

## AVALIAÇÃO DE EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO RIO GRANDE DO SUL (RS) - CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - RS, 2002

Cláudio A. Bandeira Medina<sup>1</sup>, José I. Lermen<sup>2</sup>, Terezinha A. Maraskin<sup>3</sup>, Carmem L. W. Estima<sup>4</sup>, Sílvia Takeda<sup>5</sup>

### INTRODUÇÃO

O Estado do RS tem 465 equipes habilitadas no PSF e distribuídas em 263 municípios, com cobertura de 13% da população total do Estado. Em 163 municípios, a cobertura é de 100% da população. Avaliou-se o conhecimento dos enfermeiros quanto à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), agravo que, pelas suas características de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, deve ser preocupação de qualquer equipe de saúde.

### METODOLOGIA

Optou-se por avaliar através de estudo transversal os municípios com toda população coberta pelo PSF e as equipes que estivessem em atividade há pelo menos um ano, pois nestes casos o apoio aos Serviços de Atenção Básica deve ser semelhante e pode-se alcançar melhor qualificação da atenção à saúde. A amostra ficou restrita a 68 municípios num total de 88 Equipes de Saúde da Família (ESF). Buscou-se avaliar o conhecimento sobre HAS através da aplicação de questionário padronizado aos enfermeiros das ESF vinculados à equipe atual há mais de três meses e há mais de um ano no PSF.

### RESULTADOS

Dos entrevistados, 56% não identificaram corretamente os valores pressóricos preconizados para o diagnóstico de casos de HAS (PAS  $\geq$  140 mmHg e/ou PAD  $\geq$  90 mmHg) (Fig. 1); somente 17% identificaram a correta prevalência de HAS na população de 60 anos e mais (Fig. 2); apenas 25% referiram utilizar as três estratégias de detecção de casos suspeitos de HAS preconizadas (Demanda Espontânea, Busca Ativa de Casos e participação em Campanhas de HAS) (Fig. 3); 50,8% referiram não existir rotina de acompanhamento para casos em tratamento não medicamentoso e somente 11,4% definiram corretamente o número preconizado de consultas anuais para casos em tratamento medicamentoso. (Fig. 4)

Fig. 1 - Distribuição por percentual de entrevistados que responderam a questão referente a Níveis Tensionais Diagnósticos de HAS, RS, 2002.

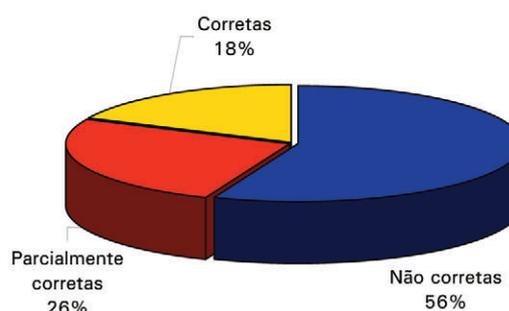


Fig. 2 - Distribuição das ESF conforme prevalência de HAS referida na população de 60 e mais anos, RS, 2002.

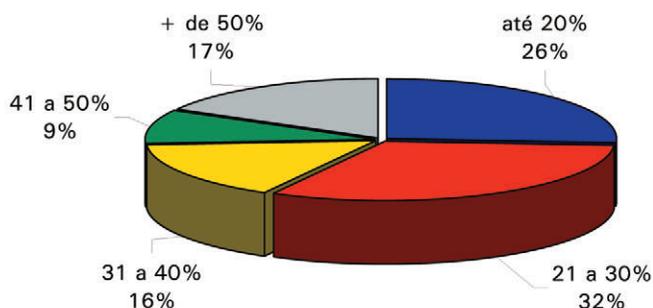
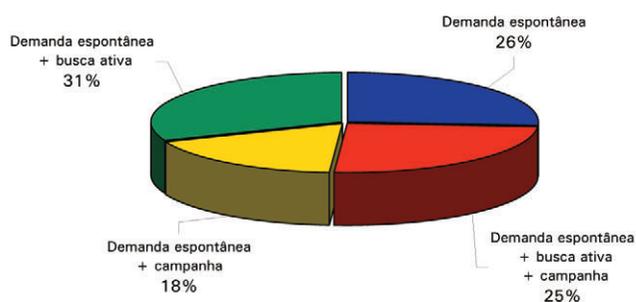


Fig. 3 - Distribuição das ESF por percentual de equipes que apresentam estratégias de detecção de casos suspeitos de HAS, RS, 2002.



<sup>1</sup>Coordenação de Doenças Cardiovasculares - SES/RS, <sup>2</sup>Coordenação de Programas e Projetos Especiais - SES/RS, <sup>3</sup>1ª Coordenadoria Regional de Saúde - SES/RS, <sup>4</sup>Coordenação de Controle das Doenças Transmissíveis Agudas - SES/RS E-mail: carmem-estima@saude.rs.gov.br, <sup>5</sup>Serviço de Saúde Comunitária - GHC

Fig. 4 - Distribuição das ESF por número e percentual conforme aprazamento de consultas em hipertensos sob tratamento, RS, 2002

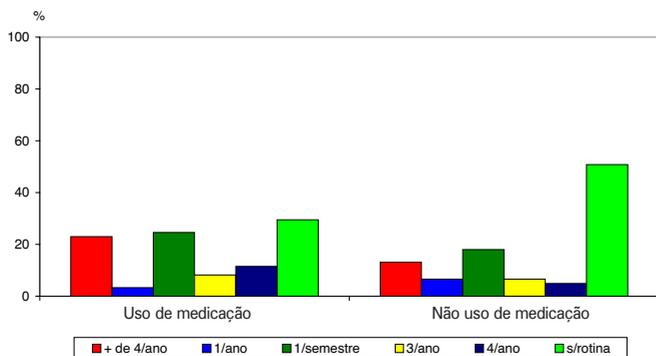
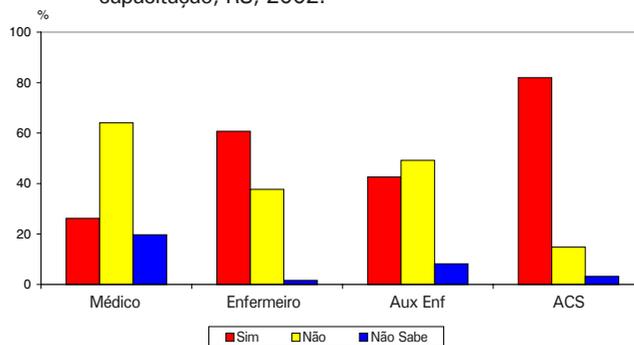


Fig. 5 - Distribuição das ESF por categoria profissional e capacitação, RS, 2002.

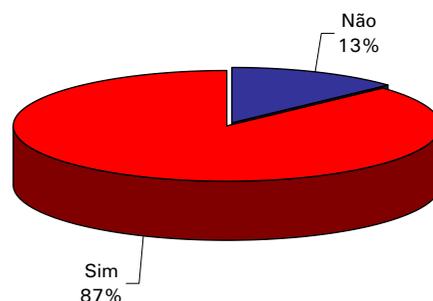


## CONCLUSÃO

O conhecimento dos enfermeiros das ESF avaliadas sobre HAS mostrou-se aquém do esperado considerando-se que 80,3% deles identificou HAS como prioridade na Atenção Básica à Saúde, 60,7% participou de oficinas capacitação técnica em HAS (Fig. 5) e 87% das ESF abordam HAS como tema de suas reuniões de rotina de trabalho. (Fig. 6)

**Palavras-Chaves:** Programa de saúde da família; Hipertensão; Rio Grande do Sul.

Fig. 6 - Distribuição das ESF por percentual de equipes que apresentam HAS como tema de reunião de rotina, RS, 2002



# INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE UM SURTO DE CONJUNTIVITE NO RS, MARÇO - ABRIL DE 2003

## INTRODUÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado (SES/RS) detectou, a partir de 13 de março de 2003, surto de conjuntivite em vários municípios de três Coordena-

dorias Regionais de Saúde: 1ª - Porto Alegre, 12ª - Santo Ângelo, 19ª - Frederico Westphalen.

Segundo informações repassadas pelo Ministério da Saúde, à época, estavam ocorrendo surtos em outros esta-

Claudete I. Kmetzsch<sup>1</sup>, Alethea Fagundes Sperb<sup>1</sup>

dos, especialmente em Santa Catarina.

Os municípios gaúchos que notificaram aumento de casos inicialmente foram Novo Hamburgo, Santo Ângelo, Porto Xavier, Alpestre, Cristal do Sul, Novo Tiradentes e Rodeio Bonito.

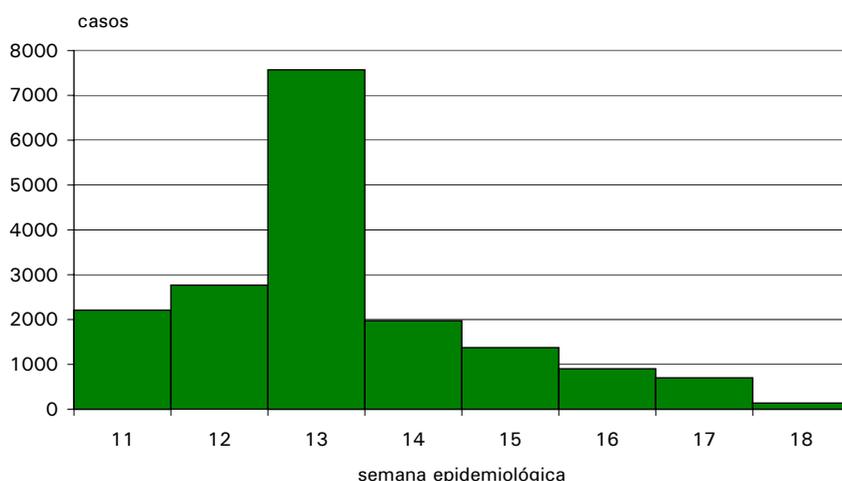
O quadro clínico foi compatível com conjuntivite viral, que não é uma doença de notificação compulsória, a não ser em situação de surtos/epidemias, quando deve ser utilizado o instrumento do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação).

Tratando-se de doença altamente transmissível por contato direto e indireto e não havendo tratamento específico, as medidas mais importantes, buscando diminuir o número de casos, pela interrupção da cadeia de transmissão foram de caráter educativo.

## METODOLOGIA

Pelas características da doença, recomendaram-se os procedimentos, listados a seguir, a serem adotados

Fig. 7 - Conjuntivite: Número de casos por semana epidemiológica. RS, março a abril, 2003



pelo Sistema de Saúde nos municípios atingidos:

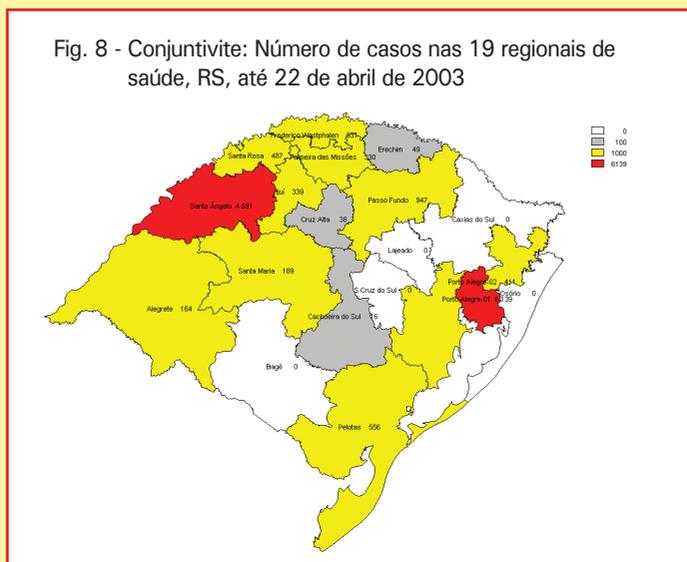
**Em relação à investigação epidemiológica** - Notificação de surto - distribuiu-se a todas as unidades de saúde (postos de saúde, hospitais, serviços de saúde ligados a locais de trabalho) a planilha para registro de casos de conjuntivite. A Secretaria Municipal de Saúde deveria recolher as planilhas de registro e consolidá-las semanalmente, lançando os dados no SINAN, através do preenchimento da "Ficha de Notificação de Surto", "Ficha de Investigação de Surto" e "Boletim de Acompanhamento de Surto". Esses documentos poderiam ser digitados (nos municípios que já digitam SINAN) ou encaminhados, em papel, para a Coordenadoria Regional de Saúde.

Além da notificação no SINAN, os municípios foram orientados a notificar os números acumulados de casos para as regionais duas vezes por semana. As regionais foram orientadas a repassar os dados por telefone à DCDTA na mesma frequência.

Foi orientada a coleta de material para diagnóstico laboratorial visando a identificação do vírus, em conjunto com a equipe da CRS, com caráter amostral. As amostras foram encaminhadas ao Instituto Evandro Chagas. Foi identifica-

do enterovírus, através do RT-PCR, pelo Instituto Evandro Chagas em 3 das 6 amostras enviadas dos casos residentes no município de Novo Hamburgo.

educativo e a população das áreas atingidas foi informada, sobre as atitudes a serem adotadas para interromper a cadeia de transmissão.



**Em relação à assistência** - As Coordenadorias Regionais de Saúde assessoraram os Municípios na organização da rede de forma a atender à demanda criada. A maior parte dos casos evoluiu de forma benigna, com cura em uma a duas semanas

**Em relação às medidas de prevenção e controle** - Considerando-se as características de transmissão e a inexistência de tratamento específico, as principais medidas para diminuir a magnitude do surto foram de caráter

## RESULTADOS

Ao todo foram registrados 15.470 casos, da semana epidemiológica 11 à semana 18 (Fig. 7), observando-se que o pico ocorreu na semana epidemiológica 13, decrescendo até o fim de abril, voltando, no mês de maio, ao nível endêmico da doença.

Quanto à distribuição por Regional de Saúde, observamos a maior incidência na 12ª - Santo Ângelo e na 1ª - Porto Alegre, sendo o município de Novo Hamburgo o mais atingido. (Fig. 8)

## CONCLUSÃO

Ocorreu, no Estado, surto de conjuntivite viral nos meses de março e abril de 2003. O pico do surto foi na semana epidemiológica 13 e a partir da semana 18 o número de casos voltou ao nível endêmico.

**Palavras-chaves:** Conjuntivite; Doenças infecciosas; Doenças transmissíveis.

# O PLANO DE ERRADICAÇÃO DO SARAMPO E CONTROLE DA RUBÉOLA NAS AMÉRICAS: AVANÇOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO RIO GRANDE DO SUL EM 1999 E 2002

Ivone Andreatta Menegolla<sup>1</sup>

Em 1992 foi iniciado o Plano de Eliminação do Sarampo (PES) nas Américas. No Rio Grande do Sul, não foram registrados casos confirmados de sarampo nos anos de 1994 a 1996. Em 1997, o estado sofreu uma epidemia que alastrou-se por todo o continente americano a partir de São Paulo, tendo sido o caso índice importado da Europa (Itália). Em 1994, o Brasil aderiu ao Plano de Erradicação do Sarampo nas Américas implementando ações em todos os estados a partir de maio de 1999, sendo o controle da rubéola agregado desde 1998 e implementado em 2001. A **vigilância epidemiológica (VE)** das doenças exantemáticas e as **coberturas vacinais** contra o sarampo e a rubéola são ações essenciais cujos indicadores de-

monstram o sucesso deste plano.

Avaliamos alguns aspectos da VE nos anos de 1999 e 2002 no Rio Grande do Sul com o objetivo de medir os avanços alcançados com a implementação do PES. O coeficiente de incidência (CI) do sarampo que em 1999 foi 0,1/100 mil habitantes está zero em 2002, enquanto o CI da rubéola diminuiu de 2,28 para 1,06 nestes anos. Foram notificados 1.714 e 1.286 casos suspeitos de doença exantemática em 1999 e 2002, respectivamente. O percentual de casos confirmados ou descartados através de exame laboratorial aumentou de 91 para 99% para os casos suspeitos de sarampo e de 74 para 90% para rubéola. A proporção de casos com, no mínimo, exantema

e febre se manteve em torno de 86% para o sarampo aumentando de 65 para 74% na rubéola.

A taxa de notificação (TN) de casos suspeitos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) apresentou queda de 17,2/100 mil habitantes em 1999 para 12,4 em 2002, esperada devido à diminuição na incidência destas doenças. Ao comparar as TN nas 19 regionais de saúde com a média estadual (Fig. 9) observamos aumento em onze e piora em quatro delas. O intervalo máximo/mínimo da TN variou entre 2,3 a 29,1 em 1999 e 6,6 a 26,5 em 2002, portanto com elevação da taxa mínima.

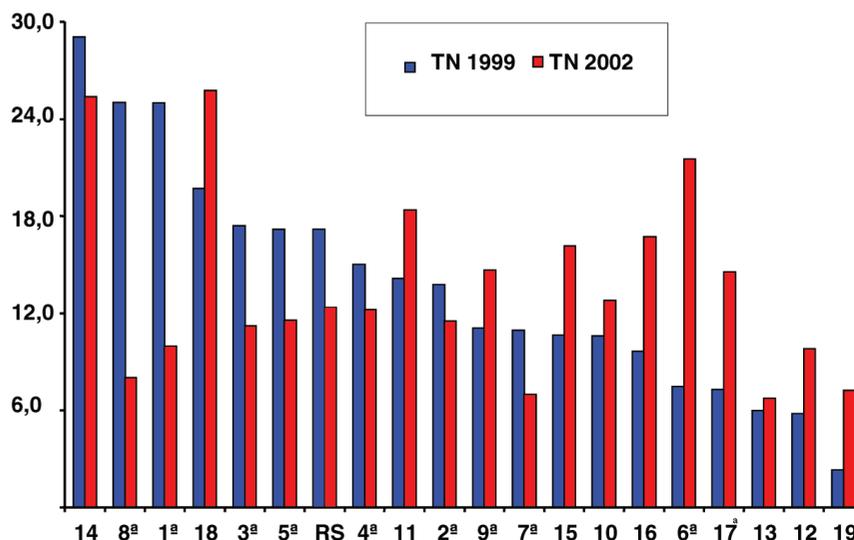
O trabalho do PES e SES-RS desenvolvido neste período melhorou o

<sup>1</sup>Assessora para o plano de erradicação do sarampo - RS convênio OPS/OMS-FUNASA/MS-SES/RS. E-mail: ivone-menegolla@saude.rs.gov.br

desempenho e a sensibilidade da rede de notificação de doenças exantemáticas. A meta de erradicação da circulação do vírus selvagem do sarampo e diminuição da circulação do vírus selvagem da rubéola no estado foi atingida. Houve melhora na vigilância epidemiológica de doenças exantemáticas na maioria das regionais, provavelmente devido ao processo de descentralização da vigilância epidemiológica implementada no país e no estado através das pactuações da PPI-ECD e também da atenção básica. O PES-RS reforçou este processo através de capacitações, supervisão nos níveis regional e municipal, busca ativa, sensibilização de técnicos e gestores, análise de dados e intersectorialidade, estratégia que tem se mostrado eficiente.

**Palavras-chaves:** Sarampo; Rubéola; Vigilância Epidemiológica; Rio Grande do Sul.

Fig. 9  
Taxa de notificação de doenças exantemáticas por 100.000 habitantes, segundo CRS, RS 1999 E 2002



## SEMINÁRIO SOBRE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Realizou-se nos dias 28 e 29 de agosto de 2003, um Seminário sobre Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), organizado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, em colaboração com o Departamento de Ações em Saúde (DAS), tendo como sede as dependências da Fundação Nacional de Saúde em Porto Alegre.

O evento contou com a participação de convidados especiais: Celia Medina, doutora em epidemiologia e assessora do Ministério da Saúde, Dr. Aluizio C. Achutti, emérito cardiologista, consultor da OMS, e ex-chefe da Equipe de Prevenção de Doenças Cardiovasculares da SES/RS, Dra. Ieda Portela, psiquiatra do CRAI do Hospital Presidente Vargas e Dra. Jane M.S. Fischmann, magistrada aposentada e psicóloga.

Pela Secretaria Estadual da Saúde, participaram como palestrantes nos painéis: Drs. Francisco Paz, Airton Fischmann, Claudio B. Medina, Paulo Grassi, Paulo F. Henkin, Helena Beatriz S. Cunha e Flávio da Costa Vieira.

Participaram 63 (sessenta e três) pessoas, representando os setores de Vigilância, Ações em Saúde e Programa de Saúde da Família das Coordenadorias Regionais de Saúde, do DAS e CEVS.

Os três painéis foram coordenados respectivamente pelos Drs. Airton Fischmann, Sandra Sperotto e Vera Stringuini.

O Dr. Francisco Paz, diretor do CEVS, em nome do Secretário da Saúde, deu por aberto os trabalhos.

Apresentaram-se fatos sobre a história da VE no mundo, Brasil e no Rio Grande do Sul e o desafio que representa para o nosso Estado desenvolver atividades de VE das DANT, a importância de se conhecer os fatores de risco, a necessidade de realizar diagnósticos bem documentados, a necessidade de intervenções intersectoriais, o cuidado com a utilização de dados de morbidade e mortalidade, a importância de hábitos alimentares e sua relação com as doenças cardiovasculares e as neoplasias.

Também foram apresentadas informações sobre a Vigilância da Saúde do Trabalhador e também a importância de considerar-se a violência como problema de saúde pública, com exemplos de atividades locais onde as ações de prevenção foram desenvolvidas como consequência de um trabalho de rede envolvendo instituições municipais e estaduais, públicas e privadas.

Os participantes reuniram-se em quatro grupos de trabalho e chegaram as seguintes conclusões:

### GRUPO 1 (MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA)

Elegeram como prioridades: utilizar os dados do Observatório de Violências e Acidentes e os dados dos fatores de risco dos hipertensos do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB);

No SIAB, avaliar diabéticos cadastrados, hipertensos, AVC, infarto e internações por complicação diabética;

Dar preferência aos municípios com cobertura de 100% do PSF;

Incentivar e capacitar os ACS para obtenção de dados referentes a tabagismo, uso de medicamentos, medida da P. A., realização de exercícios físicos, dieta.

### GRUPO 2 (MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA)

Estratégias sugeridas:

estudo de fatores de risco para a DANT em áreas de cobertura do PSF;

Seminários Regionais de Sensibilização para as DAN;

capacitação e qualificação para participação em estudo de FR;

cruzamento dos bancos de dados SIM, SINASC, SIST SIAB, SIH, SISCOLO, HIPERDIA, SINAN.

Público alvo: gestores, trabalhadores de saúde, Conselhos de saúde e Entidades da Sociedade Civil.

### GRUPO 3 (INTERVENÇÃO SOBRE DANT)

Prioridades:

Seminário de Sensibilização para Gestores e outros parceiros.

cuidar do cuidador;  
ginástica laboral (Condições de trabalho);

educação integral e contínua na

rede e no PSF;  
trabalhar com FR e Oportunidades Perdidas;  
vincular a intervenção ao benefício e não ao objetivo;  
avaliar o impacto das ações sobre as DANT.

#### **GRUPO 4 (INTERVENÇÃO SOBRE DANT)**

Este grupo determinou como prioridade a abordagem do tema Violência e Acidentes Domésticos, utilizando:

- realização de Seminário de sensibilização;
- criação de estratégias por município;
- criação de Comissão Regional de

Apoio;  
Realização Encontro Regional do PSF/PACS;  
Atenção aos hospitais da Região.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A participação efetiva dos representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde, bem como dos técnicos do CEVS e do DAS, além da excelente qualidade das exposições nos painéis, foi fundamental para que o Seminário alcançasse seus objetivos: **sensibilização do pessoal para o tema e um ponto de partida para a implantação de um Sistema de Vigilância de DANT no Estado.**

Os grupos de trabalho, ao esta-

**belecerem prioridades**, demonstraram o interesse das CRS em iniciar o processo, de forma gradual, começando por algumas doenças ou agravos, pois é recomendável assim proceder-se. Um Sistema de Vigilância Epidemiológica deve começar com o estabelecimento de prioridades. Desta forma, a medida que o evento sob vigilância vai sendo notificado, acompanhado, analisado e as primeiras ações visando ao seu equacionamento vão sendo desenvolvidas, o sistema vai ganhando credibilidade no setor saúde, facilitando a incorporação posterior de outras doenças, agravos e fatores de risco.

**Palavras-chaves:** Eventos; Vigilância Epidemiológica; Porto Alegre; Doenças e agravos não transmissíveis.

## **O SERVIÇO DE BRONZEAMENTO E SUA REGULAMENTAÇÃO NO BRASIL**

José Fernando Cánovas de Moura<sup>1</sup>

### **CARACTERÍSTICAS DA RADIAÇÃO SOLAR E A SUA INTERAÇÃO COM A PELE**

A luz solar que atinge a superfície terrestre é composta de radiação infravermelha, radiação visível (do vermelho ao violeta), radiação ultravioleta A (UVA) e radiação ultravioleta B (UVB). O UVA é o maior responsável pelo bronzeamento pigmentar imediato, enquanto o UVB, de menor penetração na pele, é o maior responsável pela queimadura solar e pelo bronzeamento pigmentar tardio. Cerca de 95% dos raios ultravioleta que atingem a Terra são do tipo UVA e apenas 5% são do tipo UVB. Os raios UVA possuem intensidade praticamente constante durante o dia o ano inteiro enquanto que o UVB apresenta maior intensidade no horário solar das 10h até as 16h. Repetidas exposições à luz ultravioleta estão relacionadas com o envelhecimento precoce da pele e a maior probabilidade de incidência de câncer de pele.

### **CARACTERÍSTICAS DOS EQUIPAMENTOS DE BRONZEAMENTO POR EMISSORES UV E SEUS RISCOS À SAÚDE**

As camas (câmaras ou cabinas) de bronzeamento artificial são constituídas por uma estrutura de acrílico transparente que permite a passagem da luz gerada por uma série de lâmpadas (em geral são lâmpadas fluorescentes mas também são utilizadas lâmpadas com alta intensidade de descarga). Algumas camas possuem lâmpadas apenas na sua parte superior, outras pos-

suem lâmpadas abaixo e acima da posição destinada ao cliente.

Os fabricantes dos equipamentos argumentam que as primeiras lâmpadas utilizadas para fins estéticos de bronzeamento artificial emitiam grandes doses efetivas de UVB e assim sendo potencializavam o envelhecimento precoce e o desenvolvimento de câncer de pele. Afirmam que hoje, entretanto, a indústria trocou os seus padrões espectrais das lâmpadas nos equipamentos reduzindo sobremaneira as doses efetivas de UVB (isto só poderia ser verificado com medidas/levantamentos espectrorradiométricos de todos equipamentos no mercado). Além disto, não existe um consenso na comunidade científica: **Trabalhos recentes de diversas instituições apontam para o UVA, e não o UVB, como sendo a radiação mais relacionada ao aparecimento do melanoma (o mais perigoso entre os tipos de câncer de pele) e ao envelhecimento precoce. Isto significa que talvez, "em condições normais de exposição ao sol ou nas sessões de bronzeamento artificial, a radiação UVA pode ser tão mutagênica, carcinogênica e imunossupressora quanto a radiação UVB!"** (BRECHTBÜHL; NEVES, 1999)

Além do envelhecimento precoce da pele e da possibilidade de desenvolvimento de câncer de pele (comuns aos indivíduos que se expõem de forma exagerada a luz solar), nas sessões de bronzeamento também existem riscos relacionados com a visão tais como deslocamento da retina, queimadura da córnea, catarata e até mesmo cegueira. Por isso é necessário que o cliente se utilize de protetores oculares de baixa transmitância à radiação ultravioleta.

### **REGULAMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE BRONZEAMENTO NO BRASIL**

No ano de 2000, o Estado de São Paulo publicou a 1ª Portaria de regulamentação do serviço de bronzeamento no Brasil. Foi a Portaria CVS-02, de 18 de janeiro de 2000, que apresentou, entre outras exigências, a necessidade de **Avaliação Médica** para cada cliente (autorizando ou não o bronzeamento por emissores UV), **observando tipo, situação da pele (incluindo histórico familiar) e a limitação de exposição ao bronzeamento** àqueles que não se enquadravam em **situação de risco** (tempo máximo de exposição por sessão, intervalo de tempo entre cada sessão, número máximo de sessões e outras orientações técnicas específicas segundo as condições clínicas do cliente).

Embora esta primeira portaria tenha tido o mérito de tentar limitar a exposição dos clientes de forma individualizada, ela não foi bem aceita porque colocava esta responsabilidade exclusivamente no médico. Como os equipamentos de bronzeamento são distintos, não havia como os médicos determinarem o tempo de exposição do cliente. Então, por manifestação do desacordo da classe médica por parte da Sociedade Brasileira de Dermatologia, o texto foi revisto e publicada a Portaria CVS-12-SP de 12 de dezembro de 2000. Esta nova regulamentação retirou a responsabilidade médica à limitação da exposição, mas, ao invés de transferir ou melhor distribuir a responsabilidade, não mais apresentou qualquer restrição quantitativa ao bronzeamento dos clientes.

Também no ano de 2000 foi publi-

TABELA 1 - IRPA/INIRC

Tipo de pele	Capacidade de bronzeamento	Suscetibilidade à queimaduras	DEM (J/m <sup>2</sup> )
1 - Muito sensível	Nunca se bronzeia	Sempre queima	< 200
2 - Moderadamente sensível	Moderada	Alta	200-250
3 - Moderadamente insensível	Boa	Moderada	250-400
4 - Insensível	Muito boa	Baixa	> 400

cada pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) uma tradução da norma técnica do IEC (International Electrotechnical Committee): A NBR IEC 60 335-2-27 de novembro de 2000. A norma foi traduzida por uma comissão de estudos presidida por empresário do ramo dos equipamentos de bronzeamento. Entre outras recomendações de "boas práticas", esta norma da ABNT inclui limites de irradiação efetiva (consta na norma o termo irradiação efetiva mas o termo correto é irradiação efetiva) dos "aparelhos de UV", limites de transmitância dos óculos protetores, a obrigatoriedade de instruções de utilização dos aparelhos de UV contendo tabela de exposição especificando a duração das sessões (considerando as características do emissor UV, distâncias e sensibilidade da pele), o número recomendado de exposições que não deve ser excedido em um ano e o intervalo entre as sessões. Infelizmente apresenta a dose anual máxima de 15 kJ/m<sup>2</sup>, equivalente a 60 Doses Eritematosas Mínimas (60 DEM) com cada DEM (definida para pele de fototipo II) igual a 250 J/m<sup>2</sup> ponderada de acordo com o espectro de ação de UV conforme McKinlay & Diffey 1987. Este valor é bem maior que o recomendado por outras organizações internacionalmente reconhecidas: Entre as recomendações do IRPA/INIRC (International Radiation Protection Association/ International Non-Ionizing Radiation Committee) de 91 reafirmadas pelo ICNIRP (International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection) em 1996 está a afirmação de que a exposição regular a aparelhos de UV não pode exceder a duas sessões por semana com um máximo de 30 sessões por ano (ou 30 doses eritematosas mínimas por ano) com cada exposição entre 200 a 400 J/m<sup>2</sup> de acordo com o tipo de pele conforme Tabela 1.

Por solicitação da Sociedade Brasileira de Dermatologia - seção RS, iniciou-se em outubro de 1999, na Procuradoria da Repú-

blica no RS, o processo de regulamentação dos serviços de Bronzeamento Artificial no Brasil (envolvendo médicos, físicos, vigilância sanitária, fabricantes, fornecedores e associações de estéticas) culminando, após consulta pública, na publicação da RDC-308-ANVISA/2002. Esta Resolução torna compulsória a NBR IEC 60 335-2-27 e acrescenta outras exigências tais como:

- necessidade de licença de funcionamento concedida pelo órgão de vigilância sanitária competente (VISA municipal);
- cadastro com identificação de cada cliente, as datas e duração de cada sessão, o termo de ciência do cliente e sua avaliação médica;
- instruções de uso da câmara conforme NBRIEC 60335-2-27 (aprovada no registro do produto na ANVISA) incluindo a relação de emissores UV que podem ser utilizados na câmara;
- laudo espectrorradiométrico conforme NBRIEC 60335-2-27 entregue pelo fornecedor ou aprovado pelo serviço autorizado do fornecedor da câmara correspondente ao modelo;
- registro das substituições dos emissores de UV (data, empresa que fez a substituição, lâmpadas trocadas e laudo espectrorradiométrico quando os emissores forem diferentes das especificadas nas instruções de uso);
- comprovante de treinamento dos operadores das câmaras de bronzeamento (expedido pelo fornecedor do equipamento);
- livro de registro de eventos adversos ocorridos;
- proibição do bronzeamento por emissor UV para menor de 16 anos, pessoa entre 16 e 18 anos sem autorização do responsável, pessoa sem Avaliação Médica, pessoa cuja avaliação indique situação de risco ou cuja avaliação datar de mais de 90 dias antes do início das sessões, pessoa que não apresentar termo de ciência, em inter-

valo de tempo inferior a 48 horas desde a última sessão e na ausência do operador.

Além disto, típica propaganda enganosa a veiculação das peças publicitárias cujo teor induza ou estimule a utilização de procedimentos de bronzeamento e indique ser esta uma prática inócua que não requer prévia avaliação médica.

A RDC 308-ANVISA/2002 é um avanço notável, mas apresenta alguns problemas. O maior deles, é o de possibilitar ao operador das câmaras (habilitado por treinamento de poucas horas por parte do fornecedor) a identificação da sensibilidade da pele do cliente e a consequente escolha do tempo de exposição no equipamento de bronzeamento. Já que o cliente passa por avaliação médica por que não atribuir ao médico a responsabilidade da identificação do tipo de pele? Além disto poderia ser obrigatório que o fornecedor disponibilizasse quadro visível ao cliente com o apropriado tempo de exposição para cada tipo de pele conforme as características do equipamento. Certamente desta forma as competências e responsabilidades estariam melhor distribuídas.

**Palavras-chaves:** Vigilância sanitária; Neoplasia cutânea; Doenças de pele; Legislação sanitária.

## REFERÊNCIAS

- BRECHTBÜHL; NEVES. Departamento de Oncologia Cutânea do Hospital do Câncer AC Camargo Bronzeamento Artificial Benéfico ou Maléfico? *Int. J. Epidemiol.* v. 28, p. 418-427, 1999.
- MCKINLAY, A.F.; DIFFEY, B. L. A reference action spectrum for ultraviolet induced erythema in human skin. *C.I.E.J.* v. 6, n. 1, p. 17-22, 1987.
- IRPA/INIRC GUIDELINES. Health issues of ultraviolet "A" sunbeds used for cosmetic purposes. *Health Physics*, v. 61, n. 2, p. 285-288, 1991.

# SISTEMA DE VIGILÂNCIA DOS TEORES DE FLÚOR NAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Leonor C. Silveira<sup>1</sup>, Julce C. da Silva<sup>1</sup>, Adriana R. Linden<sup>1</sup>, Rosa M. Ferreira<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

A fluoretação das águas tem sido demonstrada como uma forma eficaz de prevenção da cárie dentária, e vários estu-

dos e trabalhos realizados em vários países demonstram a redução dos índices de cárie dentária nas populações beneficiadas com esta medida. Por outro lado, a fluorose, afecção causada pelo excesso de ingestão

de flúor, indica a necessidade da realização de exames sistemáticos nos teores de flúor das águas de abastecimento.

O Sistema de Vigilância dos Teores de Flúor nas águas de abastecimento público

do Estado faz parte do Setor de Vigilância as Qualidade da água para Consumo Humano da Divisão de Vigilância Sanitária e atende ao Programa de Atenção Integral à Saúde Bucal (PAISB) no que se refere a uma medida coletiva de prevenção à cárie dentária.

## OBJETIVOS

O Sistema, além de visar a ampliação desta medida de saúde pública, tem por objetivo garantir que a fluoretação da água se realize dentro da faixa adequada de teores de flúor bem como detectar e sanar situações onde haja ocorrência de flúor natural em valores altos, os quais possam ocasionar fluorose.

## MÉTODOS

O Sistema de Vigilância dos Teores de Flúor nas águas de abastecimento público acompanha sistematicamente o Programa de Fluoretação desde 1988, através de coletas de amostras de água dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

As amostras são coletadas por funcionários da Secretaria da Saúde dos municípios e remetidas mensalmente ao LACEN-Laboratório Central do Estado, que centraliza as análises laboratoriais que são desenvolvidas por técnicos do Laboratório de Físico-Química de Divisão de Análise de Produtos, através de equipamento específico íon analisador de fluoretos. Desde julho de 2002, o LACEN iniciou a capacitação dos LACENs Regionais para realizarem as análises para que as mesmas fiquem descentralizadas. O relatório mensal enviado é resultante dos laudos emitidos, cujos resultados são compilados, analisados e classificados em função da adequação dos teores de flúor de acordo com a faixa adequada. Através da Portaria 10/99-SES de 16 de agosto de 1999 ficou estipulada a faixa de 0,60 a 0,90 mg/l como sendo a adequada para o Estado do Rio Grande do Sul. Estes resultados são enviados mensalmente aos responsáveis pelo programa em cada município, às Coordenadorias Regionais de Saúde, Companhia de Abastecimento de Água e PAISB (Programa de Atenção Integral à Saúde Bucal) para controle, comparação e correções necessárias.

## RESULTADOS

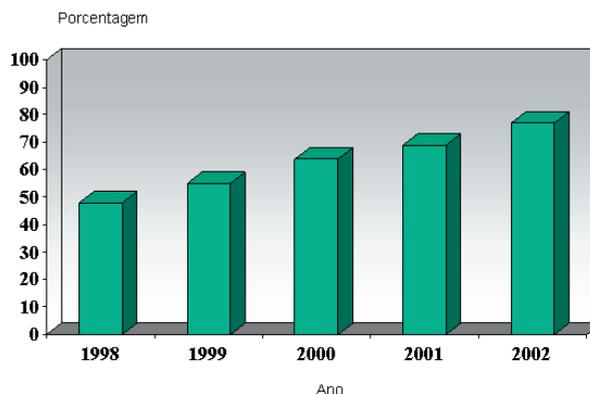
Em 2002, 76,65% dos municípios do Estado possuem água fluoretada, abrangendo 78,19% da população (Fig. 10). Foram enviadas 5.312 amostras para análise dos teores de flúor nesse ano (Fig. 11), sendo que os municípios fluoretados enviaram 49,81% da quantidade de amostras que deveriam ter enviado mensalmente (Fig.12). Destas, 46,57% estavam dentro da faixa adequada. No Estado somente 26 municípios (5,23%), encontram-se em situação desconhecida quanto aos teores de flúor nas águas de abastecimento, ou seja, alheios ao Sistema de Vigilância dos Teores de Flúor.

## CONCLUSÃO

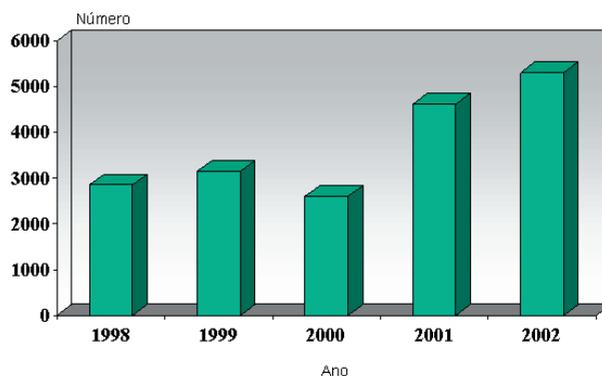
A fluoretação das águas de abastecimento continua sendo uma das formas mais eficazes de prevenção da cárie dental, desde que executada e monitorada corretamente.

**Palavras-chaves:** Vigilância Sanitária; Rio Grande do Sul; Fluoretação; Abastecimento de água.

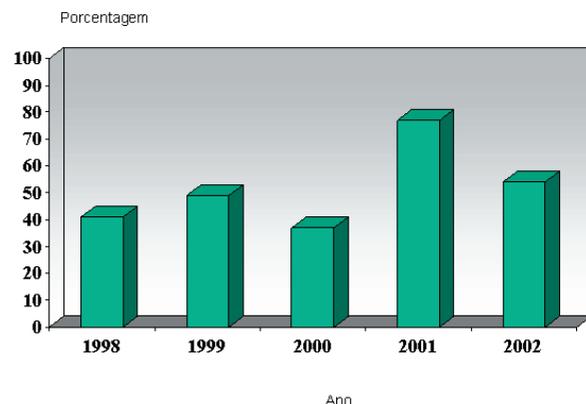
**Fig. 10**  
Cobertura da fluoretação da água para consumo humano, na população do Rio Grande do Sul, 1998 a 2002



**Fig. 11**  
Número de amostras enviadas para dosagens de flúor. Rio Grande do Sul, 1998 a 2002



**Fig. 12**  
Porcentagem de envio de amostras dos municípios fluoretados. Rio Grande do Sul, 1998 a 2002



## Errata do v. 5, n. 1, 2003

página 3 onde se lê  
leia-se

nota de rodapé:  
Farmacêutica Bioquímica  
Divisão de Vigilância Sanitária - Setor de Controle de Infecção em Estabelecimentos de Saúde  
Técnico do LACEN

página 5 linha 1 onde se lê  
leia-se

Conclusões  
Tabela 1  
Tabela 3

**Número de casos das doenças de notificação compulsória por CRS de residência, RS, 2002\*-2003\***

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)	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
	1ª	79	73	4	5	141	71	754	209	0	0	27	5	34	43	1	0	66	105	1
2ª	9	5	1	0	19	23	17	24	0	0	5	1	5	11	0	0	7	2	0	3
3ª	3	8	0	0	13	19	19	21	0	0	15	0	6	3	0	0	11	8	1	0
4ª	4	1	0	0	11	5	13	1	0	0	0	0	2	1	0	0	1	3	0	0
5ª	14	13	0	0	77	128	47	59	0	0	4	1	4	5	0	0	24	30	4	0
6ª	1	3	0	0	16	58	19	43	0	0	3	0	2	18	1	0	3	7	0	1
7ª	1	1	0	1	1	9	4	19	0	0	1	0	2	6	4	0	1	0	3	1
8ª	1	1	0	0	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9ª	0	0	1	0	6	6	3	3	0	0	0	0	0	2	0	0	4	2	0	0
10ª	15	12	0	0	17	35	6	18	0	0	2	0	17	2	1	0	4	6	0	1
11ª	1	1	0	0	10	11	3	0	0	0	0	0	1	1	1	9	0	0	0	0
12ª	0	0	1	0	2	4	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	2
13ª	4	5	0	0	1	10	4	6	0	0	3	3	3	6	0	0	1	2	0	0
14ª	3	0	1	1	24	24	2	0	0	0	4	0	4	0	3	3	0	0	0	0
15ª	0	1	0	0	5	9	1	1	0	0	0	0	2	8	1	0	0	1	0	0
16ª	0	0	0	0	2	1	2	3	0	0	6	0	6	1	0	0	7	0	0	0
17ª	0	0	0	0	5	9	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18ª	5	4	1	2	8	7	13	19	0	0	0	0	2	9	0	0	4	4	0	0
19ª	0	2	0	0	12	5	1	2	0	0	3	0	1	0	1	1	2	0	2	2
RS	140	130	9	9	374	438	913	434	0	0	73	10	91	116	14	13	137	170	12	11

CRS	Tétano Acidental (2)		Tétano Neonatal (1)		Dengue (3)		Leptospirose (2)		Malária (3)		Hantavirus (2)		PFA (1)		Tuberculose (4)		Hanseníase (4)		AIDS (4)	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
	1ª	9	11	0	0	169	20	593	407	12	16	8	3	3	5	1666	1269	32	23	1698
2ª	2	2	0	0	11	0	143	113	2	1	10	10	2	3	230	242	5	6	235	248
3ª	4	1	0	0	27	0	1030	350	0	0	4	4	0	0	241	190	2	7	243	197
4ª	2	1	0	0	8	1	297	555	2	2	0	0	0	1	119	56	14	7	133	63
5ª	3	1	0	0	51	5	34	52	5	12	4	5	3	2	167	148	12	10	179	158
6ª	3	5	0	0	15	3	14	13	5	3	1	2	1	0	72	53	2	7	74	60
7ª	0	0	0	0	5	0	5	12	0	0	0	0	0	1	53	56	0	0	53	56
8ª	1	3	0	0	0	2	60	58	0	0	1	0	0	0	33	44	1	1	34	45
9ª	1	0	0	0	2	0	9	1	0	0	0	0	0	0	9	14	1	0	10	14
10ª	4	1	0	0	8	0	26	13	1	0	6	0	0	0	135	152	32	28	167	180
11ª	0	0	1	0	5	0	11	9	1	0	3	2	1	0	15	8	5	3	20	11
12ª	0	1	0	0	8	0	16	17	2	0	0	2	0	0	23	29	11	9	34	38
13ª	2	1	0	1	3	2	182	319	1	0	5	5	0	0	60	36	5	4	65	40
14ª	1	0	0	0	11	1	121	43	3	2	0	0	0	0	14	8	10	3	24	11
15ª	3	1	0	0	8	0	9	0	2	1	1	0	0	1	13	9	3	15	16	24
16ª	4	1	0	0	6	1	104	87	0	1	8	1	0	0	47	50	2	3	49	53
17ª	2	2	0	0	3	2	23	22	1	0	1	4	0	0	17	21	5	6	22	27
18ª	0	0	0	0	9	1	20	20	1	2	0	0	0	0	72	91	6	6	78	97
19ª	7	3	0	0	1	1	25	14	2	2	0	0	1	0	29	15	19	17	48	32
RS	48	34	1	1	350	39	2722	2105	40	42	52	38	11	13	3015	2491	167	155	3182	2646

Fonte: SINAN/DCDTA/SES-RS

\* Dados preliminares até a 37ª semana epidemiológica

(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](http://www.saude.rs.gov.br)

**Conselho Editorial**

Airton Fischmann, Claudete Kmetzch, Helena Beatriz Silveira Cunha, José Inacio Lermen, Liane Farinon, Marilina Bercini, Rosângela Sobieszczanski e Waldívia 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, 2º andar  
 Porto Alegre - RS  
 CEP 90.650-090  
 Fones (51) 3217-3318 ou 3217.1786  
 E-mail: [cves@saude.rs.gov.br](mailto:cves@saude.rs.gov.br)