidas na Figura 1, por que acha que determinadas categorias de pessoas foram as mais afectadas?

Durante a investigação, recebeu mais informações sobre o surto. Dois terços dos 66 doentes que deram informações sobre os potenciais factores de risco comunicaram ser donos de um animal que ficou doente recentemente. Os factores de risco para FVR relatados com maior frequência nas 2 semanas anteriores ao início da doença foram beber leite não fervido (cru) (72%); viver a 100 metros de uma área inundada (70%); ter um animal doente (67%); beber leite de um animal doente (59%); trabalhar como pastor (50%); ter um animal morto num rebanho (50%); e abater um animal (42%). Cerca de 9% dos doentes comunicaram o contacto próximo com outro membro da casa que estava doente com FVR.

13. Quais são as mensagens principais para reduzir a transmissão da doença na comunidade?

14. Qual seria a forma mais apropriada de comunicar informações de saúde a esta comunidade nómada?

**Figura 2: Distribuição de casos ao longo do tempo no Distrito de Buran,
Nov 2006 - Janeiro 2007.**



15. O gráfico da figura 2 é uma curva de epidemia do surto de FVR em Buran. Uma curva de epidemia descreve a distribuição dos casos ao longo do tempo. Descreva o que vê nesta curva de epidemia.

A proibição de abate de animais foi anunciada pelo Ministério da Agricultura e Pecuária a 27 de Dezembro de 2006. A vacinação de vacas e cabras começou a 7 de Janeiro de 2007. O Ministério também proibiu o movimento de gado das áreas infectadas.

16. Insira setas na figura 2, indicando quando o Ministério da Agricultura e Pecuária anunciou a proibição de movimentação do gado e quando teve início a vacinação do gado.

17. Na sua opinião, a proibição de abate de animais e o início da vacinação do gado foram eficazes em interromper a transmissão de FVR? Explique a sua resposta consultando a figura 2.



Exercício 6

Neste estudo de caso, irá praticar avaliar um surto e obter informações para utilizar num relatório. Analise este estudo de caso sobre um surto de sarampo e, em seguida, responda às perguntas sobre os resultados da resposta ao surto.

* * * *

Surto de sarampo em Onori

Dados demográficos:

Onori é um arquipélago que consiste em 10 ilhas. Fica a cerca de 500 km da costa de Galen, um país de África. Tem uma população de 430 000 habitantes, 65% dos quais vivem nas duas maiores ilhas do arquipélago.

A maioria das pessoas de Onori emigra para outros países por motivos económicos. Na verdade, a principal receita do país é obtida a partir do dinheiro que os habitantes de Onori que vivem e trabalham fora enviam para casa.

Apenas 10% das necessidades alimentares do país são produzidas localmente e a taxa de alfabetismo dos adultos está estimada em 80%.

Serviços de Saúde

Os Serviços de Saúde são prestados através de entidades governamentais e privadas. Há 2 hospitais centrais, 3 hospitais regionais, 18 centros de saúde, 20 dispensários e 87 centros de cuidados de saúde primários. A proporção de médicos-doentes é de 1:2500, enquanto a proporção de enfermeiros-doentes é de 1:1500. Onori tem estado livre de sarampo há vários anos. A eliminação do sarampo é o objectivo dos Serviços de Saúde de Onori. A meta da OMS para a eliminação do sarampo é 2020.

O surto

Relato

A 16 de Agosto de 2008 começou um surto de sarampo em Onori. Ao longo do período do surto, registou-se um total de 44 casos. Os primeiros casos foram registados em VICTA, a capital da maior ilha do arquipélago de Onori. Ao analisar o registo institucional de doentes em ambulatório e o registo de internamentos no Hospital Central de Onori a 17 de Agosto de 2008, um membro da equipa STOP pólio ficou impressionado com a manutenção de registos no Hospital. Reparou que, no registo de internamentos da Unidade de Isolamento Pediátrico, tinha sido registado um caso de “suspeita de sarampo”; no entanto, não encontrou quaisquer registos de casos de paralisia flácida aguda. Submeteu devidamente um relato de vigilância de PFA com zero casos ao Epidemiologista dos Serviços de Saúde de Onori para a semana que terminou a 19 de Agosto de 2008. Não relatou a “suspeita de sarampo” porque a sua missão se relacionava apenas com as actividades da equipa STOP.

Confirmar o diagnóstico

A suspeita de caso confirmou-se posteriormente ser de sarampo, no laboratório, através da detecção de anticorpos IgM anti-sarampo.

O programa EPI em Onori

A cobertura EPI de rotina (< 1 ano) em Onori baixou de 79,4% em 2004 para 76,7% em 2005 e para 69,6% em 2007. Os factores responsáveis por esta diminuição não foram imediatamente conhecidos.

Vigilância da doença em Onori

O reforço de capacidade de recursos humanos para a Vigilância de PFA em Onori foi efectuado em 2004 e em 2007 para pessoal de vigilância nacional. Em Agosto e em Setembro de 2008, quando se detectaram os primeiros casos de sarampo nos hospitais, o Epidemiologista de Onori

enviou um relatório por fax à OMS indicando “Não há casos de sarampo” e “Não há casos de PFA”, uma vez que não tinha recebido o relato de caso de sarampo do membro da equipa STOP.

* * * *

Após um rumor de suspeita de surto de sarampo, foi enviado um epidemiologista para investigar o surto e resumiu os achados conforme mostrado no Quadro 4.4

Quadro 4.19: Lista linear – Surto de sarampo no Arquipélago de Onori

N.º do registo	Nome	Comunidade	Sexo	Idade	Sem. internam.	Estado de vacinação	Análise laboratorial IgM+	Resultado
1	GK	Osinya	F	11 meses	1	Não	+Ve	Morto
2	PG	Osinya	M	8 anos	1	Não	+Ve	Vivo
3	JK	Osinya	M	3 anos	2	Não	+Ve	Vivo
4	WL	Osinya	F	38 anos	2	Não	+Ve	Vivo
5	WW	Osinya	F	4 anos	3	Não	+Ve	Vivo
6	OM	Osinya	M	2 anos	3	Sim	+Ve	Morto
7	SO	Osinya	F	2,5 anos	4	Não	+Ve	Vivo
8	OD	Osinya	F	6 anos	2	Sim	+Ve	Vivo
9	ER	Osinya	F	4 anos	5	Sim	+Ve	Vivo
10	DS	Osinya	M	1 ano	6	Não	+Ve	Vivo
11	LK	Osinya	M	4 anos	6	Sim	+Ve	Vivo
12	RE	Osinya	M	2 anos	6	Não	+Ve	Vivo
13	LO	Osinya	M	6 anos	7	Não	+Ve	Vivo
14	KO	Salama	F	15 anos	7	Sim	-	Vivo
15	PO	Osinya	M	4 anos	7	Sim	+Ve	Vivo
16	DE	Osinya	F	7 anos	7	Não	+Ve	Vivo
17	GS	Osinya	F	8 anos	7	Sim	+Ve	Vivo
18	FK	Salama	F	2 anos	7	Não	+Ve	Morto
19	NU	Salama	M	37 anos	8	Não	+Ve	Vivo

N.º do registo	Nome	Comunidade	Sexo	Idade	Sem. internam.	Estado de vacinação	Análise laboratorial IgM+	Resultado
20	PQ	Osinya	F	3,5 anos	8	Sim	+Ve	Morto
21	KS	Salama	M	7 anos	8	Não	+Ve	Vivo
22	KA	Salama	F	5 anos	8	Sim	+Ve	Morto
23	NK	Salama	F	5 anos	8	Não	+Ve	Vivo
24	HD	Salama	M	6 anos	8	Não	+Ve	Vivo
25	XE	Vicente	M	1 ano	8	Não	+Ve	Vivo
26	MA	Salama	M	7 anos	8	Não	+Ve	Morto
27	ER	Vicente	F	5 anos	8	Sim	+Ve	Morto
28	BN	Vicente	M	9 anos	8	Não	+Ve	Vivo
29	MZ	Salama	F	8 anos	9	Sim	+Ve	Vivo
30	MX	Vicente	M	12 anos	9	Não	+Ve	Vivo
31	BD	Vicente	F	11 anos	9	Não	+Ve	Vivo
32	AW	Cruz	F	9,5 anos	9	Sim	+Ve	Morto
33	QA	Tarime	M	12,5 anos	9	Não	+Ve	Vivo
34	WE	Cruz	M	10 anos	9	Não	+Ve	Vivo
35	DC	Tarime	F	14 anos	9	Não	+Ve	Vivo
36	BT	Cruz	M	3 anos	10	Não	-	Vivo
37	NX	Tarime	M	19 anos	10	Não	+Ve	Vivo
38	MZ	Cal	F	18 anos	10	Sim	+Ve	Vivo
39	NX	Cal	F	30 anos	11	Não	+Ve	Vivo
40	POO	Cata	M	34 anos	11	Não	+Ve	Vivo
41	HDS	Cata	F	33 anos	11	Não	-	Vivo
42	SER	Domingo	M	5 anos	12	Não	-	Vivo
43	MJT	Kigumo	M	38 anos	12	Sim	+Ve	Vivo
44	JSD	Mina	F	2 anos	13	Não	-	Morto

1. Utilizando as informações fornecidas na lista linear (Quadro 4.4) do surto de sarampo em Onori, preencha o número de casos, casos cumulativos e proporção de casos cumulativos neste quadro.

Quadro 4.20: Número de casos de sarampo relatados em Onori por idade, Agosto de 2008

Grupo etário (anos)	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 34	Mais de 35
N.º de casos	1	14	15	5				
N.º de casos cumulativo	1	15	30	35				
Proporção de casos cumulativos (%)								

2. Utilizando os dados do quadro abaixo, desenhe um gráfico que mostre o número de casos de sarampo relatados por semana desde o início do surto (o início da epidemia é considerado como sendo a semana 1). Utilize o espaço fornecido abaixo para desenhar o seu gráfico.

Quadro 4.21: Número de casos por semana de internamento, Agosto de 2008

Semana da epidemia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
N.º de casos	2	1	3	2	1	3	6	10	7	3	3	2	1

Gráfico linear: Número de casos de sarampo em Onori por semana – Agosto de 2008

3. Descreva o que vê no gráfico.

4. Calcule a taxa de incidência (ataque) de sarampo por comunidade, preenchendo o Quadro 4.7.

Quadro 4.22: Distribuição dos casos de sarampo por comunidade em Onori

Comunidade	População	Número de casos	Taxa de incidência Por 100 000 habitantes
Osinya	121212	17	
Salama	12769	9	
Vicente	81799	5	
Cruz	26667	3	
Tarime	12121	3	
Cata	45866	2	
Domingo	9696	1	
Kigumo	3736	1	
Mina	8767	1	
Baraka	18181	2	
Total	340814	44	

*Calcule a taxa de incidência (taxa de ataque) dividindo o número de casos pela população em risco e multiplicando por um factor, como por exemplo 100 000. Neste caso presumimos que toda a população se encontra em risco de contrair sarampo.

5. Preencha o Quadro 4.8 calculando e registrando a Taxa de mortalidade de Casos (TMC) para as restantes comunidades. A TMC é a proporção de casos fatais (ou seja, a percentagem de casos que morreram)

Quadro 4.23: Taxa de mortalidade de casos para o surto de sarampo de Onori

Comunidade	Ilha	População	N.º de casos	Mortalidade	Taxa de mortalidade de casos (%)
Osinya	A	121212	17	2	11,8
Domingo	A	9696	1	0	
Cruz	A	26667	3	1	
Tarime	A	12121	3	0	
Baraka	A	18181	2	0	
Cata	A	45866	2	0	
Salama	B	12769	9	4	44,4
Kigumo	C	3736	1	0	
Vicente	M	81799	5	1	
Mina	E	8767	1	1	
Total		340814	44	9	20,5

6. Qual é a definição de vigilância de casos de sarampo ou de uma morte por sarampo?

7. Qual das ilhas tem a taxa de mortalidade de casos (TMC) mais elevada?

8. Quais poderiam ser os possíveis factores subjacentes responsáveis por uma TMC elevada?

9. Os casos de epidemia de sarampo foram resumidos por grupo etário e estado de vacinação para caracterizar melhor a epidemia. Os detalhes são apresentados no Quadro 4.9. Calcule a proporção de casos por grupo etário e por estado de vacinação, conforme apresentado no quadro.

Quadro 4.24: Distribuição de casos por idade e por estado de vacinação

Grupo etário	Vacinado		Não vacinado		Total
	#	%	#	%	
< 5 anos	5		10		15
5 anos ou mais	9		20		29
Total	14		30		44

10. Quais acha que serão as possíveis causas desta epidemia?

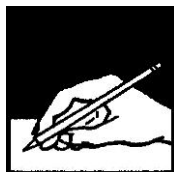
11. Considerando as suas respostas às perguntas até agora, sobre esta epidemia, quais são as suas opiniões informadas sobre o seguinte?

11A: Intervalo temporal entre o início do surto e a campanha.

11B: A selecção das ilhas assinaladas para a campanha inicial.

11C: O grupo etário assinalado para a imunização em massa.

12. Quais são alguns dos desafios enfrentados pela Vigilância de Doenças em Onori?



Exercício 7

A finalidade deste exercício consiste em praticar o preenchimento de um relato de surto distrital calculando os indicadores e chegando a conclusões sobre a resposta. Primeiro, leia o seguinte Relato de Surto Distrital que descreve um surto de Chikungunya. Leia as primeiras quatro partes: Resumo executivo, Introdução, Métodos e Resultados. Num relatório real, teria escrito estas secções você mesmo. Depois, na Parte IV, utilize as informações do relatório para calcular os indicadores relativos ao momento atempado e à qualidade da detecção, investigação e resposta ao surto. Debata as partes V, VI e VII (as secções de avaliação e recomendação) com um pequeno grupo.

Pode encontrar-se um impresso de Relato de Surto Distrital em branco na secção 7A da página 191 das Directrizes Técnicas.

Relato de surto distrital

Surto de Chikungunya

Título/Descrição (incluir a doença / quadro clínico investigados)	
12 Agosto - 15 Setembro de 2007	Aldeia de Touli, Distrito de Faroush
Período	Local (Aldeias, Bairros, Distrito, Província)

Resumo executivo:

A 12 de Agosto de 2007, chegou um rumor de suspeita de Chikungunya aos serviços de saúde próximos da aldeia de Touli. A 13 de Agosto, foram admitidos 4 casos de suspeita de Chikungunya nos serviços de saúde. A doença foi confirmada laboratorialmente a 16 de Agosto. Subsequentemente, a Comissão Distrital de Gestão de Saúde Pública foi alertada a 17 de Agosto e a Equipa de Resposta Rápida foi enviada a Touli a 20 de Agosto. A equipa começou imediatamente a procura activa de casos e a gestão de casos. As actividades de controlo dos

vectores foram iniciadas a 25 de Agosto e não houve relatos de suspeita de novos casos de Chikungunya após 15 de Setembro.

I. Introdução:

A 12 de Agosto de 2007, chegou um rumor de suspeita de Chikungunya aos serviços de saúde próximo da aldeia de Touli. A 13 de Agosto, foram admitidos 4 casos de suspeita de Chikungunya nos serviços de saúde próximo de Touli. Os serviços de saúde comunicaram imediatamente as suspeitas de casos ao RMD pelo telefone. Foram colhidas amostras de sangue e enviadas ao laboratório distrital. Os resultados de confirmação foram recebidos no prazo de 72 horas, mostrando que as amostras eram positivas para Chikungunya. O pessoal dos serviços de saúde recebeu formação sobre a forma de gerir suspeitas de casos de Chikungunya e disponibilizaram-se os protocolos nos departamentos de doentes em ambulatório e internados. À medida que os casos chegaram aos serviços de saúde, a equipa de saúde conseguiu tratar os doentes aliviando a dor destes com medicamentos apropriados, que existiam em quantidade adequada. Cada caso foi registado num impresso de lista linear. A 16 de Agosto, os serviços de saúde comunicaram a confirmação ao RMD, que relatou imediatamente a confirmação ao nível nacional. Também alertou outros serviços de saúde vizinhos para iniciarem uma vigilância activa de casos de Chikungunya. A Comissão Distrital de Gestão de Saúde Pública foi alertada sobre as suspeitas de casos durante a sua reunião semanal a 17 de Agosto. A equipa de investigação chegou a Touli a 20 de Agosto e iniciou uma busca activa de casos e a gestão de casos. A equipa verificou que os casos viviam junto de uma barragem construída ilegalmente para água de irrigação, que estava a bloquear o rio local. A área tinha-se tornado numa zona de reprodução para mosquitos. A Equipa de Resposta Rápida iniciou a intervenção de controlo de vectores a 25 de Agosto. No mesmo dia, a comunidade foi informada de como se propagava Chikungunya e de como se podia proteger dos mosquitos. Por último, a ERR contactou os serviços de saúde para actualizar a equipa sobre o estado actual dos casos e dos factores de risco em Touli. Ao longo do período do surto (12 de Agosto a 15 de Setembro), confirmaram-se 45 casos sem mortes. O relatório final do surto foi concluído a 20 de Setembro e enviado ao nível nacional.

II. Métodos:

A investigação decorreu de 20 a 25 de Agosto, na aldeia de Touli, no distrito de Faroush. A equipa de investigação fez a pesquisa de contactos e mapeou a localização dos casos. A equipa verificou que os casos viviam junto a uma barragem ilegal, que estava a impedir o rio de correr. A área tinha-se tornado numa zona de reprodução para mosquitos. A equipa de investigação tratou os casos imediatamente. Foram colhidas amostras de sangue de cada caso e enviadas ao laboratório distrital. A 25 de Agosto, teve início uma intervenção de controlo de mosquitos.

III. Resultados:

A primeira suspeita de caso foi relatada a partir da aldeia de Touli, a 12 de Agosto. O primeiro caso observado em serviços de saúde chegou de Touli, a 13 de Agosto. A busca de casos na aldeia identificou 14 casos adicionais de Chikungunya. Os resultados laboratoriais confirmaram que todos os casos eram de Chikungunya. Os casos foram agrupados em redor de uma barragem ilegal na aldeia de Touli e os mais afectados foram as crianças com menos de 5 anos. Os esforços de controlo de mosquitos, iniciados pela comissão distrital de gestão de epidemias, reduziu a população de mosquitos e resultou num declínio de casos ao longo de um período de uma semana.

IV. Auto-avaliação do momento atempado e da qualidade da preparação, detecção de surtos, investigação e resposta

Preparação para epidemias

Indicador	Sim	Não
Estavam disponíveis os medicamentos e consumíveis médicos disponíveis no início do surto?		
Os protocolos de tratamento estavam disponíveis para os profissionais de saúde?		
A comissão distrital de gestão de epidemias reúne-se regularmente como parte da preparação para epidemias?		

Detecção de surtos

Indicador	Data 1	Data 2	Intervalo
Intervalo entre o começo do caso inicial (ou ocorrência de um agrupamento pouco habitual ao nível da comunidade) [data 1] e a chegada do primeiro caso do surto aos serviços de saúde [data 2] (Meta: < 3 dias)			
Intervalo entre o caso inicial do surto observado nos serviços de saúde (ou data em que foi ultrapassado o limiar do surto nos serviços de saúde) [data 1] e o relato à equipa distrital de saúde [data 2] (Meta: no prazo de 24 horas)			
Intervalo cumulativo entre o começo do caso inicial (ou ocorrência de um agrupamento pouco habitual ao nível da comunidade ou dos serviços de saúde) [data 1] e notificação ao distrito [data 2] (Meta: < 7 dias)			

Investigação do surto

Indicador	Sim	Não
Preencheram-se impressos de casos e listas lineares?		
Colheram-se amostras laboratoriais (se necessário)?		

Indicador	Data 1	Data 2	Intervalo
Intervalo entre a notificação ao distrito [data 1] e a realização da investigação distrital no terreno [data 2] (Meta: no prazo de 48 horas)			
Intervalo entre o envio das amostras para o laboratório [data 1] e a receção dos resultados pelo distrito [data 2] (Meta: 3-7 dias, dependendo do tipo de teste)			

Resposta ao surto:

Indicador	Data 1	Data 2	Intervalo
Intervalo entre a notificação do surto ao distrito [data 1] e a resposta concreta pelo distrito [data 2] (Meta: no prazo de 48 horas após a notificação)			

Avaliação e feedback:

Indicador	Data 1	Data 2	Intervalo
Intervalo entre o final do surto [data 1] e a finalização do relato de surto com os impressos de caso/lista linear enviados ao nível nacional [data 2] (Meta: 2 semanas)			

Indicador	Sim	Não
A comissão de gestão de surtos reuniu-se para analisar os resultados da investigação?		
Deu-se feedback aos serviços de saúde e à comunidade?		

V. Avaliação de outros aspectos da resposta

VI. Interpretações, debate e conclusões

Quais as informações em falta que o poderiam ajudar a preencher este impresso?

VII. Acções recomendadas de saúde pública:

- **Nível da comunidade:**

- **Serviços de saúde:**

- **Distrito:**

- **Província:**

Pontos a recordar:

1. Compreender os limiares de alerta irá ajudá-lo a saber quando investigar um surto.
2. Documentar todos os rumores, relatos e informação verificada sobre um surto.
3. Formar uma equipa de investigação do surto e considerar toda a logística que irá ser necessária para esta poder fazer o seu trabalho, ou seja, quais os veículos que podem utilizar, quais os recursos que estão à sua disposição de combustível, alimentos, etc. Quem irá a equipa contactar no local do surto?
4. Analisar os resultados das investigações para determinar o que causou o surto ou acontecimento e decidir se há alguma acção imediata que possa diminuir a gravidade do efeito.
5. Preparar um relatório de surto a submeter ao Nível Nacional.



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADAS À DOENÇA

CURSO DE FORMAÇÃO A NÍVEL DISTRITAL | Módulo 5



Preparar-se Para Responder aos
Surto e a Outros Acontecimentos
de Saúde Pública

Julho de 2011

Organização Mundial de Saúde

Escritório Regional para África (AFRO)

Vigilância Integrada da Doença e Resposta

Curso de Formação a Nível Distrital

Módulo 5

Preparar-se para responder aos surtos e a outros acontecimentos de saúde pública

Julho de 2011

Os módulos que constituem o Curso de Formação ao Nível Distrital de Vigilância Integrada da Doença e Resposta foram preparados pelo Escritório para África (AFRO) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), com o apoio do Escritório de África da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development – USAID). Ainda que o conteúdo do presente curso esteja no domínio público e possa ser utilizado e reproduzido sem autorização, queira consultar a citação sugerida: WHO-AFRO & CDC (2010). *Integrated Disease Surveillance and District Level Training Course, Module 5: Prepare to Respond to outbreaks and other public health events*. Brazzaville, República do Congo e Atlanta, EUA.

Introdução

Uma emergência de saúde pública como, por exemplo, um surto agudo ou um acontecimento de saúde pública, pede uma resposta imediata. Estar preparado para detectar e responder a um acontecimento deste tipo é um papel essencial do distrito.

Este módulo descreve os passos para organizar actividades de preparação no distrito. As actividades de preparação devem ter lugar ao longo de todo o sistema de saúde e podem ser orientadas por um plano de preparação nacional. O plano deve abordar os papéis e as responsabilidades de uma Comissão de Gestão de Emergências de Saúde Pública e Equipas de Resposta Rápida a Emergências aos níveis nacional, regional, distrital, estadual ou da província. As directrizes de preparação nacional são seguidas ao nível distrital para desenvolver planos de contingência e outras actividades de preparação.

* * * *

Este módulo irá descrever e permitir-lhe praticar as seguintes competências:

1. Identificar as funções da comissão de gestão de emergências
2. Definir os papéis e as responsabilidades de uma equipa distrital de resposta rápida
3. Descrever o conteúdo de um plano de preparação e resposta a uma epidemia
4. Identificar os passos para definir os stocks de contingência
5. Explicar a importância dos passos envolvidos no mapeamento de risco para acontecimentos de saúde pública

1.0 Organizar uma resposta de saúde pública

Comissão de Gestão de Emergências de Saúde Pública: As comissões de gestão de emergências de saúde pública (CGESP) ao nível distrital trabalham em estreita colaboração com as suas congéneres aos níveis regional e nacional para planear e monitorizar a implementação de planos de emergência de saúde pública. As CGESP são comissões coordenadoras compostas por membros técnicos e não técnicos, da saúde e de outros sectores. O papel da CGESP consiste em desenvolver e supervisionar a implementação de estratégias de preparação de emergências, planos de acção e procedimentos.

Equipa de resposta rápida: Uma Equipa de Resposta Rápida é uma equipa técnica, multidisciplinar, que está prontamente disponível para a mobilização e deslocação rápidas em caso de emergências.



Exercício 1

Estudo de caso: Surto de uma Febre Hemorrágica Viral

Neste exercício, irá identificar os papéis e responsabilidades de uma equipa de investigação de surtos. Leia a história do caso e, em seguida, responda às perguntas que se seguem no final do caso.

* * * * *

Wilaya é um distrito num dos países da África central. Tem uma população de 469 700 habitantes (censo de 2007). Devido à insegurança da área, 60% das pessoas no distrito encontram-se internamente deslocadas. Ou seja, vivem em aldeias protegidas.

A 8 de Outubro de 2010, foi relatado ao Ministério da Saúde um surto de uma doença pouco habitual no Distrito de Wilaya. Este foi relatado quer pelo superintendente médico do hospital de Sarafu quer pelo director distrital interino dos serviços de saúde, do distrito de Wilaya. O foco do surto foi relatado como sendo predominantemente em Kijiji, uma aldeia remota a norte do município de Wilaya.

A doença caracterizava-se pelo início agudo de febre, dores musculares intensas, hemorragia por múltiplos orifícios (nariz, boca, ânus e vagina) e morte.

Na altura do relato, mais de 10 pessoas, incluindo 2 alunos, tinham morrido devido a sintomas relacionados com FHV.

Devido à urgência, o Ministério da Saúde aconselhou a representação distrital a enviar imediatamente uma equipa ao terreno para investigar o surto e fazer a ligação com a administração local, estabelecendo uma comissão de coordenação local.

* * * * *

1. Quem é que a representação distrital do Ministério da Saúde deveria enviar ao campo para investigar?

2. Quais irão ser os respectivos papéis?

3. Quem deve ser incluído como membro da comissão coordenadora?

4. Quais irão ser os respectivos papéis?



Exercício 2

Estudo de caso: Contaminação da água

As cheias recentes fizeram com que seja impossível chegar ao distrito de Andu. Todas as comunicações rodoviárias com a capital foram cortadas. No sábado, após uma chuvada intensa, um tanque de combustível deslizou e atascou no rio Ndoza, derramando 10 toneladas de benzeno. O benzeno é um produto químico que se sabe causar cancro e outros problemas de saúde. O rio é a única fonte principal de água e peixe para três cidades do distrito de Andu. Depois de ouvir os relatos na rádio local, a Directora de Serviços Médicos solicitou à representação distrital do Ministério da Saúde que enviasse uma equipa para avaliar a situação e para lhe fazer prontamente um relato.

* * * *

1. Qual deve ser a finalidade desta investigação?

2. Para além da representação distrital do Ministério da Saúde, quem mais deveria fazer parte desta equipa?

3. Quais são os principais objectivos desta equipa?

4. Quais são as possíveis mensagens para as comunidades circundantes?

2.0 Preparar um plano de preparação e resposta a epidemias

O seu facilitador irá apresentar informações sobre a finalidade e principais funções de um plano de preparação e resposta a epidemias.

Também podem encontrar-se estas informações nas Directrizes Técnicas, na página 137.

Secções chave de um plano de preparação e resposta a epidemias:

1. Designar comissões de coordenação
2. Elementos de epidemiologia do acontecimento e de vigilância, incluindo a gestão de dados
3. Passos para efectuar uma estratégia de comunicação de risco, incluindo a mobilização social
4. Acções operacionais de acordo com as fases previstas da epidemia
5. Laboratório: colheita, manuseamento, transporte e processamento de amostras
6. Gestão de caso, tratamentos (antiviral, antimicrobiano, descontaminação, desinfecção ou outros, conforme o indicado) e controlo da infecção
7. Tratamentos profilácticos pré- e pós-exposição
8. Estratégias de imunização
9. Actividades de contenção rápida e métodos adicionais, caso a contenção rápida falhe
10. Reforço de capacidades, incluindo a formação exigida, reuniões de sensibilização e exercícios de simulação
11. Logística, incluindo listas de consumíveis para actividades de resposta
12. Actividades relacionadas com o ambiente, água e saneamento
13. Planos para monitorizar o surto ou acontecimento



Exercício 3

Preparar um plano de preparação para epidemias

A finalidade deste exercício consiste em rever as partes de um plano de preparação para epidemias. Leia esta breve história de caso e responda às perguntas que se lhe seguem.

* * * *

Ao longo dos últimos cinco anos, o seu distrito teve surtos de febre amarela, cólera, meningite e sarampo. Estas doenças resultaram em muitas mortes. A maioria dos profissionais de saúde teve formação em Vigilância Integrada da Doença e Resposta. Estão presentemente a utilizar instrumentos revistos de recolha de dados, tendo como alvo as doenças prioritárias.

Na qualidade de pessoa focal de vigilância de doenças e membro da equipa de gestão de saúde, o Representante Médico Distrital pediu-lhe auxílio para a elaboração dos planos distritais de preparação para epidemias.

* * * *

1. Quais são os principais tópicos a incluir num plano de preparação para epidemias para este distrito?

2. Sugira um esboço da informação de fundo que deve ser incluída no plano.

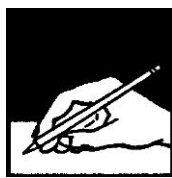
3. Utilizando os conhecimentos sobre o seu próprio distrito, preencha o resumo no Quadro 5.1 com os possíveis representantes de saúde ou unidades de saúde que seriam responsáveis por efectuar uma lista de verificação de preparação para meningite meningocócica para o seu Distrito.

Quadro 5.1: Lista de verificação da preparação para epidemia de meningite meningocócica

Estratégia e actividades de preparação	Representante/ unidade responsável
1. Comissão de gestão de epidemias	
2. Plano de preparação para epidemias	
3. Formação do pessoal sobre a vigilância integrada de doenças	
4. Directrizes sobre doença meningocócica epidémica	
5. Stocks de contingência de medicamentos e consumíveis	
6. Equipamento de laboratório e meios de transporte	
7. Rubrica orçamental para o controlo da epidemia	

O seu facilitador irá fazer uma apresentação sobre o estabelecimento de stocks de contingência de medicamentos, vacinas, reagentes e consumíveis.

Também podem encontrar-se estas informações nas Directrizes Técnicas, nas páginas 138-139.



Exercício 4

Estabelecer os stocks de contingência

Assegurar uma disponibilidade fiável de medicamentos e consumíveis é importante para conduzir uma resposta eficaz. Reveja o exemplo para a cólera, no Quadro 5.2 e, em seguida, preencha as colunas com os medicamentos e consumíveis apropriados para o tratamento das doenças listadas. Consulte as informações do Anexo 6A, na página 163 das Directrizes Técnicas, para preencher cada uma das linhas.

Quadro 5.2: Medicamentos e consumíveis essenciais para o tratamento de doenças com tendência para epidemias

Doença	Medicamentos	Consumíveis
Cólera	Sais de re-hidratação oral, líquidos IV (lactato de Ringer)	Cloreto de cal, conjuntos para distribuição, desinfectantes, meio de Cary Blair
Disenteria		
Sarampo		
Meningite meningocócica		

Poliomielite	Vacina oral VOP, medicamentos anti-espasmódicos	Recipientes para recolha de fezes
--------------	---	-----------------------------------

Pontos a recordar:

1. Estar preparado irá ajudá-lo a ser um melhor líder quando ocorrer uma emergência.
2. Estar preparado pode reduzir o número de mortes em excesso no seu distrito quando ocorrer um surto.
3. Estabelecer uma comissão de gestão de emergências para aumentar a comunicação entre as partes interessadas antes e durante uma emergência.
4. Criar um plano de preparação para epidemias, que irá reforçar a sua capacidade para responder a um surto.
5. Manter stocks apropriados de medicamentos, vacinas, reagentes e consumíveis. Isto irá ajudar todos os restantes elementos do seu sistema de saúde a fazerem bem o seu trabalho.



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADAS À DOENÇA

CURSO DE FORMAÇÃO A NÍVEL DISTRITAL | Módulo 6



Monitorizar, Avaliar e Melhorar
a Vigilância e a Resposta

Julho de 2011

Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional para África (AFRO)
Vigilância Integrada da Doença e Resposta
Curso de Formação a Nível Distrital

Módulo 6
Monitorizar, avaliar e melhorar
a vigilância e a resposta

Julho de 2011

Os módulos que constituem o Curso de Formação ao Nível Distrital de Vigilância Integrada da Doença e Resposta foram preparados pelo Escritório para África (AFRO) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), com o apoio do Escritório de África da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development – USAID). Ainda que o conteúdo do presente curso esteja no domínio público e possa ser utilizado e reproduzido sem autorização, queira consultar a citação sugerida: WHO-AFRO & CDC (2010). *Integrated Disease Surveillance and District Level Training Course, Module 6: Monitor, evaluate and improve surveillance and response*. Brazzaville, República do Congo e Atlanta, EUA.

Introdução

Monitorizar os sistemas de vigilância e resposta é importante para fazer o seguimento do progresso e verificar se está a cumprir os objectivos do programa. A monitorização na VIDR inclui seguimento contínuo e de rotina da implementação de actividades planeadas de vigilância (por exemplo, certificar-se de que os relatórios são recebidos a tempo). A monitorização tem lugar regularmente como, por exemplo, semanalmente, mensalmente ou trimestralmente. Desta forma, os problemas podem ser detectados a tempo de fazer melhorias antes do final do ano.

Avaliar os sistemas de vigilância e de resposta ajuda a compreender se o sistema tem estado a funcionar eficazmente. Ao avaliar a informação regularmente, por exemplo, no final do ano, os supervisores podem decidir se os objectivos de vigilância e resposta foram atingidos e se são de alta qualidade. Utilize os dados de monitorização mensalmente para fazer uma avaliação no final do ano. As perguntas que irão orientar a avaliação incluem:

- Os objectivos de vigilância para as actividades existentes estão a ser cumpridos?
- Os dados de vigilância foram utilizados para efectuar uma acção de saúde pública?
- A vigilância, actividades laboratoriais e de resposta tiveram algum impacto no resultado dos acontecimentos de saúde no distrito?

* * * *

Este módulo irá descrever e permitir-lhe praticar as seguintes competências:

1. Utilizar os principais indicadores do nível distrital para a vigilância e a resposta integradas à doença.
2. Planear a monitorização e avaliação da formação sobre Vigilância Integrada da Doença e Resposta.

O seu facilitador irá apresentar informações sobre a identificação de alvos e indicadores para a avaliação de um programa de formação de VIDR. Também pode ler estas informações nas páginas 198 a 200 das Directrizes Técnicas.

Os principais indicadores para o nível distrital podem encontrar-se na página 215 das Directrizes Técnicas.

Os indicadores para a monitorização do progresso com a implementação do Regulamento Sanitário Internacional encontram-se na página 200.



Exercício 1

A finalidade deste exercício consiste em praticar encontrar os dados de que irá necessitar para calcular os principais indicadores de VIDR para o nível distrital. Este exercício tem duas partes.

Na Parte A, irá preencher as informações em falta sobre as origens da informação para os dados de monitorização e sugestões para a frequência de cálculo do indicador. O seu facilitador poderá atribuir dois ou três indicadores a cada grupo.

Na Parte B, irá responder a perguntas sobre o seu próprio distrito. A Parte B começa na página 6:8.

* * * *

Parte A: Indicadores principais ao nível distrital

No seu grupo, reveja cuidadosamente o indicador que lhe foi atribuído, incluindo informações sobre o numerador e o denominador. Em seguida, responda às seguintes perguntas:

- a) Descreva de que forma irá extrair os dados a partir das fontes de informação, para calcular o indicador.
- b) Sugira a frequência com que acha que os dados devem ser recolhidos e analisados.
- c) Descreva quem será o responsável pela recolha dos dados e cálculo do indicador ao nível distrital.
- d) No quadro abaixo, as primeiras quatro colunas já foram preenchidas. Irá trabalhar em pares, ou num pequeno grupo de 3, para rever os indicadores e preencher as últimas duas

colunas. Preencha os espaços em branco no quadro para o indicador que lhe foi atribuído, no quadro das 3 páginas seguintes.

Quadro 6.25: Monitorizar os indicadores principais de VIDR ao nível distrital

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fontes de informação	Com que frequência calcula este indicador?
1. Proporção de serviços de saúde que submetem os relatórios de vigilância a tempo para o distrito	Medição da entrega atempada de relatórios de vigilância	Número de serviços de saúde que submeteram os relatórios de vigilância a tempo para o distrito	Número de serviços de saúde no distrito		
2. Proporção de casos de doenças assinaladas para eliminação, erradicação e quaisquer doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos, com base em impressos ou listas lineares baseados em casos.	Medidas de relato de dados de vigilância com informações detalhadas para utilização para análise adicional	Número de doenças assinaladas para eliminação, erradicação e quaisquer doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos no distrito, relatadas em impressos ou listas lineares baseados em casos	Número total de casos de doenças seleccionados para vigilância baseada em casos que ocorreram no distrito		
3. Proporção de suspeitas de surtos de doenças com tendência para epidemia notificada ao nível mais elevado no prazo de 2 dias depois de	As medidas utilizam os dados e os limiares para a detecção precoce de surtos e relato atempado ao nível local	Número de suspeitas de surtos de doenças com tendência para epidemia notificado à província no prazo de 2 dias depois de	Número de suspeitas de surtos de doenças com tendência para epidemia no distrito		

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fontes de informação	Com que frequência calcula este indicador?
ultrapassarem o limiar de epidemia		ultrapassarem o limiar de epidemia			
4. Proporção de doenças prioritárias para as quais um gráfico linear actual⁴ está disponível.⁵	Mede a prática e a capacidade da equipa distrital de gestão de saúde para analisar os dados de vigilância	Número de doenças seleccionadas (pelo menos o paludismo e meningite meningocócica em distritos com elevado risco de meningite) para as quais está disponível e actualizado um gráfico linear	Número total de doenças seleccionadas com um gráfico linear (pelo menos o paludismo e meningite meningocócica se o distrito estiver em risco elevado de meningite)		
5. Proporção de serviços de saúde que têm análises de tendências actuais (gráficos lineares) para doenças prioritárias seleccionadas	Mede a prática e a capacidade da equipa dos serviços de saúde para analisar os dados de vigilância	Número de serviços de saúde que têm análises de tendências actuais para doenças prioritárias seleccionadas	Número total de serviços de saúde no distrito		
6. Proporção de relatórios de surtos	Mede a disponibilidade de	Número de relatórios de investigação	Número total de relatórios de		

⁴A equipa nacional de VRID deve definir a lista de doenças para as quais se deve manter um gráfico linear ao nível dos serviços de saúde. A AFRO recomenda que, no mínimo, os serviços de saúde mantenham gráficos lineares actuais para 1) análise da tendência semanal de meningite cerebrospinal, sobretudo nos países da cintura de meningite, 2) casos mensais de malária em doentes em internamento e mortes nas crianças com menos de 5 anos de idade e 3) tendências para malária em crianças com menos de 5 anos de idade.

⁵ “Actual” nestes indicadores significa que a visualização do gráfico linear deve reflectir dados nos últimos três meses a contar do dia da avaliação.

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fontes de informação	Com que frequência calcula este indicador?
investigados que incluíram dados baseados em casos analisados	variáveis adicionais para análise posterior	de surtos que incluem dados baseados em casos	investigação de surtos conduzidos no distrito		
7. Proporção de surtos investigados com resultados laboratoriais	Mede a capacidade do laboratório em confirmar o diagnóstico e o envolvimento do laboratório nas actividades de vigilância	Número de surtos investigados com resultados laboratoriais num determinado período de tempo	Número total de surtos investigados que ocorreram num determinado período de tempo		
8. Proporção de surtos confirmados com uma resposta de saúde pública recomendada a nível nacional	Mede a capacidade do distrito em responder a surtos	Número de surtos confirmados com uma resposta recomendada a nível nacional	Número de surtos confirmados no distrito		
9. Taxas de mortalidade dos casos para surtos de doenças prioritárias	Mede a qualidade da gestão de casos	Número de mortes devido a cada uma das doenças do surto	Número de casos do mesmo surto devidos a essa doença		
10. Taxa de ataque para cada surto de uma doença prioritária	Ajuda a identificar a população em risco e a eficácia da intervenção	Número de novos casos de uma doença com tendência para epidemia, que ocorreram	Número de habitantes em risco durante o surto		

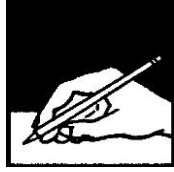
Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fontes de informação	Com que frequência calcula este indicador?
		durante um surto			

Parte B:

1. Reveja as fontes dos dados que registou na tabela. Tem estas fontes disponíveis no seu distrito?

2. Se não, como recolhe a informação?

3. Quais são duas acções específicas de que necessitaria para melhorar a disponibilidade das fontes?



Exercício 2

A finalidade deste exercício consiste em praticar o cálculo de indicadores para monitorizar se os relatórios distritais foram feitos atempadamente e preenchidos de modo completo. Irá fazer este exercício individualmente e em seguida trabalhar no seu pequeno grupo para fazer quaisquer correcções.

* * * *

1. Utilize as informações do quadro da página seguinte para calcular o tempo adequado de relato para cada serviço de saúde do distrito. Registe a sua resposta na penúltima coluna, identificada com T/N (T significa “a tempo” e N significa “número total de relatos”).

Para calcular uma proporção, utilize a equação seguinte:

Numerador: (Por ex.: n.º de relatos atempados)

Denominador: (Por ex.: N.º total de relatos)

X 100 = _____

Em seguida, calcule o preenchimento completo do relato para cada serviço de saúde e registe a resposta na última coluna, identificada como (N-W)/N (N significa o número total de relatos e W significa o número de relatos que não foram recebidos).

Legenda: T = chegaram a tempo; L = chegaram tarde; W = relato não recebido; N = número total de relatos

País: Pacem

Distrito: Zahanati

Ano: 2010

Quadro 6.26: Entrega atempada e preenchimento completo dos relatos de locais relatores

Nome dos serviços de saúde	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	T/N	(N-W)/N
Kamakwa	L	T	T	L	L	T	T	L	L	L	L	W		
Iridi	T	T	T	L	T	T	T	L	T	T	T	L		
Dunyu	W	L	L	W	L	W	L	L	W	L	T	T		
Orogo	T	T	T	T	T	T	T	L	T	T	L	T		
Kinjo	L	L	L	W	T	L	W	W	L	T	L	W		
Naima	T	T	T	T	T	L	L	T	T	T	L	L		
Ngimwa	T	T	T	T	T	L	T	T	T	T	T	T		
Sinde	W	W	W	W	W	L	L	W	L	W	W	L		

2. A meta regional da OMS África para a entrega atempada dos relatos é de 80%. Quais dos serviços de saúde do Distrito de Zahanati atingiu a meta?

3. A meta do preenchimento completo também é de 80%. Liste os serviços de saúde que atingiram ou ultrapassaram a meta.

4. Por que acha que estes serviços atingiram a meta?

5. Qual dos serviços de saúde teve o melhor relato atempado?

6. Calcule o preenchimento completo do relato para cada serviço de saúde no distrito.

7. Qual dos serviços de saúde está a fazer relatos fracos?

8. O que poderia ter causado o relato fraco?

9. Que acções devem ser tomadas para rectificar a situação?

Pontos a recordar:

1. As decisões sobre a forma como as actividades serão monitorizadas e avaliadas devem ser tomadas durante o desenvolvimento dos planos.
2. Monitorizar e rever os planos.
3. Avaliar se os objectivos do projecto foram atingidos.



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Africa

VIGILÂNCIA E RESPOSTA INTEGRADAS À DOENÇA

CURSO DE FORMAÇÃO A NÍVEL DISTRITAL | Módulo 7



Supervisionar e dar Feedback

Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional para África (AFRO)
Vigilância Integrada da Doença e Resposta
Curso de Formação a Nível Distrital

Módulo 7
Supervisionar e fazer retro-informação

Julho de 2011

Os módulos que constituem o Curso de Formação ao Nível Distrital de Vigilância Integrada da Doença e Resposta foram preparados pelo Escritório para África (AFRO) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), com o apoio do Escritório de África da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development – USAID). Ainda que o conteúdo do presente curso esteja no domínio público e possa ser utilizado e reproduzido sem autorização, queira consultar a citação sugerida: WHO-AFRO & CDC (2010). *Integrated Disease Surveillance and District Level Training Course, Module 7: Supervise and provide feedback*. Brazzaville, República do Congo e Atlanta, EUA.

Introdução

A supervisão é um processo de ajudar o pessoal de saúde a melhorar o seu desempenho laboral. A supervisão não é uma inspecção. Pelo contrário, uma boa supervisão pretende manter serviços de boa qualidade e não encontrar coisas que estejam erradas. Num bom sistema, os supervisores e os profissionais de saúde trabalham em conjunto para rever o progresso, identificar os problemas, decidir o que causou o problema e desenvolver soluções exequíveis.

Utilizar uma lista de verificação de supervisão

Cada serviço de saúde tem problemas e prioridades únicos que exigem uma resolução de problemas e correcções únicas. Crie uma lista de verificação única para cada serviço de saúde. Reveja a lista de verificação de supervisão à medida que os serviços de saúde se alteram ou melhoram. Utilize-a durante visitas futuras para ajudar o pessoal de saúde a monitorizar as suas actividades e progressos no sentido de um sistema melhorado.

Realizar visitas de supervisão

Comece uma supervisão agendada regularmente no distrito. Dê feedback ao pessoal de saúde durante cada visita. Informe o pessoal de saúde relativamente ao que está a funcionar bem e ao que não está a funcionar. Dê também feedback sobre a forma como os dados relatados anteriormente foram utilizados para detectar surtos e agir para reduzir a doença, mortalidade e incapacidade no distrito. Caso sejam necessárias melhorias, debata soluções com o pessoal. Proporção formação em serviço conforme necessário, caso se identifique um problema. Faça o seguimento de qualquer pedido de auxílio como, por exemplo, para equipamento ou consumíveis de resposta a uma emergência. Se, numa visita anterior, tiver sido identificada uma solução para um problema preexistente, verifique se a solução foi bem implementada. Descubra se ainda há problemas a ocorrer ou modifique a solução se necessário. As visitas dos supervisores de vigilância e os programas de controlo de doenças a nível regional ou da província são boas oportunidades para debater e melhorar o controlo de doenças no seu distrito.

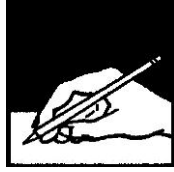
* * * *

Este módulo irá descrever e permitir-lhe praticar as seguintes competências:

1. Supervisionar as actividades de vigilância e resposta
2. Utilizar a lista de verificação de vigilância dos serviços de saúde
3. Dar feedback ao pessoal de saúde

1.0 Preparar um plano de supervisão

- Decida com que frequência monitorizar o desempenho do pessoal de saúde.
- Peça aos supervisores dos serviços de saúde que façam um calendário da supervisão que irão realizar ao longo do próximo ano nos seus próprios serviços, bem como a quaisquer locais da comunidade que façam relatos aos serviços.
- Certifique-se de que há transporte disponível para a supervisão e para as actividades de vigilância que exigem transporte.
- Inclua outros locais relatores na supervisão das actividades distritais de vigilância como, por exemplo, clínicas, centros médicos e locais relatores na comunidade no plano global. Inclua centros de saúde privados, se exequível.
- Identifique e obtenha os recursos necessários para a supervisão.



Exercício 1

A finalidade deste exercício consiste em praticar encontrar e aplicar recomendações para a supervisão de actividades de vigilância no seu distrito. Consulte as páginas 203 a 207 nas Directrizes Técnicas, trabalhando em pares ou num pequeno grupo, para responder a cada uma das seguintes perguntas. O seu facilitador irá conduzir um debate de grupo quando todos tiverem concluído o exercício.

* * * *

1. Como é conduzida a supervisão da vigilância de doenças entre os níveis do distrito e dos serviços de saúde no seu distrito?

2. Utiliza instrumentos ou listas de verificação da supervisão ao nível distrital?

3. Tem um plano de supervisão ou de vigilância de doenças na sua área?

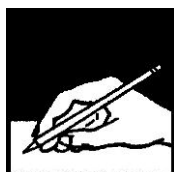
4. Onde está situado?

5. Com que frequência é utilizado?

6. O que deve considerar ao preparar um plano de supervisão sobre a vigilância de doenças?

7. O que deve fazer durante as visitas de supervisão de vigilância e resposta a doenças?

8. Como motiva o pessoal durante as visitas de supervisão?



Exercício 2

Utilizar a lista de verificação de vigilância dos serviços de saúde

Abaixo encontra-se a lista de verificação de vigilância para o Centro de Saúde de Zahanati. Como pode ver, o centro de saúde não teve uma boa pontuação na sua última visita de supervisão. Ao rever a lista de verificação, considere os motivos possíveis para os problemas com que o centro de saúde se deparou e, em seguida, recomende algumas soluções. Pode fazer este exercício em pares ou num pequeno grupo. O seu facilitador irá atribuir uma de duas actividades a cada par ou grupo. No final do exercício, haverá um debate de grupo.

Quadro 27: Lista de verificação de vigilância dos serviços de saúde para o Centro de Saúde de Zahanati

ACTIVIDADE	PERGUNTA DE SUPERVISÃO	RESPOSTA (Sim/Não ou Especificada)	Faça uma lista de causas possíveis da omissão ou problema	Faça uma lista das possíveis soluções
1. Recolha de dados para identificar Suspeitas de Casos nos serviços de saúde	1. Com que frequência recolhe informações da comunidade sobre relatos de suspeitas de casos ou mortes devido a uma doença ou quadro clínico prioritários?	Raramente	<i>A comunidade não sabe o que comunicar</i>	<i>Distribua definições de caso simplificadas. Inclua objectivos de vigilância nas actividades do programa de saúde comunitária</i>
2. Registar os casos	1. Estão registados diagnósticos de casos de doenças prioritárias no registo clínico, de acordo com a definição de caso padrão?	Não		

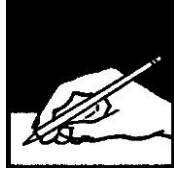
ACTIVIDADE	PERGUNTA DE SUPERVISÃO	RESPOSTA (Sim/Não ou Especificada)	Faça uma lista de causas possíveis da omissão ou problema	Faça uma lista das possíveis soluções
3. Comunicar	1. O pessoal de saúde utiliza uma definição de caso padrão para comunicar as suspeitas de casos e surtos?	Não		
	2. Regista as informações sobre as doenças imediatamente notificáveis num impresso de caso ou lista linear?	Não		
4. Analisar e interpretar	1. Regista os números de casos e mortes para cada doença prioritária num gráfico? (Peça para ver o livro de análises dos serviços de saúde. Veja se as linhas de tendências estão actualizadas.)	Não		
	2. Faz uma representação gráfica da distribuição de casos num mapa?	Não		
5. Investigar e confirmar relatos de casos e surtos	1. Se houve suspeita de uma doença com tendência para epidemia, esta foi imediatamente relatada ao escritório distrital?	Não		

ACTIVIDADE	PERGUNTA DE SUPERVISÃO	RESPOSTA (Sim/Não ou Especificada)	Faça uma lista de causas possíveis da omissão ou problema	Faça uma lista das possíveis soluções
	2. Para os casos de doenças prioritárias que necessitam de testes laboratoriais, observadas desde a última visita de supervisão, quantas dispunham de resultados laboratoriais?	1 em 25		
	3. Estão disponíveis ou reservados consumíveis adequados para a recolha de amostras laboratoriais durante uma situação urgente, e podia mostrar-me o abastecimento?	Não		
6. Responder	1. Estão disponíveis consumíveis para responder a um caso ou surto confirmado (<i>por exemplo, consumíveis de vacinação e vacinas, sais de re-hidratação oral, antibióticos, e por aí adiante</i>)?	Não		
	2. Queira mostrar-me os abastecimentos para efectuar uma resposta recomendada.	Não posso		
	3. Quem é o coordenador de surtos para estes serviços?	Não sei		

ACTIVIDADE	PERGUNTA DE SUPERVISÃO	RESPOSTA (Sim/Não ou Especificada)	Faça uma lista de causas possíveis da omissão ou problema	Faça uma lista das possíveis soluções
	4. Com que frequência disponibiliza informações e formação sobre resposta a surtos ao pessoal destes serviços?	Raramente		
7. Dar feedback	1. Com que frequência relata a informação à comunidade?	Nunca		
	2. Recebeu o último boletim do nível (<i>central, subnacional</i>)?	Não		
8. Avaliar e melhorar o sistema.	1. Os últimos 3 relatórios mensais de rotina foram enviados para o escritório distrital?	Não		
	2. Os últimos 3 relatórios mensais de rotina foram enviados a tempo?	Não		
9. Preparação para epidemias	1. Quais as precauções que o pessoal de saúde (incluindo o pessoal de laboratório) toma rotineiramente com todos os doentes, independentemente do estatuto de infecção dos doentes?	Nível mínimo de precauções padrão: Muito poucas		
	2. Como estima o número de consumíveis reservados para utilizar durante uma situação de emergência?	Como se fazem estimativas dos consumíveis: Não se fazem		

2.0 Avaliar o desempenho do sistema de vigilância e resposta

- Utilizar os indicadores para medir a qualidade do sistema de vigilância
- Identificar os locais com fraquezas no sistema de vigilância e procurar compreender o que está a causá-las
- Dar feedback aos serviços de saúde sobre a avaliação



Exercício 3

Visita de supervisão aos serviços de saúde de Afaya

A finalidade deste exercício consiste em dar feedback durante uma visita de supervisão ao Centro de Saúde de Afaya. Irá desempenhar um dos papéis, ou poderá observar outros participantes a desempenhar os papéis. O seu facilitador irá atribuir os papéis a ser desempenhados. Após a dramatização, haverá um debate em grupo.

O Dr. Perfeição, representante distrital de gestão, está reunido com a equipa dos serviços de saúde para lhes dar feedback sobre os resultados da lista de verificação de supervisão. Agradece à equipa pelo seu tempo durante a visita de hoje. Em seguida relata que, na visita de hoje, ficou a saber o seguinte:

- Há contacto regular entre os profissionais de saúde da comunidade e os serviços de saúde, pelo que a notificação de doenças a partir da comunidade é atempada e está a ser monitorizada.
- O registo clínico está actualizado, mas não parece que os diagnósticos sejam registados de acordo com a definição de caso padrão.
- Os gráficos lineares para a meningite meningocócica e a cólera estão afixados, mas não estão actualizados. Estão com um atraso de dois meses.
- Uma suspeita de caso de gripe humana, H1N1, na área de captação dos serviços de saúde, foi relatada prontamente ao representante distrital durante este trimestre.
- O relato dos dados de rotina ao distrito tem sido efectuado a tempo, todo o ano.
- Os serviços de saúde disseram não ter recebido uma cópia do último boletim de feedback do distrito.
- Não foi ainda preenchido um pedido de meios de transporte de amostras por parte dos serviços de saúde.

O Dr. Perfeição queria saber quais os dois ou três problemas que os serviços de saúde achavam mais importantes. Em seguida, debateram possíveis causas para o problema e como se poderiam fazer melhorias.

Quando a dramatização tiver terminado, debata as seguintes questões:

1. Até que ponto o Dr. Perfeição comunicou bem com a equipa de serviços de saúde?
2. Como é que a equipa dos serviços de saúde decidiu quais eram os problemas mais importantes? Concorda com as conclusões desta?
3. Identificaram soluções exequíveis para os problemas que debateram?

Pontos a recordar:

1. Prepare planos de supervisão com os supervisores dos serviços de saúde para assegurar que as visitas de supervisão irão ocorrer de forma planeada.
2. As listas de verificação da supervisão fazem com que as visitas de supervisão sejam mais objectivas e ajudam-no a ter a certeza de que não se esqueceu de nada crucial para avaliar o desempenho dos serviços de saúde.
3. As visitas de supervisão destinam-se a melhorar as funções dos serviços de saúde ao facultar críticas e feedback construtivos.
4. Dar feedback aos serviços de saúde relativamente à respectiva avaliação, para que estes saibam o que precisa de ser melhorado nos serviços. O seu feedback também lhes mostra que está a prestar atenção ao trabalho deles e que são uma mais-valia importante para avaliar o sistema de cuidados de saúde do seu distrito.