

*Ào Dr. Mauro Teixeira
Com o cumprimento do
Mauro*

PROF. MAURO CÉLIO DE ALMEIDA MARZOCHI
Chefe do Dept. de Ciências Biológicas
ENSP - FIOCRUZ
Rio, 26-06-87

SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO CLÍNICO-LABORATORIAL E CONTROLE
DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Programa de atenção às Doen-
ças Infecciosas e Parasitári-
as - DIP - fevereiro de 1987.

COMISSÃO RESPONSÁVEL:

Coordenador: Keyla B. Feldman Marzochi - HEC - IOC - FIOCRUZ

Participantes: Adrelirio Rios Gonçalves - SBMT - RJ; HSE
Ana Maria P. Miranda - HGG-UNIRIO; HESS
Antonio Paulo de Menezes Filho - INAMPS
Eduardo Vilhena Leite - SBI; F.Med. Petrópolis
Jaqueline Menezes - HU - UFF; HSE
Marcia Lazera - HEC - FIOCRUZ; HESS
Mauro Célio A. Marzochi - ENSP - FIOCRUZ
Norton de Figueiredo - HU-UFRJ
Pedro A. Noletto - HU-UERJ
Rômulo Macambira - HGG-UNIRIO
Rosamélia Queiroz Cunha - HSE
Roberto Medronho - HSE
Walter Tavares - HU-UFF; SI/RJ

ÍNDICE

I - Introdução.	
1 - Panorama atual	1
2 - Conceituação da Especialidade e do Especialista	2
3 - Objetivos	3
II - Diagnóstico da Situação das Doenças Infecciosas e Parasitárias no Rio de Janeiro.	4
1 - Avaliação da ocorrência	4
1.1 Mortalidade	4
1.2 Morbidade	4
2 - Assistência clínica e de laboratório	7
2.1 Disponibilidade de leitos	7
2.2 Deficiência de Assistência a clínica-laboratorial	12
3 - Prevenção e controle	17
4 - Investigação científica e formação de recursos humanos	18
III - Propostas	20
IV - Custos	23
V - Desdobramentos: os CEM DIAS.	24
VI - Bibliografia consultada	25

SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO CLINICO-LABORATORIAL E CONTROLE DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Programa de atenção às Doenças Infecciosas e Parasitárias - DIP - fevereiro de 1987.

1 - INTRODUÇÃO.

1. Panorama atual

Situado na região de maior desenvolvimento sócio-econômico do Brasil, o Estado do Rio de Janeiro apresenta em sua estrutura social contrastes que se refletem na situação de saúde da população.

Ao lado de centros e locais com elevado padrão tecnológico, arquitetônico e de serviços, encontram-se regiões de alta pobreza e, mesmo, bolsões de miséria absoluta, onde as doenças ligadas à fome, ao subemprego, à falta de moradia, à ignorância, ao subdesenvolvimento, enfim, predominam. Segundo estimativas realizadas por técnicos do Banco Mundial, da OMS e Sociedades médicas brasileiras, cerca de 7% dos brasileiros não têm padrão alimentar adequado às necessidades calóricas e à manutenção do organismo sadio, verificando-se que aproximadamente 58% da população da região Sul-Sudeste, vivem em regime de fome e subalimentação. Este quadro é resultante do baixo poder aquisitivo da população, ligado à redução dos salários e à diminuição na produção de alimentos.

Devido à política de privilegiar os cultivos de exportação, como a soja, e para a produção de combustível (cana de açúcar), reduziu-se o cultivo de subsistência, como o arroz, o feijão, o milho e os hortigranjeiros. Por outro lado, segundo o DIEESE o salário mínimo em 1984 era 48% mais baixo que o correspondente em 1940, obrigando o trabalhador a trabalhar mais para ganhar menos e manter um mínimo da ração essencial (FERRARI, 1986). Como resultado da situação de pobreza, surge a impossibilidade de serem asseguradas à população condições adequadas de habitação, alimentação, educação, lazer, higiene e saúde.

Inevitavelmente, as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) estão ligadas a estes fatores da pobreza e se situam entre as principais causas de morbidade e mortalidade no Estado do Rio de Janeiro. Como exemplo, no período de 1970-77 o sarampo apresentou o coeficiente de morbidade de 30,9 por

100.000 habitantes com a taxa de mortalidade de 5,5/100.000 habitantes (Oliveira, 1980). As meningites, difteria, tétano, hepatite, predominam entre os pacientes em Serviços de Doenças Infecciosas e Parasitárias. As diarreias infecciosas infantis são a causa da grande maioria do atendimento em Serviços de pediatria. O calazar, a paracoccidiodomicose, a leishmaniose tegumentar estão em expansão no Estado. A tuberculose e a hanseníase persistem com altos níveis endêmicos. A malária ocorre em casos importados e, eventualmente, surge em surtos epidêmicos. Como resultado da falta de saneamento básico, nas regiões periféricas e faveladas das cidades, a leptospirose tornou-se endêmica no Rio de Janeiro, Niteroi e outras regiões urbanas do Estado. O mesmo se aplica às verminoses, prevalentes em todo o Estado, resultado da falta de higiene, saneamento e educação sanitária, observando-se em creches, na cidade do Rio de Janeiro, que cerca de 35% de crianças até 4 anos de idade apresentam exames de fezes positivos para parasitos intestinais (SANTOS, 1984).

Paralelamente às Doenças Infecciosas e Parasitárias endêmicas, muitas delas preveníveis por meio da vacinação sistemática da população (como o tétano, a difteria, o sarampo, a poliomielite, a tuberculose), verifica-se a crescente importância das infecções hospitalares e a recente introdução no Estado da dengue e da AIDS (Projeto Niterói, 1986; Rio de Janeiro. SESH, 1986). Tais doenças por suas características de elevada morbidade e gravidade e de controle problemático, encontram-se em expansão no território fluminense exigindo, juntamente com as demais doenças infecciosas e parasitárias, o atendimento e a participação do especialista em sua prevenção.

2. Conceituação da especialidade e do especialista.

A especialidade relativa às Doenças Infecciosas e Parasitárias ou Infectologia possui doutrina própria, caracterizada pelo conhecimento de: o agente biológico em sua interação com vetores, reservatórios e o meio ambiente; a fisiopatogenia e as manifestações clínicas que esse agente pode determinar no adulto e na criança; os meios diagnósticos específicos e correlatos; o arsenal terapêutico específico e geral; o comportamento epidemiológico dessas enfermidades e seus determinantes políticos, sociais e econômicos na comunidade; as medidas de prevenção e controle, desde a indicação e uso de rotina da imunização ativa e passiva e demais normas de vigilância epidemiológica até as aplicadas em infecções hospitalares e processos epidêmicos. Como especialidade médica, deve gerar conhecimento científico, através da formação de recursos humanos e da pesquisa.

O especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias ou infectologista é o médico capaz de exercer atividades diagnóstica, curativa e preventiva frente às doenças causadas por agentes biológicos e/ou seus produtos (vírus, bactérias, fungos, protozoários, helmintos, ectoparasitos e animais peçonhentos).

Apesar da importância e magnitude das doenças infecciosas e parasitárias no Estado e da existência de especialistas formados e treinados para seu diagnóstico, tratamento e prevenção, no Rio de Janeiro, à exceção de Serviços universitários, do Hospital Evandro Chagas, do Hospital Estadual S. Sebastião e do Serviço recém-inaugurado no Hospital dos Servidores do Estado, não existem outros locais para campo de atuação do infectologista e adequado atendimento aos pacientes com enfermidades infecciosas.

3. Objetivos.

3.1. O Programa de Atenção às Doenças Infecciosas e Parasitárias no Estado do Rio de Janeiro propõe uma reformulação da assistência e prevenção dessas enfermidades e nesse contexto, a formação de recursos humanos e a investigação científica, dentro do Sistema de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, considerando que o direito à Saúde do cidadão deve ser garantido pelo Estado (VIII Conferência nacional de Saúde, 1986; CREMERJ, 1986).

3.2. Tal Programa deve firmar a importância da especialidade de DIP no contexto médico-social do Estado, bem como ressaltar o trabalho interdisciplinar da Equipe de Saúde.

3.3. Especificamente, o Programa deverá contribuir para:

3.3.1. Atendimento especializado ao paciente com DIP, em serviços apropriados e com pessoal habilitado.

3.3.2. Melhoria do diagnóstico das DIP em qualidade técnica e facilidades operacionais.

3.3.3. Estimular e propiciar a formação de recursos humanos especializados e a educação continuada em DIP.

3.3.4. Melhoria do Sistema de Vigilância Epidemiológica e controle da situação das DIP no Estado.

3.3.5. Redução, a níveis mínimos das DIP endêmicas e epidêmicas preveníveis por imunização, sexualmente transmissíveis e transmitidas por vetores, sangue e derivados, via hídrica e alimentar.

3.3.6. Redução de custos de atendimento ambulatorial e hospitalar aos pacientes com DIP.

II - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NO RIO DE JANEIRO.

1. Avaliação da ocorrência

1.1. Mortalidade

Erros técnicos de diagnóstico e preenchimento dos atestados de óbito no tocante às Doenças Infecciosas e Parasitárias são observações rotineiras dos infectologistas. No levantamento dos óbitos não são computados entre as DIP as infecções localizadas em órgãos ou sistemas, como por exemplo as pneumonias. Também são, frequentemente, omitidas as DIP quando constituem a causa básica da complicação que gerou o óbito, sendo exemplo marcante as pneumonias decorrentes de sarampo e a desidratação devida a diarréias infecciosas.

Mesmo assim, em que pesem algumas melhorias sanitárias e o decréscimo dos óbitos por diarréias infantis na última década, as DIP persistem com elevada mortalidade no Brasil e no Rio de Janeiro comparativamente a diversos países - Quadro I. Muito frequentes em todas as faixas etárias, predominam de forma gritante na infância - Quadro II. Em 1984 verificou-se que 14% dos óbitos em menores de 5 anos foram por doenças preveníveis, na área metropolitana do Rio de Janeiro (INAMPS/MS - 1985), o que sem dúvida está subestimado. Além disso, as estatísticas disponíveis não contabilizam as complicações invalidantes, as perdas por afastamento do trabalho, as inúmeras dificuldades no atendimento que envolvem e desgastam ineficazmente os pacientes, suas famílias e os profissionais envolvidos e os altos custos de atendimento que poderiam ser evitados.

1.2. Morbidade

Não há como medir no Rio de Janeiro e no Brasil o número das Doenças Infecciosas e Parasitárias que não são de notificação compulsória, nem as que o são porém não se notificam.

Quadro I - Taxas de mortalidade (por 100.000 hab.) por doenças em
- países selecionados.

Local e Ano	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Neoplasmas	Doenças do Ap. Circulatório
Tchecoslováquia - 1982	4,7	226,8	638,2
Alemanha - 1983	7,4	262,3	589,2
Japão - 1983	9,8	147,5	251,1
E. Unidos - 1982	8,4	187,4	420,0
Cuba - 1981	12,8	110,0	260,4
Chile - 1983	23,1	102,5	175,9
Brasil - <u>1982</u>	47,5	51,9	153,3
Est. do Rio de Janeiro - <u>1984</u>	43,4	87,5	285,8

Fonte: WHO, World Health Annual, 1985.

No Estado do Rio de Janeiro, entretanto, parece claro que:
- As DIP existem, surgem, se instalam ou se expandem, tanto aquelas comuns nos países subdesenvolvidos, como doenças virais e bacterianas preveníveis por vacinação - sarampo, difteria, tétano e coqueluche - e transmitidas por vetores e reservatórios - leptospiroses, leishmanioses tegumentar e visceral, doença de chagas, malária, esquistossomose, dengue, entre outras, quanto as que predominam nos países desenvolvidos, sendo exemplos as pneumonias e septicemias associadas a infecções hospitalares e AIDS.

Os Quadros III, IV e V apresentam, respectivamente, dados de notificação das DIP em geral, dengue e AIDS.

Vale destacar o quadro da dengue cuja epidemia recrudescer, com indicações claras de que será uma nova endemia, sujeita a surtos sazonais, mudanças de padrão clínico e complicações previsíveis. Os casos de dengue notificados nada têm a ver com os números reais da doença, obviamente, e apenas mostram a tendência de sua curva.

Quadro II - Taxas de mortalidade (por 100.000) em menos de 5 anos se gundo principais causas, no Estado do Rio de Janeiro, em 1979 e 1984.

Causas de Óbito	<u>Ano de óbito</u>	
	1979	1984 *
Diarréia	279,4	158,7
Coqueluche	4,7	1,7
Difteria	6,2	1,8
Poliomielite	1,7	-
Tétano	0,2	-
Sarampo	32,8	26,3
Pneumonia	257,8	242,0
Tuberculose	4,9	3,1
Septicemia	40,0	35,7
Total DIP	587,7	489,3
Neoplasmas	7,8	7,9
Def.Nutricionais	121,3	56,3
Causas Externas	7,6	22,3
Todas as causas	1.574,8	1.110,2

Retirado de: SNABS, MS - Estatística de Mortalidade - Brasil - 1979 a 1982.

* Dados primários fornecidos pelo CIS/MS.

O número de casos de AIDS, apesar das subnotificações, evidencia um aumento progressivo e alarmante uma vez que, pelos conhecimentos atuais, todos os pacientes deverão evoluir fatalmente ao óbito.

A meningite meningocócica também vem apresentando aumentos da mortalidade mensal, estando em avaliação a possibilidade de já representar o início de um processo epidêmico. Tal fato é agravado por não se conhecer o sorotipo implicado (diagnóstico ainda não realizado no Brasil) e, portanto, nem a indicação das vacinas disponíveis entre nós.

2. Assistência Clínica e de Laboratório

Não existe qualquer planejamento de assistência às DIP para o Município, ou o Estado do Rio de Janeiro, nem são preenchidas as necessidades mínimas adequadas a isso, sendo inteiramente desordenada a assistência às DIP por regiões de Saúde, inclusive na capital.

A especialidade "Doenças Infecciosas e Parasitárias" (ou qualquer outro termo que possa se equivaler) não é distinguida entre 25 especialidades médicas listadas em documento oficial que oferece os "Parâmetros para Planejamento Assistencial a serem utilizados no INAMPS" (Anexo a Portaria 3046/82) e nem é referida no Rio de Janeiro nos documentos de "uso interno" que orientam as referências e contra-referências de pacientes. Assim, está omitida das listas de especialidades oferecidas por Hospitais Públicos, mesmo onde existe como Serviço (Hospitais Universitários e Hospital Evandro Chagas-MS); não é referida entre 39 especialidades dos Hospitais Municipais, nem entre os 43 tipos de serviços clínicos e laboratoriais dos Hospitais do INAMPS; também não é citada entre 30 especialidades dos PAMs. Incluiu-se apenas entre as 29 especialidades relativas aos Hospitais Estaduais (associada ao H. São Sebastião).

2.1. Disponibilidade de leitos de DIP

Em verdade, nos Hospitais gerais, os Serviços de Doenças Infecciosas e Parasitárias apenas existem em alguns Hospitais Universitários. Estes, representam, no Município do Rio de Janeiro, 88 leitos e, no resto do Estado, 66. Acrescem-se, no Município, 6 leitos do Hospital dos Servidores do Estado - INAMPS, 70 do Hospital Estadual S. Sebastião e 32 do Hospital Evandro Chagas - FIOCRUZ.

Quadro III - Doenças Infecciosas de notificação compulsória registra-
das no Município do Rio de Janeiro, no ano de 1984.

DOENÇAS	CASOS
Coqueluche	1.141
Difteria	58
Meningites (incluindo doença meningocócica)	859
Febre Tifóide	18
Hepatite	1.244
Rubéola	3.502
Sarampo	3.721
Tétano	39
D S T (Doenças Sexualmente Transmissíveis)	8.571
Poliomielite	-
Tuberculose	-
Leptospirose	19
Doença de Chagas	03 (óbitos)
Esquistossomose	26
Malária	18
Hanseníase	144
Leishmaniose	78
Raiva	01
TOTAL	19.442

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 1985.

De serviços de DIP somam-se 262 leitos, dos quais 196 localizados no Município (74,8%) e 66 (25,2%) no restante dos Estado - Quadro VI.

Distribuídos os leitos desses serviços pelas regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e calculada sua relação com as populações, verificou-se - Quadro VII - que a relação de leitos DIP varia de 0,0 a 2,6/100.000 habitantes, com média no Estado de 2,1/100.000. No mesmo Estado, a mortalidade por DIP- subestimada - é de 43,4/100.000, em média.

Quadro IV - Casos notificados de Dengue no Rio de Janeiro de abril a dezembro de 1986.

Meses	Notificação
Abril	69
Maio	8.877
Junho	7.293
Julho	4.140
Agosto	896
Setembro	250
Outubro	136
Novembro	296
Dezembro	2.101
TOTAL	24.058

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Estado do Rio de Janeiro, 1987.

Quadro V - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS/SIDA NOTIFICADOS SEGUNDO
UNIDADES FEDERADAS E GRUPOS DE RISCO
BRASIL - 30-12-86

GRUPO DE RISCO UF	HOMOSSEXUAL/ BISSEXUAL	HEMOFÍLICO	POLITRANSFUN- DIDO	USUÁRIO DE DROGA INJE- TÁVEL	FATOR DE RISCO NÃO IDENTIFICADO		EM INVESTIGAÇÃO *	TOTAL
					H	F		
RO	-	-	-	-	-	-	-	-
AC	-	-	-	-	-	-	-	-
AM	-	1	-	-	-	-	-	1
RR	-	-	-	-	-	-	-	-
PA	2	-	-	-	-	-	-	2
AP	-	-	-	-	-	-	-	-
MA	1	1	-	-	-	-	-	2
PI	-	-	-	-	-	-	-	-
CE	7	2	-	-	-	-	1	10
RN	4	-	-	-	-	-	2	6
PB	4	-	-	-	-	-	-	4
PE	22	-	-	-	5	-	-	27
AL	3	-	-	-	-	-	-	3
SE	-	-	-	-	-	-	-	-
BA	16	-	-	1	1	1	-	19
MG	22	2	1	1	-	-	1	27
ES	1	1	-	-	-	-	-	2
RJ	122	20	7	6	18	7	10	190
SP	473	16	8	9	73	6	20	605
PR	8	-	1	-	-	-	-	9
SC	10	1	-	-	-	-	-	11
RS**	40	1	-	1	-	-	-	44
MT	1	1	-	-	-	-	-	2
MS	1	3	-	-	-	-	-	4
GO	6	-	-	-	-	-	-	6
DF	8	-	-	-	-	-	-	8
TOTAL	751	49	17	18	97	14	34	982

FONTE: Secretarias Estaduais de Saúde

* Caso ainda não classificado por grupo de risco

** 1 caso por transplante

Quadro VI - Leitos hospitalares de Serviços de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Estado do Rio de Janeiro e por Região de Saúde.

Serviços	Leitos de DIP
Região Metropolitana	229
.H.Universitário - UFRJ	38
.H.Universitário - UERJ	28
.H.Universitário - UFF	12
.H.Clínicas - UNIRIO	10
.H.Evandro Chagas - FIOCRUZ	32
.H.Servidores do Estado - INAMPS	06
.H.Estadual S. Sebastião	70
.Fac.Medicina de Petrópolis	33
Região Médio Paraíba	19
.H.Escola - F. Med. Valença	12
.H.Escola - F. Med. Volta Redonda	07
Região Serrana	10
.H.Clínicas - F. Med. Teresópolis	10
Região Norte	04
.H.Escola - F. Med. Campos	04
Região das Baixadas Litorâneas	
Estado do Rio de Janeiro	262

Fonte: MARZOCHI, K.B.F. Projeto de Ampliação do Hospital Evandro Chagas, Rio de Janeiro, 1986 (Mimeo)

Quadro VII - Relação entre populações e leitos de DIP nas regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Região	População	Leitos de DIP	Leitos por 100.000hab	Óbitos DIP * por 100.000hab
Metropolitana	10.500.000	244 (229)	2,3	-
Médio Paraíba	94.000	19	2,0	-
Serrana	385.000	10	2,6	-
Norte	700.000	04	0,6	-
Baixadas Litorâneas	450.000	-	0,0	-
Estado do Rio de Janeiro	12.975.000	277	2,1	43,4
Município do Rio de Janeiro	5.900.000	211	3,6	29,4

*Como causas de óbitos por DIP, são consideradas: "Doenças Infecciosas e Intestinais", Tuberculose, Septicemia, Sarampo, Hepatite por vírus, Doença de Chagas, Sífilis e Esquistossomíase.

Fonte: SNABS

Na capital a mortalidade cai para 29,4/100.000 onde a disponibilidade de leitos aumenta para 3,6/100.000.

Dispõe-se, em média, no Estado do Rio de Janeiro de 0,021 leitos DIP/1000 habitantes, variando pelas Regiões de zero, nas Baixadas Litorâneas, a 0,023, na Região Metropolitana.

Considerando-se a necessidade de internação em DIP como a de Clínica Médica, admitida ser de 1,11 leitos/1000 (Anexo a Portaria nº 3046/82 - INAMPS), seria necessário um número de leitos/DIP no mínimo 30 vezes maior que o existente.

2.2. Deficiências da Assistência Clínica e Laboratorial

Os pacientes de DIP, apesar da carência de leitos específicos, são atendidos em serviços gerais de Emergência, Ambulatórios e Internação, dispendo ou não do apoio da especialidade.

A internação desses pacientes ocorre com frequência elevada, seja pela natureza dos casos, agudos e graves desde o início, ou porque demandam investigação mais complexa. Entretanto, a má qualidade dos atendimentos ambulatoriais e de emergência que, de regra, precedem o atendimento pelo especialista, freqüentemente retarda o diagnóstico, agrava o estado do paciente, ou o leva ao óbito e vitável, e aumenta os custos.

A má qualidade do atendimento em DIP deve-se aos seguintes fatores principais:

a) Dificuldades operacionais

- Impossibilidade de organização de mecanismos de atendimento com referência e contra-referência de casos de DIP, pelo pequeno número de Serviços especializados de ambulatório, emergência e internação.

b) Ausência do especialista

- Em Serviços clínicos e cirúrgicos de ambulatório, emergência e internação essa falta contribui para retardo do diagnóstico, inadequação e falhas terapêuticas, internações indevidas, óbitos e vitáveis e custos elevados.

Exemplos ilustrativos, que correspondem ao dia a dia do especialista em DIP, são as meningites complicadas e difterias graves que chegam ao infectologista após duas ou mais consultas prévias, tratadas (e inadequadamente) como otites ou sinusites e amidalites, respectivamente.

c) Dificuldades na realização de exames diagnósticos

- Dos mais simples aos mais complexos, precários em qualidade e quantidade, ^{as dificuldades ocorrem} tanto nos Serviços gerais, como nos escassos Serviços de DIP existentes e, principalmente, em emergências.

Vale destacar o problema das meningites (por todas as causas) que persistem sem as condições mínimas de confirmação laboratorial na maioria dos locais, além do retardo no diagnóstico clínico.

d) Ausência nos Serviços de DIP de enfermarias: de isolamento para tetânico, de atendimento ao paciente grave e de CTI com condições para isolamento de DIP.

- e) Ausência de interação regular dos Serviços de DIP, seja com serviços gerais clínicos e cirúrgicos, seja com laboratórios para diagnósticos específicos aprimorados, ou de tecnologia onerosa.

Nesses casos, destacam-se as DIP subagudas ou de evolução crônica, em que essa integração seria mais indicada pelo tempo e qualidade de atendimento que demandam, a par do número considerável de casos. Assim, podem ser tomadas como exemplo do caótico atendimento aos pacientes de DIP, a leishmaniose cutâneo-mucosa e as micoses profundas, de prognóstico sombrio quando tardiamente reconhecidas, incapacitando os cidadãos em fase produtiva de sua vida, mas apenas contabilizadas (e mal) pelos óbitos.

No sistema de saúde vigente, do qual é inexplicavelmente subtraído o especialista, esses pacientes são agredidos por dificuldades e erros técnicos em todas as fases do seu atendimento. Isto se deve a retardo na suspeita clínica, ausência ou falta de acesso ao diagnóstico laboratorial confiável, indicação terapêutica inadequada ou não disponibilidade do tratamento indicado e ausência do necessário seguimento ambulatorial.

- f) Deficiência do Hospital Estadual S. Sebastião (HESS).

Este Hospital responde por 30% dos leitos de DIP do Estado do Rio de Janeiro e atende, principalmente, aos pacientes agudos. Pelas graves deficiências que apresenta, sua avaliação será destacada.

Condições de atendimento do HESS:

O HESS, de referência no Estado do Rio de Janeiro para triagem e internação dos casos de DIP agudas, não dispõe das condições necessárias para diagnóstico e terapêutica que lhe caberiam como Unidade terciária. As técnicas mais simples para diagnóstico e tratamento das infecções mais frequentes não são ali realizadas e se situa afastado fisicamente de Hospital geral não podendo contar também com o apoio de especialistas de diversas áreas para interconsultas necessárias. Há trinta anos não tem Serviço de Anatomia Patológica e há seis anos deixou de receber Internos e Médicos Residentes.

Apesar das elevadas taxas de letalidade observadas no HESS-Quadro VIII - comparadas a outros serviços especializados do Município, a prestação de serviços deste Hospital é, quantitativamente, in-

substituível nas atuais condições de atenção às DIP no Rio de Janeiro, como mostra o Quadro IX.

O Hospital recebe pacientes de áreas longínquas e contribui para o diagnóstico e tratamento em regime de internação, de mais de 50% das DIP agudas notificadas do Estado do Rio de Janeiro- Quadro X.

Condições físicas do HESS:

Localizado em bairro de difícil acesso, sujeito a problemas crônicos de enchentes e com poucos recursos de transporte, o Hospital sofreu nos últimos 20 anos (dos seus 97 de existência) nítida deterioração. Seu estado crônico de abandono culminou com o parcial desabamento do Pavilhão Viana do Castelo, em fevereiro de 1986, logo em seguida desprezado.

Em novembro de 1986 o Pavilhão Clementino Fraga, que se encontrava há anos em reforma, foi re-inaugurado. Entretanto, não só a sua nova planta é absurda para um bom funcionamento, segregando pacientes graves em quartos pouco acessíveis aos cuidados, já insuficientes, de Enfermagem, como a situação de diagnóstico e tratamento dos pacientes permanece inalterada.

Quadro VIII - Taxa de letalidade anual por DIP atendida no Hospital Estadual S. Sebastião de 1980 a 1984.

ANO	1980	1981	1982	1983	1984
MENINGITE	35,7	36,7	32,1	25,9	24,8
DIFTERIA *	12,7	13,2	10,2	6,1	13,4
TÉTANO	42,5	42,4	45,5	28,3	28,7
NEO	94,1	88,2	81,8	66,6	85,7
SEPTICEMIA	82,9	65,7	54,0	47,5	65,7
SARAMPO	7,5	10,7	12,1	13,5	9,3
LEPTOSPIROSE	16,0	7,8	9,5	3,7	11,1
COQUELUCHE	6,2	15,7	26,6	15,3	38,4
TXMGH	24,5	24,4	22,6	20,3	20,5

Fonte: Estatística do HESS.

* As Difterias com miocardite são transferidas, diminuindo sua taxa; o mesmo com relação a Leptospirose, com insuficiência renal.

Quadro IX - Internação anual por DIP no Hospital Estadual S. Sebastião de 1980 a 1985.

ANO						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985
MENINGITE	1030	991	904	1061	1175	1050
SARAMPO	506	483	557	288	428	83
VARICELA	79	102	53	43	58	87
DIFTERIA	181	159	149	145	158	155
TÉTANO	87	99	83	79	99	82
NEONATORUM	17	17	11	12	14	14
LEPTOSPIROSE	25	38	60	49	23	28
OUTRAS *	513	445	415	183	419	370
TOTAL	2438	2334	2232	1860	2374	1870

Fonte: Estatística do HESS.

* Coqueluche, Septicemia, Raiva, Febre Tifóide, Malária, Hepatite, Parotidite, Miscelânea.

Quadro X - Casos de DIP agudos e de internação obrigatória do H. Estadual S. Sebastião e notificados do Estado do Rio de Janeiro, de 1980 a 1985.

DIP Agudas	1980	1981	1982	1983	1984	1985
	HESS/ESTADO	HESS/ESTADO	HESS/ESTADO	HESS/ESTADO	HESS/EST.	HESS/EST.
Meningite	1030/1707	991/1658	904/1562	1061/1576	1175/1748	1050/1603
Difteria	181/428	159/312	149/276	145/228	158/271	155/198
Tétano	106/236	116/175	94/175	91/126	113/169	96/145

Fonte: Levantamento de dados do HESS e da Secretaria Estadual de Saúde - RJ.

3. Prevenção e Controle

Dos dados apresentados, uma simples análise indica a falência crônica dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica centralizados no Município e no Estado. Isto, com base no número inavaliável de subnotificações, e portanto na ausência das demais medidas delas decorrentes, bem como na falta de retorno das informações para a equipe de saúde que atendeu o caso, limitada à obrigação burocrática das notificações. Estas, por sua vez, comumente não são feitas e, tampouco, cobradas.

Neste sentido, é lamentável não só a ausência de uma política geral enfática voltada à profilaxia das doenças imunizáveis, mas também a cobertura local insuficiente e mal distribuída da mesma.

A centralização das medidas de vigilância relativa aos comunicantes do paciente e seu meio, tira das unidades de atendimento (serviços de ambulatório, internação e emergência), a responsabilidade e até a participação na prevenção e controle das doenças, impedindo a prática do ensino e da aprendizagem nessa área.

Por outro lado, em níveis centrais de atuação não há recursos humanos e materiais ao menos quantitativamente suficientes para atividades de controle, sem falar em medidas mais específicas relacionadas a combate a vetores e reservatórios e algumas atividades de vigilância sanitária.

Assim, a exemplo, embora persistam crescentes os casos de AIDS, área de interesse prioritário do Ministério da Saúde, permanecem sem controle os comunicantes desses pacientes, assim como os doadores de sangue portadores da infecção. O mesmo se dá com os locais predisponentes à transmissão e expansão da virose, principalmente aqueles de práticas sexuais promíscuas e Bancos de Sangue, não sujeitos a legislações controladoras.

Igualmente, ignoram-se os números das demais infecções sexualmente transmissíveis como sífilis, gonorréia e outras, assim como não há nos Bancos de Sangue em geral, supervisão efetiva, nem controle de qualidade dos testes diagnósticos obrigatórios para doadores, ainda restritos a sífilis, doença de chagas e hepatite.

Persistem também no Rio de Janeiro as tradicionais endemias brasileiras - leishmanioses, esquistossomose, D. de chagas e Malária - em sua transmissão natural com participação de vetores artrópodes e planorbídeos e reservatórios diversos, e sem o conhecimento da

distribuição desses em quase todo o Estado. Adicionalmente, não está excluída a transmissão dessas parasitoses e outras (exceção feita à esquistossomose) por transfusão de sangue e hemoderivados.

Não é possível deixar de incluir as leptospiroses entre as mais graves endemias no Rio de Janeiro, evoluindo em surtos anuais, no período das chuvas. Mas, se desconhecem as medidas efetivas no controle dos ratos, seus principais reservatórios. A letalidade dos casos diagnosticados é tão alta entre nós, quanto das meningites bacterianas e os custos hospitalares são tão ou mais elevados.

Também aumentam as infecções hospitalares e são falhas, ou inexistentes, as Comissões de Infecção "obrigatórias", mas criadas sem a obrigatoriedade da participação do infectologista.

Finalmente, continuam ocorrendo todos os dias casos de doenças infecciosas e parasitárias em comunicantes, com óbitos evitáveis entre estes, por falta de aplicação das normas básicas de vigilância epidemiológica em todos os níveis.

4. Investigação científica e formação de recursos humanos

A ausência de uma política de investigação científica na área da Pesquisa Clínica tem contribuído para sensível queda no padrão de ensino de graduação e pós-graduação e, portanto, na qualidade da assistência prestada em geral, considerando-se a elevada proporção das DIP no quadro nosológico nacional.

É paradoxal a inexistência de serviços de DIP na rede pública assistencial frente à demanda e à carência observadas. Entretanto, todos os anos são formados especialistas em DIP, a partir de Residências Médicas, que nos últimos 10 anos, apenas no Rio de Janeiro, somaram mais de uma centena. Estes, na ausência de mercado de trabalho específico foram de regra absorvidos pela rede pública para exercerem especialidades outras, distribuídos aleatoriamente.

É necessário recuperar o "pesquisador clínico das doenças infecciosas apto a atuar dentro e fora dos hospitais, capaz de assumir e enfrentar as doenças transmissíveis onde ocorram, de enxergá-las em seu contexto com espírito investigativo voltado ao seu controle e de se multiplicar, através do ensino, na medida que receber o necessário apoio" (MARZOCHI, K.B.F., 1986).

É notória a redução da pesquisa em DIP nas Universidades, mas é necessário que ela exista e seja incentivada em seus diversos níveis de complexidade e integração. A investigação é fundamental

não só nos serviços universitários, mas em todos os serviços públicos à proporção que adquiram nível confiável de qualidade dentro do que se propõem. Essa pesquisa deve se realizar tanto no campo, quanto na clínica-de ambulatório, internação e/ou emergências - no laboratório e, se possível, integrando essas áreas.

III - PROPOSTAS.

1. Criação de um Sistema Integrado de Atendimento às DIP em nível clínico, de laboratório e prevenção, inserido na rede pública já existente, buscando os princípios de hierarquização e regionalização.

1.1. Em cada Região de Saúde do Estado se organizarão sub-sistemas integrados com nível de complexidade determinado pela demanda e pelos recursos existentes.

1.2. Deverão se estabelecer mecanismos eficientes e controlados de referência e contra-referência que permitam o atendimento de casos mais complexos em unidades mais diferenciadas de cada Município e/ou Região, dependendo das características locais.

1.3. O Sistema proposto buscará assumir a necessidade da especialidade de DIP, integrando o trabalho multidisciplinar da equipe de Saúde.

2. Numa mesma Unidade de atendimento deverão ser aplicadas, igualmente, as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle, levando-se em consideração os fatores que determinam a doença e aqueles dela conseqüentes; e **incluídos, se possível, o ensino e a pesquisa.**

Rompe-se com isso a dicotomia da prevenção "versus" cura e os conceitos erroneamente entendidos como independentes de Medicina Preventiva e Medicina Curativo.

3. Propõe-se que cada "Unidade" de atenção à saúde funcione como um núcleo completo de atendimento reunindo todas as condições adequadas de eficiência em DIP, no nível em que se propõe.

As Unidades podem ser representadas por: Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades mistas e Hospitais dos diversos níveis de complexidade.

4. Considerando-se que os atendimentos em DIP constituem a maior parcela de demanda em Postos e Centros de Saúde, Unidades Mistas e PAMs, indica-se a presença do infectologista, assim como do sanitarista na nesses serviços, desde os Centros de Saúde.

5. Em todos os Hospitais Gerais da rede pública-Federais, Estaduais e Municipais de qualquer nível de complexidade, deverão ser criados (se não existentes), Serviços de Doenças infecciosas e Parasitárias e o especialista deverá atuar diretamente em Ambulatório, Internação e Emergência. A especialidade também deverá ser representada por, pelo menos, um elemento na Comissão de Infecção Hospitalar e no Serviço de Vigilância, além de estar integrado às demais especialidade clínicas e cirúrgicas e ao laboratório.

5.1. Na impossibilidade de se contar com infectologista, a curto prazo, nos Centros de Saúde e Unidades mistas, cabe ao Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital de referência local a integração com aquelas Unidades sob forma de assessoria e supervisão.

6. Deverão ser criados Serviços ou Setores de atendimento de emergência em todos os Hospitais gerais, incluído o funcionamento noturno da clínica e do laboratório.

7. A Vigilância epidemiológica deve ser integrada à Vigilância sanitária, no que respeita ao paciente, e, de maneira similar às outras ações, segundo níveis de complexidade.

8. Os serviços de DIP deverão incluir enfermarias para os diversos tipos de isolamento, inclusive do tetânico, e de atendimento ao paciente grave.

Nos Hospitais gerais, os CTI deverão incluir salas de isolamento para os pacientes de DIP.

9. Obedecendo ao princípio de hierarquização, será necessário criar, ou re-ordenar, centros de diagnóstico referenciais, com níveis de complexidade crescente.

9.1. Cada unidade de atendimento médico, deverá dispor de, ou estar integrada a, laboratório de complexidade proporcional ao seu porte, a ela subordinada.

9.2. A definição de prioridades quanto a atividades, número e distribuição dos laboratórios, sejam eles componentes da Rede de Laboratórios de Saúde Pública, ou pertencentes a Unidades de atendimento da rede pública ou conveniada, deverá ser estabelecida através das Ações Integradas de Saúde - AIS.

9.3. A complexidade dos exames a serem realizados dependerá das características locais, acompanhando a hierarquização do atendimento e atendendo às necessidades de diagnósticos mais específicos e/ou onerosos e/ou aprimorados.

9.4. O sistema hierarquizado de diagnósticos laboratoriais culminará em um Laboratório central de referência e controle de qualidade de exames, nos moldes do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS (FIOCRUZ) que apoia o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Através de centralização normativa aliada a uma descentralização executiva deverá desempenhar o papel de fiscalização e controle de qualidade dos laboratórios da rede pública e conveniada, em Patologia Clínica, Microbiologia e Anatomia Patológica, apoiando o Sistema de atendimento clínico proposto, além dos Sistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

10. O Ministério da Saúde, através da FIOCRUZ representada pelo Hospital Evandro Chagas - IOC, "Instituto Nacional de Controle de Diagnóstico em Saúde" e Escola Nacional de Saúde Pública, e o Ministério de Educação e Cultura, através dos Serviços Universitários de alto nível, poderão constituir o núcleo mais diferenciado do Sistema Integrado de Atendimento às DIP no Estado. Mantendo a integração das atividades clínicas, de laboratório e epidemiologia, esse núcleo incluirá, como função destacada, a realização de pesquisa clínica e a formação de recursos humanos.

11. A formação de recursos humanos em DIP deverá ser incentivada e tecnicamente melhorada para atender às necessidades reais de demanda, de acordo com a nova política do Sistema Unificado de Saúde.

11.1. Deverá ser efetuado remanejamento (voluntário) dos infectologistas dispersos na rede pública para os serviços de DIP recém-criados, com substituição dos mesmos pelos profissionais adequados.

11.2. Deverão ser abertos concursos na especialidade, incluindo provas de conhecimento, títulos e experiência específica, com divulgação nacional.

11.3. Deverão ser abertas Residências Médicas nos Serviços de DIP recém-criados, logo que possível.

11.4. Deverão ser implantados programas de capacitação de recursos humanos incluindo estágios para formação, ou reciclagem em DIP, com supervisão, avaliação de atividades práticas e teóricas e carga horária mínima de 800 (oitocentas) horas.

11.5. Deverá ser proposta ao MEC, através da ABEM, a inclusão do estágio em DIP e Vigilância Epidemiológica no rodízio obrigatório de Internato que constituirá a 5a. área básica do Ensino Médico. Isso se justifica pela frequência e gravidade das Doenças Infecciosas e Parasitárias demandando controle e pela existência de doutrina própria como especialidade.

11.6. Em coerência com o item 11.5. deverá ser proposta ao MEC, através da ANMR, a inclusão de temas de DIP junto aos de Saúde Coletiva nos concursos de Residência Médica.

11.7. Deverá se incluir nas atividades de Residência Médica em DIP, assim como de Internato, a passagem obrigatória do aluno em todos os níveis de atenção médica, como ênfase para o Internato nos mais básicos representados por Centros de Saúde ou Unidade Mista.

11.7.1. A ausência de supervisão direta ou permanente em nível de Centro de Saúde ou Unidade Mista não impedirá a passagem dos alunos nestes locais sendo substituída por assessoria sistemática à distância, do hospital de referência.

11.8. Deverá ser recomendada a inclusão do estágio em DIP nas Residências de Pediatria e Clínica Médica.

IV - CUSTOS.

1 - Leitos de DIP

Partindo do pressuposto de que o número ideal de leitos de Clínica Médica e Pediatria é de 1,1 por 1000 habitantes (Anexo Portaria nº 3046/82 INAMPS) e admitindo que os pacientes de DIP devam representar no Rio de Janeiro, no mínimo, cinquenta por cento das internações, estimamos que a demanda básica de leitos em DIP será de 0,55/1000 habitantes.

Para a população do Estado do Rio de Janeiro serão necessários, portanto, com base nesses cálculos, 7 150 leitos.

2 - Serviços de DIP

Considerando que a investigação clínica em DIP requer técnicas aprimoradas de diagnóstico laboratorial, envolvendo exames complementares para considerável número de diagnósticos diferenciais, além da gravidade frequente dessas doenças, ou do longo tempo de seguimento clínico e de laboratório ;

Considerando que deverão ser criados, progressivamente conforme critérios de prioridade, cerca de 250 a 350 serviços de DIP, no mínimo, com base numa média de 20 a 30 leitos por serviço, entre os 123 da Rede Pública e excluídos os 481 da rede privada (IBGE, 1984);

Tomando como base o custo-dia do leito de paciente grave de DIP em torno de CZ\$ 2.500,00, incluída nesse custo a cobertura necessária ao atendimento de ambulatório e de urgência;

Serão necessários ao ano, para manutenção dos serviços (incluindo recursos humanos, de laboratório e tratamento) a quantia de CZ\$6.524.400.000.00

Acrescidos 30% para recursos nas fases de implantação dos Serviços - equipamentos e instalações - a quantia se eleva, no primeiro ano, para CZ\$ 8.500.000.000.00.

Observações gerais.

É preciso ressaltar que a proporção que se desenvolve um sistema integrado de atendimento ao paciente de DIP, deverão se reduzir as internações por doenças preveníveis (por imunização e outros métodos), e mesmo por outras infecções, através de adequado tratamento em nível de ambulatório. Também, a satisfatória organização dos serviços e o funcionamento das Comissões de Infecção Hospitalares permitirão encurtar o tempo médio de internação, evitar o uso desnecessário de antibióticos e quimioterápicos, prevenir as intercorrências infecciosas, reduzir as taxas de letalidade, levando, provavelmente, à redução dos custos.

V - DESDOBRAMENTOS PARA OS "CEM DIAS"

1. Criação de uma Comissão Central de Doenças Infecciosas e Parasitárias e Vigilância Epidemiológica subordinada à Comissão Estadual de Reforma Sanitária e atuando a nível da CIS.

Essa Comissão Central terá caráter permanente, devendo atuar na implantação e operacionalização do atendimento clínico e laboratorial às DIP e na implantação do Serviço de Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Controle. (VEPC).

1.1 Composição: Representantes dos Serviços de DIP atuantes no Estado, da ENSP, da Secretaria de Saúde do Estado e Municípios, do INAMPS, do Laboratório Regional de Saúde Pública e do MEC.

1.2 Atribuições: Criar grupos regionais executivos para avaliar as condições locais de criação de Serviços de DIP e VEPC e sua infraestrutura laboratorial, compostos de diretores de Hospitais e de Centros de Saúde; assessorar os grupos regionais na operacionalização e desenvolvimento das atividades; organizar a formação de recursos humanos ou reciclagem dos mesmos em DIP, Laboratório e/ou Epidemiologia junto à Instituições e serviços qualificados.

2. Implantação dos Programas de vacinação sistemática contra sarampo, difteria, tétano, coqueluche, polio, tuberculose.

3. Ativar em sua plena capacidade os Serviços de DIP existentes no Estado, a exemplo, o Hospital dos Servidores do Estado - INAMPS, o Hospital Gafrão - Guinle - UNIRIO o Hospital Antonio Pedro-UFF e o Hospital Pedro Ernesto-UERJ.

4. Buscar soluções imediatas, mesmo que de caráter transitório, para os problemas mais graves do Hospital Estadual S. Sebastião viabilizando o necessário apoio de Serviços neurocirúrgicos e a integração com Laboratórios para exames diagnósticos complexos ou de alto custo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

- 1 - FERRARI, B.T. Desnutrição: a tragédia da fome
Rev. Bras. Terap. 15(3):41, 1986
- 2 - OLIVEIRA, S.A. Contribuição ao estudo do sarampo grave.
Tese de Mestrado, UFRJ, 1980
- 3 - SANTOS, C.S. e col. Inquérito parasitológico pelo exame de fezes em crianças pertencentes a creches no Rio de Janeiro. J. Pediat. 56(3):97, 1986
- 4 - AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE. PROJETO NITEROI. Dengue.
Informe Epidemiológico Mensal nº 4, ano II, abril, 1986
- 5 - RIO DE JANEIRO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E HIGIENE
DEPARTAMENTO GERAL DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS.
Boletim Epidemiológico sobre SIDA. Julho, 1986
- 6 - DEBATE. Doenças Infecto-contagiosas - um crime social
Revista CREMERJ, 3(4):18, 1986
- 7 - 8a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final, março 1986
- 8 - MINISTÉRIO DA SAÚDE - SNABS
Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
Princípios e Ações. Período: 1977 a 1984
Divisão Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, 1985 (Mimeo)
- 9 - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E HIGIENE
Ata da Reunião Interinstitucional de Projeto de Reestruturação do Hospital Estadual S. Sebastião. Departamento Geral de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1986 (Mimeo)
- 10 - RAMOS FILHO, C.F. Doenças Infecciosas e Parasitárias: o especialista e a especialidade. Documento para discussão na Comissão de Estudo das atribuições do especialista em doenças tropicais da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 1987 (Mimeo)
- 11 - MARZOCHI, K.B.F. Projeto de Ampliação do Hospital Evandro Chagas, 1986 (Mimeo)
- 12 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE
Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária
Diretoria de População e Social, V. 9 - 1984
- 13 - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTENCIAL SOCIAL-MPAS/INAMPS
COUTINHO, M.B. Reorientação de Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. Coordenadoria de Comunicação Social, 1982 (mimeo)

- 14 - MINISTÉRIO DA SAÚDE
Característica de Mortalidade no período 1979-1984.
Departamento Geral de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1985 (Mimeo)
- 15 - FIOCRUZ - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
RADIS. Mortalidade por causas externas no Brasil
Dados 8, Agosto, 1985.
- 16 - FIOCRUZ - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
RADIS. Estrutura da Mortalidade em 1979.
Dados 5, Junho 1983
- 17 - CREMERJ
I Simpósio Estadual de Doenças Infecciosas e Parasitárias
Relatório Final. Boletim do CRE MERJ-Setembro/1986
- 18 - MINISTÉRIO DA SAÚDE . SNABS
Manual para Posto de Saúde
Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde, 1983
- 19 - MINISTÉRIO DA SAÚDE . SNABS.
Rede de Laboratórios de Saúde Pública. Estrutura Básica.
Divisão Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, 1980
- 20 - SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL
Proposta de Reestruturação da Regional Rio da Sociedade
Brasileira de Medicina Tropical.
Boletim da Sociedade de Medicina Tropical Regional do
Rio de Janeiro. Vol. 1, nº 1, 1986
- 21 - MINISTÉRIO DA SAÚDE
Sumário de Legislação Básica de Vigilância Epidemiológica.
- 22 - MARCOCHI, K.B.F. O Hospital Evandro Chagas e a Pesquisa
Clínica em Mangueiras. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro 1986