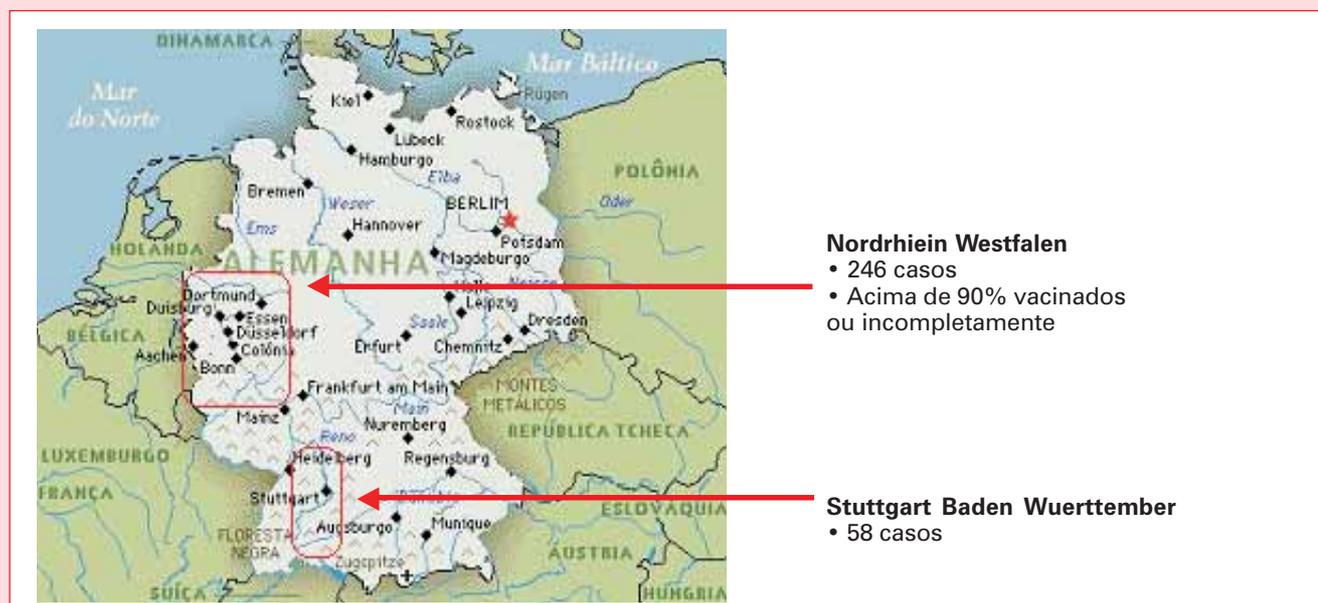


ALERTA EPIDEMIOLÓGICO VIAJANTES QUE IRÃO À COPA DO MUNDO!¹

O sarampo é uma doença de transmissão respiratória, altamente contagiosa, tendo sido a 5ª causa de mortalidade infantil até a década de 90. A partir do desenvolvimento da vacina, sua circulação diminuiu até ser eliminada em 2000, em todo o Brasil. Entretanto, nem todos os países do mundo aderiram a esta estratégia, havendo circulação do vírus nos demais continentes, exceto o americano.

A importação de casos para o Brasil poderá reintroduzir o vírus no país e colocar em risco crianças e adultos não vacinados. Atualmente está ocorrendo surto na Alemanha (figura), Espanha, Grécia, Inglaterra e Ucrânia. A Copa do Mundo irá atrair milhares de torcedores brasileiros para a Alemanha. Recomenda-se que os viajantes sejam vacinados com a vacina Tríplex Viral 10 dias antes de viajarem, e, assim, evitar transmitir a doença a outras pessoas quando de seu retorno.

duzir o vírus no país e colocar em risco crianças e adultos não vacinados. Atualmente está ocorrendo surto na Alemanha (figura), Espanha, Grécia, Inglaterra e Ucrânia. A Copa do Mundo irá atrair milhares de torcedores brasileiros para a Alemanha. Recomenda-se que os viajantes sejam vacinados com a vacina Tríplex Viral 10 dias antes de viajarem, e, assim, evitar transmitir a doença a outras pessoas quando de seu retorno.

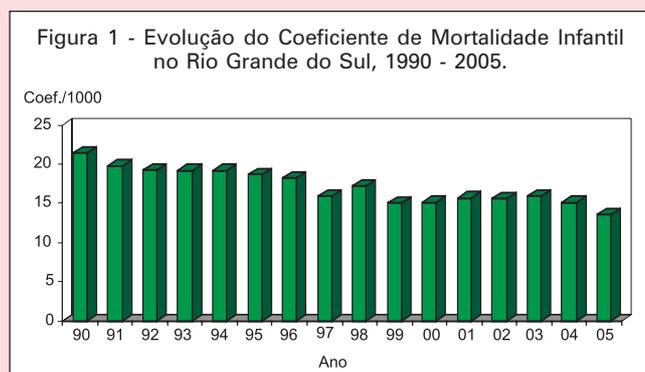


¹ Plano de Erradicação do Sarampo e Eliminação da Rubéola/RS - Email: sarampo@saude.rs.gov.br

A QUEDA DA MORTALIDADE INFANTIL NO RIO GRANDE DO SUL

José Roberto Saraiva¹, Carlos Armando Lima¹, Eleonora Walcher¹, Érico Faustini¹, Fúlvica C. Schuster¹, Mara Peres¹, Maria Natália G. de Melo¹, Werner Fetzner¹, Paulo Grassi².

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) volta a cair no Estado. Depois de quase uma década estacionado no patamar dos 15 óbitos por mil, em 2003 era 15,9, em 2004 caiu para 15,1 e em 2005 caiu a 13,6 por mil (Fig. 1).



Ano	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
Óbitos	3809	3566	3518	3582	3612	3517	3321	2867	3058	2777	2650	2514	2418	2374	2312	2003
CMI	21,5	19,8	19,3	19,2	19,2	18,7	18,3	15,9	17,2	15,0	15,1	15,7	15,6	15,9	15,1	13,6

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAS/SES/RS

A experiência de países desenvolvidos revela que após atingir esse patamar a redução torna-se mais difícil, pois é necessária a diminuição da mortalidade neonatal sobretudo do componente neonatal precoce. A redução verificada em 2004 em relação ao ano de 2003 é atribuída basicamente às custas do componente infantil tardio. Mas o fato novo é que em 2005 conseguiu-se impactar a mortalidade neonatal, com destaque a mortalidade neonatal precoce, como resultado da melhora da atenção pré-natal (Fig. 2). No Estado, neste último ano, dois terços da redução foi neonatal e um terço infantil tardio. Outro aspecto a ser ressaltado é que o CMI caiu de forma global, isto é, em 16 das 19 regionais de saúde.

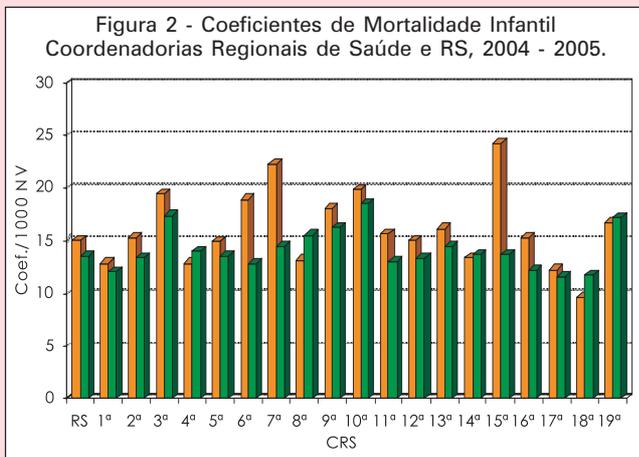
O pré-natal está sendo qualificado a partir da organização da atenção básica com o se está trabalhando com o estabelecimento de parcerias com os gestores municipais, processo de gestão do pré-natal, principalmente nos 51 municípios prioritários (51 dos 496 municípios concentram 68% da

¹ Seção de Saúde da Criança e Adolescente/Departamento de Ações em Saúde/SES/RS

E-mail: jose-saraiva@saude.rs.gov.br

² Núcleo de Informações em Saúde/Departamento de Ações em Saúde/SES/RS

E-mail: paulo-grassi@saude.rs.gov.br



Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAS/SES/RS

mortalidade infantil do Estado), com reuniões periódicas, a cada 30-40 dias. Essa organização da gestão do pré-natal vem sendo feita de acordo com o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN). Quando se iniciou a atual gestão da SES, em janeiro de 2003, 105 dos 496 municípios tinham aderido a esse programa. No segundo semestre de 2005 passado, atingiu-se 100% de adesão. A partir daí, a meta deixou de ser a adesão e passou a ser o desenvolvimento do Programa propriamente dito, nos municípios prioritários para o *Viva a Criança*.

O processo de execução do PHPN tem quatro pressupostos básicos:

- primeira consulta de pré-natal com menos de 120 dias (4 meses) de gestação;
- mínimo de 6 consultas antes do parto e, obrigatoriamente, uma consulta puerperal;
- realização de todos os exames de rotina (sangue e urina), no momento adequado;
- vacinação anti-tetânica em dia.

Em 2004, 7 % das gestantes fizeram sua primeira consulta com menos de 120 dias de gestação, ao passo que em 2005 esse percentual aumentou para 45. Assim evoluiu de 0,21 % para 13 % no mesmo período. O número de consultas de pré-natal no Estado aumentou de 417.411 em 2003 para 461.795 em 2004 e caiu para 455.545 em 2005, aumento da eficiência (mais consultas precoces e mais conclusões) do pré-natal com menor custo (número de consultas). E mais: aumentou a eficácia. A diminuição do número de nascimentos de crianças de menos de 1.500 gramas (prematuros pequenos, com taxa de mortalidade ao redor de 50 % no Estado) mudou de 2.132 em 2004 para cerca de 1.889 em 2005, comprovando esse aumento.

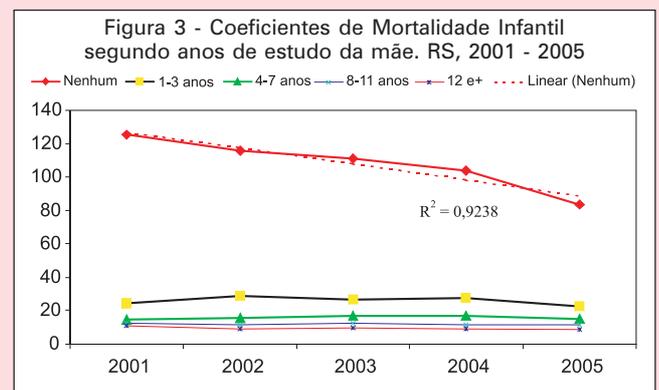
A qualificação do pré-natal pode ser argüido que, por si só, não garante qualidade. No entanto, é impossível ter qualidade no pré-natal sem que pelo menos os quatro pressupostos antes citados sejam atendidos na busca de maior. Outras razões que contribuiriam para a queda da mortalidade infantil:

- Regionalização da assistência perinatal: objetiva que os recém-nascidos de alto risco venham a nascer num dos 23 Centros de Referência para Gestantes e Recém-nascidos de Risco. Em 2004, cerca de 35 % dos recém-nascidos menores de 1.500 gramas nasceram em hospital sem UTI Neonatal. Em 2005, esse percentual caiu para 20 %;
- Expansão do Programa de Saúde da Família/PSF: a meta do Programa Saúde para Todos é atender 60 % da população do Estado. No início desta gestão, em janeiro de 2003, a cobertura populacional era de 12 % e atualmente é de 30 %. Nessa expansão, o que a SES sugere aos prefeitos e secretários municipais de saúde é que as equipes novas que venham a ser implantadas atendam os bolsões de pobreza dos municípios, porque se sabe que ali o risco de mortalidade infantil é maior;
- Promoção do Aleitamento Materno: isso vem sendo feito através do aumento do número de hospitais amigos da criança (em janeiro de 2003 eram 12, hoje são 18) e da implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Nesta estratégia, pretende-se por analogia aos hospitais, que os postos de saúde sejam amigos da amamentação;

- Vigilância e Investigação dos óbitos infantis: o Núcleo de Informações em Saúde (NIS) da SES implantou, a partir do segundo semestre de 2003, os relatórios semanais de óbitos de menores de um ano. O Viva a Criança tem a informação de quantos óbitos ocorreram na semana que passou e em que município. A partir dessa informação, as Secretarias Municipais de Saúde efetuam a investigação desses óbitos. Em 2002, o percentual de óbitos investigados foi de 6 %. Em 2003 aumentou para 88 e em 2004 para 95 %. Esse trabalho tem o objetivo de identificar as causas de morte, para que sejam geradas ações de saúde de modo a impedir que outras crianças venham a morrer pelas mesmas causas;
- Rede de Proteção às Crianças de Risco: através da investigação de óbitos foi possível traçar um perfil epidemiológico das crianças de risco para adoecer e morrer no primeiro ano de vida. Esses fatores são, em sua maioria, de natureza social. Por exemplo: grau de escolaridade e idade materna, renda familiar, condições de moradia (material da casa, presença ou não de luz elétrica, água e esgoto), número de filhos tidos, número de filhos vivos, etc. Dentre os fatores biológicos, destacam-se a prematuridade e o (muito) baixo peso. Todos esses fatores podem ser triados da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), na maternidade ou mesmo durante o pré-natal. Uma vez identificada essa gestante ou criança, elas terão atendimento prioritário por parte do município onde moram.
- Operação Inverno: a mortalidade infantil aumenta nos meses de frio. Em 2004, o número de óbitos no primeiro e no quarto trimestres foi igual. No segundo trimestre foi 20 % e no terceiro trimestre foi 25 % maior. Em 2005, com os postos de saúde de referência com atendimento em horário expandido e com a distribuição de kits de medicamentos por parte da SES, o aumento do número de óbitos tanto no segundo como no terceiro trimestres caiu para 5 por cento;
- Capacitações: eventualmente têm sido realizadas, com objetivos específicos. Podem ser citadas como exemplo os treinamentos para a Infecção Respiratória Aguda (Operação Inverno) e para a IUBAAM.

Todas essas estratégias e ações realizadas com maior ou menor impacto tiveram sua importância. Entretanto, o que pesou para que se conseguisse diminuir a mortalidade infantil no Estado foi a mobilização conseguida em todos os níveis. Desde o nível central até o agente comunitário do município mais longínquo.

Nota do Conselho Editorial: pode-se adicionar ao presente trabalho outro fator que contribuiu para a queda do CMI no Estado. Dados fornecidos pelo Núcleo de Informações em Saúde (NIS) da SES/RS revelam uma queda de nascimentos, tanto em números absolutos como em taxas (natalidade e fertilidade). Hoje, no Rio Grande do Sul, nascem menos crianças do que na década de 70. Nos últimos anos observou-se sensível diminuição da natalidade em mães de menor escolaridade (Bol.Epid.v.6, n.3, set 2004). O cálculo do CMI, de acordo com os anos de estudo das mães, mostra que de 2001 a 2005, a queda da mortalidade infantil ocorre principalmente nas crianças filhas de mães com nenhuma escolaridade. (Figura 3).



Fonte: Cálculos a partir de dados do SIM/Sinasc do NIS

Palavra-chave: Mortalidade Infantil. Rio Grande do Sul. Vigilância Epidemiológica. Coeficiente de Mortalidade.

USO DO GEORREFERENCIAMENTO NA PREVENÇÃO DA DENGUE EM PORTO ALEGRE - UMA PROPOSTA DE FERRAMENTA PARA USO LOCAL

Adelaide Kreuz Pustai¹, Maria Regina Varnieri Brito¹, Maria Angélica Weber¹, Maria Inês Bello¹, Liane Fetzer¹, Maria José Sá Britto¹, Christovam Barcellos²

INTRODUÇÃO

Em 2002, como reflexo da grave epidemia de dengue que houve em vários estados do país, Porto Alegre teve 127 casos confirmados de dengue, importados de vários estados do país, sendo que o maior número (69) se infectou no Rio de Janeiro. Esse grande número de casos fez com que a Equipe de Controle Epidemiológico e a Equipe de Controle de Zoonoses da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre procurassem desenvolver uma forma ágil de cruzar as informações de casos de dengue e focos do vetor *Aedes aegypti*. Frente a essa situação e preocupados de que não ocorresse transmissão autóctone da doença em nossa cidade, cada caso notificado e confirmado demandou uma vigilância ambiental em um raio de 300m do local de residência do paciente.

OBJETIVO

Realizar uma estratificação de risco da doença em nossa cidade, desenvolvendo metodologias de vigilância da dengue baseadas no mapeamento de casos e focos.

METODOLOGIA

Foram utilizados o mapa digitalizado de Porto Alegre e o *software* MAPINFO® (versão 5), bem como duas bases de dados: os **casos** de dengue e os imóveis com **presença do vetor**.

Foram georreferenciados os casos investigados confirmados de dengue de pessoas com endereço fixo ou temporário em Porto Alegre. A base de dados (casos investigados de dengue) está toda digitada no SINAN versão windows (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), tendo sido exportados para o MAPINFO®.

Em outra camada (ou nível) foram georreferenciados os focos positivos para *Aedes aegypti* localizados em Porto Alegre. Para esse processo, foi criado um banco de dados digitado em ACCESS, gerado pelo Núcleo de Controle de Vetores da Equipe de Controle de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Esse banco de dados

utiliza as informações geradas pelo SISFAD (Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue) obtidas através dos Lis, PE, Par, etc., que também foram exportados para o MAPINFO® para serem georreferenciados.

RESULTADOS

A população residente em Porto Alegre que tinha viajado e retornado com a doença Dengue não residia (ou se hospedava) nas áreas da cidade onde existia a presença do vetor. Utilizando uma área de 100 m de raio ao redor de cada caso confirmado de Dengue, foram encontradas, no verão de 2002, somente cinco situações em que um foco de *Aedes aegypti* encontrava-se dentro desse raio, conforme pode ser visto na figura abaixo (127 casos importados e 695 focos identificados). O uso imediato destas informações, principalmente se for trabalhado não mais com casos confirmados de dengue e sim com os casos suspeitos; não mais com reservatórios com presença de larvas e sim com a simples existência do reservatório disponível (não infestado) em domicílios, permitiria priorizar, no dia a dia das ações de prevenção, as áreas com maior risco de transmissão autóctone da doença.

As situações reais em que casos e vetores estiveram geograficamente próximos foram raras, o que reforça a importância da intensa atividade de prevenção e de controle da população de vetores. O desafio é de manter índices de infestação e a disponibilidade de reservatórios para o vetor tão baixos que a situação espacial de casos e focos não se altere, uma vez que não é possível evitar o deslocamento dos indivíduos. No mapa abaixo é possível visualizar a distribuição espacial dos casos importados de dengue observados nos anos de 2002 e 2003. Porto Alegre continua sem casos autóctones de dengue (nunca houve um caso). Os mapas estão com a divisão administrativa que corresponde às gerências distritais de saúde de Porto Alegre. Observamos que os casos importados concentram-se na região central da cidade e em um eixo na direção norte/leste.

Figura 4 - Mapa dos buffer onde houve presença de focos e casos, a partir dos casos, Porto Alegre, janeiro a julho de 2002.

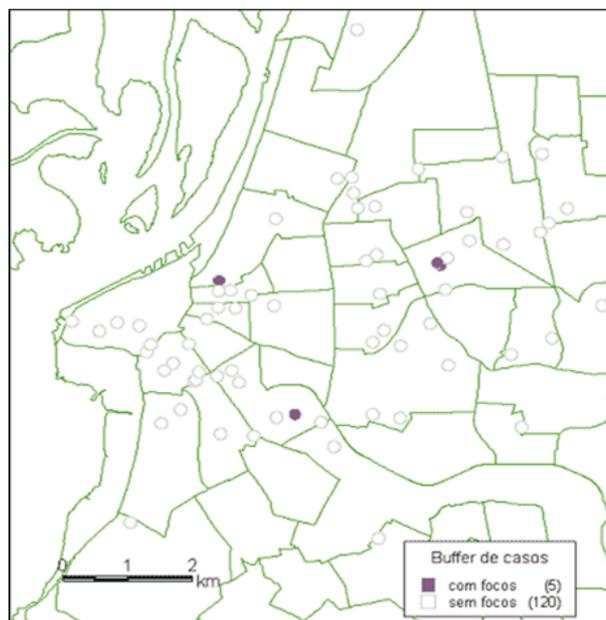
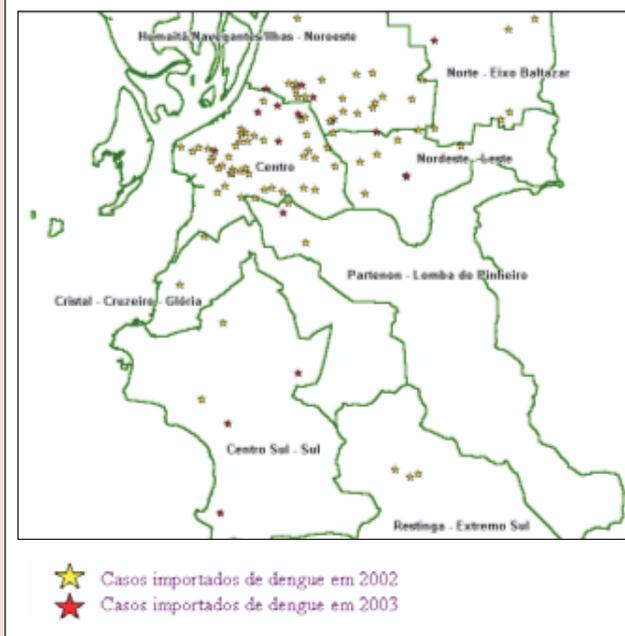


Figura 5 - Georreferenciamento dos casos importados de Dengue em Porto Alegre, 2002 e 2003.



¹ Cordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre E-mail: adelaidep@sms.prefpoa.com.br

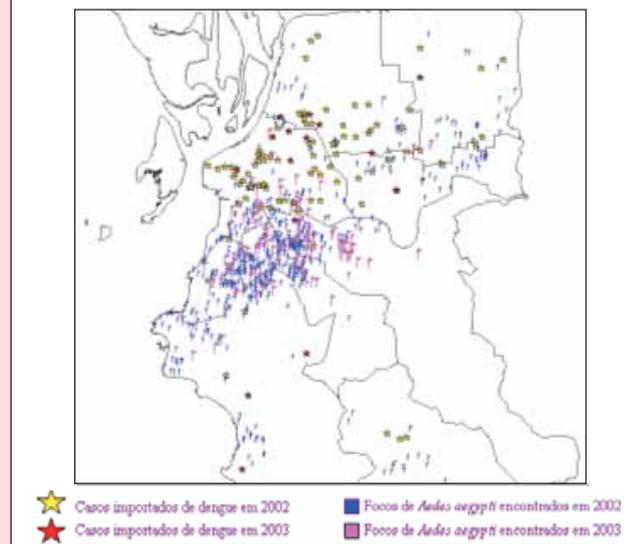
² Professor da FIOCRUZ/RJ - E-mail: xris@cict.fiocruz.br

O mapeamento de cada caso importado de dengue (confirmado por laboratório) e o mapeamento de cada reservatório positivo para larvas de *Aedes aegypti* dentro da cidade de Porto Alegre em mapa digitalizado (logradouro e número do domicílio) nos permitiu demonstrar por quê, nos verões (2001/02 e 2002/03), não ocorreram casos autóctones de dengue em nossa cidade, conforme pode ser visto na figura 6.

Conclusão e Recomendações: Felizmente, em 2002 e 2003, houve baixo risco para o início da transmissão de dengue em Porto Alegre, devido a pouca proximidade entre casos e focos. O método utilizado para o presente estudo poderá servir para que as vigilâncias epidemiológicas e ambientais o utilizem de forma permanente. Será possível ter a identificação mais precisa das áreas de risco, desde que haja uma atualização permanente das bases de dados de todos casos notificados como suspeitos de dengue, bem como dos focos, à medida que vão sendo encontrados. Dessa forma, será possível adotar medidas de prevenção imediatas (eliminação dos focos) na área de influência dos casos (300m do local de residência do paciente).

Palavras-chave: Porto Alegre. Dengue. Georreferenciamento.

Figura 6 - Georreferenciamento dos casos importados de Dengue e dos focos de *Aedes aegypti* em Porto Alegre, 2002 e 2003.



O CONHECIMENTO MÉDICO SOBRE A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS

Viviane Gaspary Ardanaz¹, Denise Aerts²

INTRODUÇÃO

As doenças de notificação compulsória estão definidas na portaria nº 1.943, de 18 de outubro de 2001, do Gabinete do Ministro, para todo território nacional. O fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para a realização da notificação das doenças de notificação compulsória (DNCs) são os definidos nas normas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN.

A compulsoriedade da notificação significa que todo cidadão tem o dever de comunicar a ocorrência de algum caso suspeito de doença que esteja na relação de notificação compulsória. Essa obrigação é inerente à profissão médica e a outras profissões da área de saúde. No entanto, vários fatores contribuem para que essa determinação não seja integralmente cumprida. Um deles é o desconhecimento da importância e dos usos da notificação, além do descrédito nos serviços de saúde incumbidos das ações de controle, os quais freqüentemente descuidam do retorno aos notificantes sobre os resultados das análises realizadas e as ações que foram desencadeadas (MS, 2002).

OBJETIVO

Investigar a subnotificação de DNC no ano de 2002 e o conhecimento médico sobre esse assunto em Carlos Barbosa - RS.

MATERIAL E MÉTODOS

Para o estudo da subnotificação

Foram obtidos dados referentes a todas as doenças notificadas pelos médicos no boletim de notificação compulsória e as notificadas por outros profissionais da saúde e pela comunidade. Esses dados foram coletados junto à equipe de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Carlos Barbosa - RS. Com o objetivo de evitar duplicidade de registro, os nomes dos indivíduos notificados foram comparados nessas duas fontes. Com isso, foi possível o conhecimento do total de casos de DNC ocorridos no município e o cálculo do sub-registro.

Para o estudo do conhecimento médico sobre as DNC

Delineamento – série de casos.

População em estudo - 36 médicos responsáveis pelo atendimento clínico da população de Carlos Barbosa, RS.

Coleta de dados - Os dados foram coletados em en-

trevista, por meio de questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas.

Variáveis - demográficas (sexo e idade), acadêmico-profissionais (tempo de formatura, setor, nível e área de atuação) e conhecimento que dispunham sobre a notificação de doenças compulsórias.

Análise dos dados – Análise de conteúdo temática.

Aspectos éticos - estudo foi autorizado pelo Secretário de Saúde de Carlos Barbosa, RS. Todos os sujeitos assinaram o termos de consentimento, não tendo havido recusas.

RESULTADOS

Tabela 1 – Distribuição das doenças notificadas pelos profissionais médicos e por outros profissionais e população, Carlos Barbosa, RS, 2002

DNC	Notificados por Médicos		Notificados por Outros		Total
	nº	%	nº	%	
AAR*	04	19,0	17	80,9	21
Sarampo	01	50,0	01	50,0	02
Sífilis Adquirida	01	100,0	00	00,0	01
Dengue	00	00,0	02	100,0	02
Toxoplasmose	01	25,0	03	75,0	04
Hepatite A	01	25,0	03	75,0	04
Hepatite B	07	17,1	34	82,9	41
Hepatite C	03	50,0	03	50,0	06
Rubéola	02	66,7	01	33,3	03
Caxumba	03	75,0	01	25,0	04
Animais Peçonhentos	05	71,4	02	28,6	07
Varicela	76	66,1	39	33,9	115
Tuberculose	01	100,0	00	00,0	01
DST	05	33,3	10	66,7	15
Total	110	48,7	116	51,3	226

Foram notificados pelas diferentes fontes 226 casos de doenças/agravos. Desses, 116 (51,3%) foram notificados por outros profissionais de saúde e pela população, constituindo-se nos casos de subnotificação. As doenças com o mais alto percentual de subnotificação foram a dengue (100%), hepatite B (82,9%) e atendimento anti-rábico (80,9%).

¹ Secretaria Municipal da Saúde / Carlos Barbosa / RS
E-mail: epidemiologia.saude@carlosbarbosa.rs.gov.br

² Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil/ Canoas / RS
E-mail: daerts@via-rs.net

Tabela 2 – Distribuição dos médicos segundo variáveis demográficas e acadêmico-profissionais, Carlos Barbosa, RS, 2002

Idade (anos)		
< 30	03	8,3
30 —40	15	41,7
40 —50	11	30,6
50 —60	04	11,1
≥ 60	03	8,3
Tempo de Formatura		
< 05 anos	03	8,3
05 — 10 anos	05	14,0
10 — 20 anos	15	41,7
20 — 30 anos	11	30,5
> 30 anos	02	5,5
Total	36	100,0

Área de Atuação*

Clínica Geral	13
Ginecologia	8
Cirurgia Geral	7
Pediatria	6
Medicina do trabalho	6
Traumatologia	3
Acupuntura	2
Homeopatia	2
Urologia	1
Oftalmologia	1
Dermatologia	1
Anestesia	1

*A soma dos percentuais excede a 100%, uma vez que alguns médicos atuavam em mais de uma área.

Foram entrevistados 36 médicos, sendo 26 (72,2%) do sexo masculino e 10 (27,8%) do sexo feminino, com idades entre 28 e 69 anos. A maior parte dos entrevistados tinha entre 10 a 20 anos de formados, com uma média de 17 anos. Em relação ao setor de atuação, 47,2% exerciam suas atividades no serviço público e no privado, 44,5% somente no privado e 8,3% no público, sendo que 86,1% atuavam em nível ambulatorial e hospitalar e 13,9% somente em ambulatorios.

A maioria dos médicos atuava como clínico geral, sendo a ginecologia e a cirurgia geral áreas também bastante procuradas.

Tabela 3 – Distribuição das respostas segundo categorias da utilidade da notificação compulsória de doenças, Carlos Barbosa, RS, 2002

Utilidade da NCD	n	%
Estatísticos	25	29,4
Controle doenças	21	24,7
Programa de prevenção	19	22,3
Conhecer prevalência / incidência	9	10,6
Vigilância epidemiológica	3	3,5
Melhor saúde população	3	3,5
Feedback	2	2,3
Controle da vida das pessoas	2	2,3
Avaliação de serviços de saúde	1	1,2
Total	85	-

Entre as respostas fornecidas, foram encontradas 85 citações agrupadas em nove categorias. A mais mencionada foi o "uso estatístico", seguida do "controle das doenças", "programa prevenção" e "conhecer a frequência de doenças". Bem menos frequentes foram as categorias "vigilância epidemiológica", "melhor saúde para a população", "feedback", "controle da vida das pessoas" e "avaliação de serviços de saúde".

CONCLUSÃO

Os resultados indicam a necessidade de sensibilização dos médicos em relação à importância da notificação e de novas formas que facilitem o processo da notificação. A qualificação beneficiará não somente o profissional médico, mas a Equipe de Vigilância Epidemiológica e o SINAN, melhorando o processo de monitoramento e bloqueio vacinal.

Nesse processo de sensibilização, é possível que a discussão particularizada das doenças/agravos mais comuns na prática de cada profissional auxilie na identificação dos casos a serem notificados.

A busca constante por parte dos profissionais das equipes de vigilância epidemiológica da elaboração de instrumentos de coleta de dados mais simples deve ser uma preocupação desses, assim como o repasse permanente às fontes notificantes das informações produzidas. Por outro lado, a estratégia de se investir em outros profissionais da saúde e na população em geral para que notifiquem casos suspeitos ou confirmados de DNC mostrou-se efetiva, tendo dobrado o número de casos notificados em todo o município.

Palavras-chave: Sistema de Informações. SINAN. Notificação Compulsória de Doenças. Carlos Barbosa.

SURTO DE SÍNDROME GRIPAL EM ÁREA INDÍGENA NO RIO GRANDE DO SUL

Marilina Bercini¹, Tani Ranieri¹, João Carlos Santana², Ivone Menegolla², Marcos Aurélio Moretto², Fábica Bickel³, Rosecleria Moreira³, Clarice Salomoni³, Jaqueline Souza⁴; Selir Stralio⁵

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias são referidas como uma das causas comuns de morbi-mortalidade entre populações indígenas no país. Durante o mês de agosto de 2003 foi acompanhado surto de doença respiratória aguda ocorrida na área indígena de Inhacorá, no município de São Valério do Sul - RS, formada por uma população de 923 indivíduos. No mês de outubro iniciou-se uma nova investigação na área indígena Votouro, município de Benjamin Constant do Sul - RS cuja população é de 1100 indivíduos. O trabalho teve como justificativa identificar o agente infeccioso para propor medidas de controle.

MÉTODO

O presente estudo refere-se a uma série de casos ocorridos em duas áreas indígenas. Definiu-se como caso suspeito todo paciente que apresentou, no período estudado, dois ou mais dos seguintes sintomas: coriza hialina, tosse produtiva e febre, associados a outros sintomas. O acompanhamento semanal do surto foi registrado em planilha elaborada pela equipe. Foi realizado teste laboratorial para adenovírus, vírus sincicial respiratório, influenza A e B e para

influenza A e B, de material de nasofaringe coletado de uma amostra dos casos.

RESULTADOS

O maior risco de adoecer ocorreu entre os menores de 5 anos de idade (Tabela 4). Em Inhacorá, 44 casos (20%) foram hospitalizados, todos com pneumonia, o mesmo ocorrendo com 8 casos (2,3%) de Votouro (Tabela 5). A faixa etária de maior comprometimento entre os hospitalizados foi a de crianças < (*menores*) 5 anos. Das 22 amostras coletadas de aspirado nasofaríngeo, 7 foram positivas para influenza A por imunofluorescência (Tabela 6). Não foram registrados óbitos. Não foi possível confirmar a situação vacinal contra Influenza na população das áreas atingidas.

¹ Divisão de Vigilância Epidemiológica/CEVS/SES/RS

E-mail: exantematicas@saude.rs.gov.br

² 11ª CRS/SES-RS - E-mail: 11crs@saude.rs.gov.br

³ FUNASA/RS

⁴ 17ª CRS/SES-RS - E-mail: 17crs@saude.rs.gov.br

⁵ Instituto de Pesquisas Biológicas IPB - Laboratório Central de Saúde Pública -

LACEN, Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde - FEPPS /

Secretaria Estadual da Saúde /RS

E-mail: delir@fepps.rs.gov.br

Tabela 4 - Taxa de Ataque de síndrome gripal por faixa etária, nas áreas indígenas Votouro e Inhacorá, RS, 2003

Grupo Etário	Inhacorá		Votouro	
	nº	Taxa ataque %	nº	Taxa ataque %
< 1	23	63,89	17	89,47
1 a 4	65	46,43	99	48,77
5 a 9	39	28,89	56	32,75
10 a 14	13	15,66	34	17,00
15 e +	56	12,23	147	30,18
Ing	26			
Total	222	24,05	353	32,09

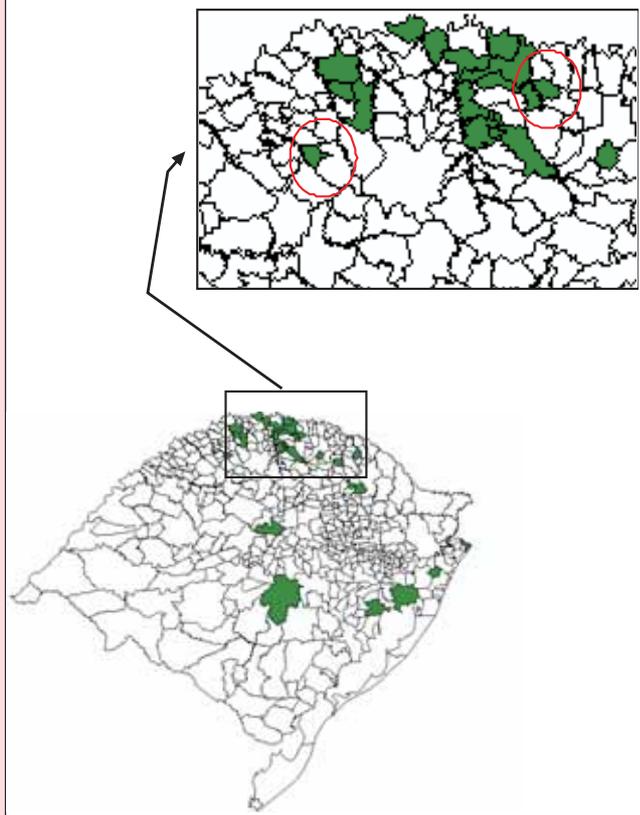
Tabela 5 - Distribuição de casos de síndrome gripal hospitalizados por faixa etária, áreas indígenas Votouro e Inhacorá, RS, 2003.

Grupo Etário	Inhacorá		Votouro	
	nº	%	nº	%
< 1	5	11,36	1	12,5
1 a 4	13	29,55	4	50
5 a 9	3	6,82	1	12,5
10 a 14	1	2,27	0	0
15 e +	7	15,91	2	25
Ing	15	34,09	0	0

Tabela 6 - Resultados de aspirado nasofaríngeo coletados durante surto de síndrome gripal nas áreas indígenas Votouro e Inhacorá, RS, 2003.

Aspirado de secreção nasofaríngea	Inhacorá		Votouro	
	nº	%	nº	%
Coletadas	13	100,0	9	100,0
Influenza A+	3	23.-9	4	44.4

Figura 7 - Municípios com População Indígena RS e áreas afetadas pelo surto, 2003.



CONCLUSÕES

O estudo demonstra a necessidade de investigar surtos ocorridos em áreas indígenas para identificação do agente etiológico e verificar a situação vacinal contra a influenza. O reconhecimento destas características permitirá estruturar a assistência para o atendimento da demanda ambulatorial e hospitalar, assim como reforçar a importância de se manter a estratégia específica de vacinação contra influenza para este grupo populacional, a partir dos 6 meses de idade. Havendo percentuais de vacinação altos, pode estar ocorrendo falha na proteção esperada ou há circulação de outros agentes infecciosos. O surto de síndrome gripal por influenza A na reserva indígena de Inhacorá causou grande impacto na morbidade local. Por sua vez, as ações conjuntas de vigilância epidemiológica foram efetivas para a identificação etiológica do surto, medidas de controle, estruturação da assistência, além de possibilitar o acúmulo de experiência entre ambas as instituições nos vários níveis de atuação.

Palavras-chave: Doenças Respiratórias. Rio Grande do Sul. São Valério do Sul. Benjamin Constant. Pneumonia. Morbidade. Mortalidade.

REALIZAÇÃO DE CENSO VACINAL EM CRIANÇAS DE 0 - 4 ANOS E MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) DE TRÊS TERRAS INDÍGENAS NO RS

INTRODUÇÃO

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) definiu como prioridade em 2005 atualizar a cobertura vacinal da população indígena das Américas. No Brasil, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é responsável pela Atenção Integral à Saúde Indígena, através dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos pelo país. Foram selecionados alguns DSEI como prioritários para participarem do Mês Americano de Vacinação da População Indígena, tendo como parâmetro as baixas coberturas vacinais (CV). O Rio Grande do Sul (RS) faz parte dos DSEI Interior Sul e Litoral Sul, possui uma população de aproximadamente 18 mil índios, sendo cerca de 16 mil da etnia Kaingang e 2 mil da etnia Guarani, distribuídos em 26 Terras Indígenas, que são assistidas por 26 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Do DSEI Interior-Sul foi incluído o RS para esta atividade, pois no ano de 2004 a cobertura vacinal na população menor de um ano ficou próxima dos 30%.

METODOLOGIA

Foi definida a realização de um censo vacinal em crianças de 0-4 anos e MIF no mês de abril, nas Terras Indígenas: Nonoai, Guarita e Serrinha, que são as três mais populosas do Estado. Para o planejamento desta atividade foram realizadas oficinas pela FUNASA em parceria com a Coordenação Geral do Programa de Imunizações (CGPNI), representantes estaduais e municipais deste Programa, e EMSI. Posteriormente, foram realizadas reuniões com os profissionais das EMSI que assistem estas Terras Indígenas, Secretarias Municipais de Saúde e CRS para apresentação dos objetivos do Mês Americano e dos indicadores pactuados e definição de estratégias para a realização do censo vacinal.

¹ Assessoria de Saúde Indígena/Assai/Funasa/RS
E-mail: corers.asai@funasa.gov.br

OBJETIVOS

1) Realizar o censo vacinal nas Terras Indígenas do Guarita, Nonoai e Serrinha, 2) iniciar o esquema de vacinação em 95% das crianças menores de 1 ano para a vacina Tetravalente; 3) atualizar o esquema vacinal em crianças de 1-4 anos em 90% das aldeias; 4) iniciar o esquema vacinal nas gestantes identificadas em 100%

das aldeias; 5) atualizar o esquema de vacinação nas gestantes identificadas em 90 % das aldeias; 6) atingir cobertura vacinal (CV) adequada nas crianças de 0-4 anos para as vacinas Sabin, Tetravalente e Tríplice Viral (TV) em 70% das aldeias e 7) atualizar o esquema vacinal em mulheres em idade fértil nas vacinas Tríplice Viral e Dupla Adulto (dT) em 50% das aldeias.

RESULTADOS

Comparativo entre Esquemas Completos e Incremento da Cobertura Vacinal na População Indígena < 1 ano, Abril/05.

Vacinas	População	Esquema Completo		Incremento	
		N.º	(%)	3ª dose	(%)
BCG	342	308	90,05	44	14,28
Hepatite B	342	109	31,87	50	45,87
Sabin	342	107	31,28	55	51,4
Tetravalente	342	107	31,28	55	51,4

Observa-se no quadro acima que a CV para as vacinas BCG encontra-se em 90%, Hepatite B, Sabin e Tetravalente em 31%. Ocorreu incremento de 14,28% na vacina BCG, 45,87% na Hepatite B e 51,4% para as vacinas Sabin e Tetravalente.

Comparativo entre Esquemas Completos e Incremento da Cobertura Vacinal na População Indígena de 1-4 anos, Abril/05.

Vacinas	População	Esquema Completo		Incremento	
		N.º	(%)	3ª dose	(%)
BCG	1596	1466	91,85	8	0,5
Hepatite B	1596	1365	85,52	5	3,88
Sabin	1596	1345	84,27	53	3,94
Tetravalente	1596	1021	64,00	27	2,64
T. Viral	1596	1287	80,63	181	14,06
DPT	1596	324	20,30	26	8,02
F. Amarela	1596	1261	79,01	137	10,86
Pneumococo	1596	599	37,53	105	17,53
Varicela	1596	980	61,40	151	15,4

A CV para as vacinas BCG encontra-se em 91,85%, Hepatite B, Sabin, Tetravalente, Tríplice Viral (TV) em torno de 85%, Febre Amarela (FA) 79%, Pneumococo 37% e Varicela 61%. Em abril, houve um incremento de 17% na vacina Pneumococo, seguida de 15% na vacina Varicela, 14% na vacina TV e 10% na FA. Nas demais, o incremento foi de 0,5 a 3,94%.

Comparativo entre Esquemas Completos e Incremento da Cobertura Vacinal de Mulheres Indígenas em Idade Fértil, Abril/05.

Vacinas	População	Esquema Completo		Incremento	
		N.º	(%)	3ª dose	(%)
Dupla Adulto (dT)	2337	767	32,8	190	24,8
Tríplice Viral (TV)	2337	1546	66,2	589	38,1
Gestantes	63	48	76,2	48	16,2

A CV para as vacinas TV encontra-se em 66% e para dT 32,8%. O incremento para TV foi de 31,1% e para dT de 24,8%. Foram atualizados os esquemas para dT em 76,2% das gestantes.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Foram atingidas todas as metas pactuadas. No decorrer do Mês Americano foram vacinadas com a vacina BCG 44 crianças < 1ano e iniciou-se o esquema da vacina Sabin e Tetravalente em 48 crianças e contra Hepatite B em 45 crianças, na mesma faixa etária. Observa-se, através do censo vacinal, que há uma melhora na CV com o aumento da idade, o que demonstra que as crianças completam esquema vacinal próximo dos 4 anos. Das 2337 MIF estão com esquema completo 66,2% para a vacina TV e 32,8% para a vacina dT. Sugere-se a implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI); a qualificação dos registros, cartões espelhos e carteiras vacinais; a capacitação das EMSI para as atividades de imunização; a padronização dos formulários utilizados para registro de vacinação; assessoria e supervisão periódicas às EMSI. Como pontos positivos verificou-se a implementação das ações de imunização, com 11.088 doses de vacinas aplicadas nes-

te período, em toda população indígena, sendo 91 doses de BCG, 1980 doses de Hepatite B, 381 doses de Sabin, 224 doses de Tetravalente, 1239 doses de TV, 258 doses de DTP, 1790 doses da dT, 978 doses de Febre Amarela, 248 doses de Pneumococo 23 e 384 doses Varicela; sensibilização e envolvimento dos profissionais e gestores nas atividades de rotina da imunização; envolvimento de várias instituições (FUNAI, SES, Pastoral, meios de comunicação, etc.); organização dos fichários e atualização do registro dos cartões e espelhos de vacina; sensibilização da comunidade indígena como ator necessário no processo, qualificação do planejamento local e distrital e sensibilização dos profissionais das EMSI, ASSAI, Pólos Base e municípios para a importância das ações de imunização.

Palavras-chave: Índios. Mulheres. Imunização. Nonoai. Guarita. Serrinha.

Número de casos das doenças de notificação compulsória por CRS de residência, RS, 2004 -2005*

CRS	Doença Meningocócica ⁽¹⁾		Meningite p/ Haemophilus ⁽¹⁾		Hepatite B ⁽¹⁾		Hepatite C ⁽¹⁾		Sarampo ⁽¹⁾		Rubéola ⁽¹⁾		Coqueluche ⁽²⁾		Febre Tifóide ⁽²⁾		Sífilis Congênita ⁽²⁾		Difteria ⁽²⁾	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	1 ^a	16	4	0	1	64	21	313	162	0	0	0	0	132	18	0	0	34	5	0
2 ^a	2	1	0	0	10	4	14	11	0	0	0	0	17	6	0	0	2	3	0	0
3 ^a	3	1	0	0	2	4	36	45	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0
4 ^a	0	1	1	0	3	1	3	5	0	0	0	0	2	1	0	0	3	0	0	0
5 ^a	4	0	0	0	64	35	68	13	0	0	0	0	20	3	0	0	7	5	0	0
6 ^a	0	1	0	0	30	14	47	26	0	0	0	8	7	1	3	1	5	2	0	0
7 ^a	0	0	0	0	2	1	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	2
8 ^a	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
9 ^a	0	0	0	0	6	0	4	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
10 ^a	1	1	2	0	12	0	33	13	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	2
11 ^a	0	0	0	0	11	11	2	4	0	0	0	0	0	3	1	0	0	2	0	0
12 ^a	0	0	0	0	4	1	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0
13 ^a	2	2	0	0	6	3	5	6	0	0	0	0	13	2	0	0	1	0	0	0
14 ^a	0	0	0	0	8	4	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
15 ^a	1	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 ^a	1	0	0	0	19	2	5	1	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0
17 ^a	0	0	0	0	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
18 ^a	2	0	0	0	11	1	19	3	0	0	0	0	11	5	0	0	1	0	0	0
19 ^a	0	0	0	0	6	0	1	0	0	0	0	0	5	4	0	0	0	0	0	0
RS	32	11	3	1	262	105	566	297	0	0	0	8	229	48	4	1	62	23	0	5

CRS	Tétano Acidental ⁽²⁾		Tétano Neonatal ⁽¹⁾		Dengue ⁽²⁾		Leptospirose ⁽¹⁾		Malária ⁽²⁾		Hantavirus ⁽²⁾		PFA ⁽¹⁾		Tuberculose ⁽⁴⁾		Hanseníase ⁽⁴⁾		AIDS ⁽⁴⁾	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	1 ^a	1	1	0	0	6	7	18	17	1	1	2	0	0	2	720	323	10	6	323
2 ^a	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	2	0	0	1	108	47	6	1	47	6
3 ^a	0	1	0	0	0	1	12	14	1	0	12	0	3	1	69	40	2	1	40	5
4 ^a	0	1	0	0	1	0	6	15	1	0	0	1	2	0	56	28	6	0	29	8
5 ^a	2	1	0	0	0	1	1	5	0	1	2	1	0	1	45	32	7	1	33	7
6 ^a	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	19	11	5	2	11	5
7 ^a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	12	0	0	12	0
8 ^a	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	14	14	0	0	14	0
9 ^a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	1	0	2	1
10 ^a	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	48	43	7	1	43	8
11 ^a	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	3	1	0	3	1
12 ^a	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	6	5	5	3	5	5
13 ^a	0	0	0	0	0	0	5	16	0	0	0	0	2	0	21	10	5	1	10	7
14 ^a	0	0	0	0	2	2	3	12	0	0	0	0	0	0	4	2	3	2	2	3
15 ^a	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	2	0	0	2	0
16 ^a	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	12	4	2	0	4	2
17 ^a	1	0	0	0	0	0	5	5	1	1	0	0	0	0	11	6	3	3	6	3
18 ^a	0	0	0	0	0	0	9	25	2	1	0	0	4	0	22	20	1	1	20	5
19 ^a	0	1	0	0	3	0	3	1	0	0	1	0	0	0	10	6	7	5	6	7
RS	5	5	0	0	17	12	67	120	9	7	21	2	12	5	1190	610	71	27	612	83

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

* Dados preliminares até 1º trimestre

⁽¹⁾ Casos confirmados

⁽²⁾ Casos notificados

⁽³⁾ Casos confirmados importados

⁽⁴⁾ Casos novos. Obs.: Não ocorreram casos de RAIVA, CÓLERA, POLIOMIELITE, FEBRE AMARELA e PESTE.

EXPEDIENTE

O Boletim Epidemiológico é um instrumento de informação técnica em saúde, editado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, com periodicidade trimestral, disponível no endereço eletrônico www.saude.rs.gov.br

Conselho Editorial

Airton Fischmann, Ana Luiza Trois de Miranda, Marilina Bercini, Rosângela Sobieszczanski e Waldivia Lehnemann

Bibliotecária Responsável

Geisa Costa Meirelles

Jornalista Responsável

Jorge Olavo de Carvalho Leite
Coordenador da Assessoria de Comunicação Social / SES - Reg. Prof. 3006/RS

Tiragem

20 mil exemplares

Endereço para Correspondência

Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)
Rua Domingos Crescêncio, 132, Sala 104
Porto Alegre - RS - CEP 90650-090
Fones (51) 3901.1078 - 3901.1071
E-mail: boletimepidemiologico@saude.rs.gov.br