



ALERTA EPIDEMIOLÓGICO RISCO DE IMPORTAÇÃO DE CASOS DE SARAMPO DO 1º MUNDO

Países ricos exportam doenças infecciosas aos países "subdesenvolvidos"

O Brasil e as Américas têm despendido um esforço imenso em erradicar regionalmente o sarampo com investimento de recursos financeiros e humanos, ação que tem se mostrado efetiva uma vez que, desde o ano 2000, não temos casos confirmados de sarampo no Brasil - no Rio Grande do Sul isso não ocorre desde agosto de 1999.

Países como o Japão, Itália e Alemanha vem apresentando surtos de sarampo desde o ano passado, com repercussão em nosso país. Em 2001, o único caso confirmado de sarampo no Brasil foi de uma criança que havia viajado a passeio com os pais ao Japão. Felizmente o caso foi detectado oportunamente e as ações desencadeadas em todo o Brasil evitaram a reintrodução do vírus. Agora estamos vivendo situação de ALERTA EPIDEMIOLÓGICO, semelhante ao ano anterior, com nova

importação de caso do Japão, em março deste ano.

Na Alemanha, informações extra-oficiais reportam incidência de mil casos por 100 000 habitantes desde novembro de 2001, com a região da Bavária sendo a mais atingida. No país a cobertura vacinal está em torno de 76%.

Na Itália, a incidência de sarampo, que era de 5 casos por 100 000 habitantes em 2001, aumentou para 21/100 000 nos dois primeiros meses de 2002, sendo que no sul do país chegou a 123/100 000, ocorrendo a maioria dos casos em crianças menores de dez anos. A cobertura vacinal contra o sarampo aos dois anos de idade estava abaixo de 80% em 2000.

A última epidemia que ocorreu no Brasil e se alastrou pelas Américas, em 1997, foi possivelmente importada da Itália. Naquele ano, a Itália teve notificados 41 mil casos de sarampo, dos

quais 95% ocorreram em pessoas menores de 15 anos.

Ironicamente, países com recursos suficientes para erradicar a doença colocam em risco o esforço dos países com recursos escassos. Acrescente-se a isso o fato de estar ocorrendo epidemia de sarampo em país vizinho ao Brasil, a Venezuela. Esta epidemia iniciou-se em 2001 e no corrente ano, até a 29ª semana epidemiológica, foram notificados 2332 casos confirmados laboratorialmente da doença. A Colômbia já registrou 83 casos de sarampo confirmados por laboratório, secundários à epidemia da Venezuela.

Portanto, todos os profissionais de saúde devem estar atentos aos pacientes com exantema precedido por febre e acompanhado de tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, especialmente com relato de viagem ao exterior, pois poderá ser um caso de sarampo.

EDITORIAL

Este é um número especial do Boletim Epidemiológico. Publicam-se trabalhos de técnicos da SES/RS e que foram apresentados em Salas de Comunicações Coordenadas ou sob a forma de Pôster, no V Congresso de Epidemiologia da ABRASCO, realizado em Curitiba, de 23 a 27 de março do corrente ano. Ao todo, mais de 50 (cinquenta) trabalhos de técnicos gaúchos foram apresentados no Congresso, dos quais, alguns são publicados neste número.

Kmetzch C., et al apresentam o impacto observado na incidência da meningite causada pelo *Haemophilus influenzae*, com a implantação da vacinação de menores de um ano, a par-

tir de 1999. Salzano Oliveira, et al avaliam os resultados das 16 (dezesesseis) edições dos Cursos Básicos de Vigilância Epidemiológica par terceiro grau e quatro de nível médio, realizados desde junho de 2000 no Rio Grande do Sul.

Interessantes considerações sobre o uso da cobertura vacinal como indicador de saúde, ressaltando as dificuldades encontradas na delimitação do denominador são abordadas em trabalho de Ivone Menegolla. A mesma autora em conjunto com outros analisa preocupante mortalidade em menores de cinco anos na terra Indígena de Guarita.

Fischmann et al apresentam a ter-

ceira análise (as duas outras constaram de B.E anteriores) da Pesquisa realizada para quantificar a Prevalência dos Fatores de Risco para a Doença Coronariana. Desta vez os resultados referem-se a prevalência do sedentarismo e tabagismo.

O Boletim Epidemiológico também produz um Alerta referente a preocupante situação mundial do Sarampo com epidemias em vários países da Europa e da América do Sul, caracterizando um risco de importação de casos pelo Brasil. Também apresenta nota sobre a Campanha de Vacinação contra a Rubéola para mulheres em idade fértil a realizar-se de 15 de junho a 05 de julho de 2002.

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS MENINGITES POR HAEMOPHYLUS INFLUENZAE B APÓS A IMPLANTAÇÃO DA VACINA CONTRA ESSE AGENTE ETIOLÓGICO, NO CALENDÁRIO BÁSICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Claudete Kmetzsch, Fernando Faraco, Maria Tereza Schermann,
Carmem Estima, João Santana, Claudia M. Silva

Todos os casos suspeitos de meningite são notificados e investigados pelas Secretarias Municipais de Saúde do RS. As amostras de LCR, soro, e hemoculturas são enviadas para o laboratório central (LACEN/RS). Após o diagnóstico, medidas de controle, como a profilaxia, são adotadas. Os casos são digitados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e enviados ao nível central da SES/RS utilizando o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), desde 1995, os arquivos gerados foram analisados nos programas Epi-info e Tabwin.

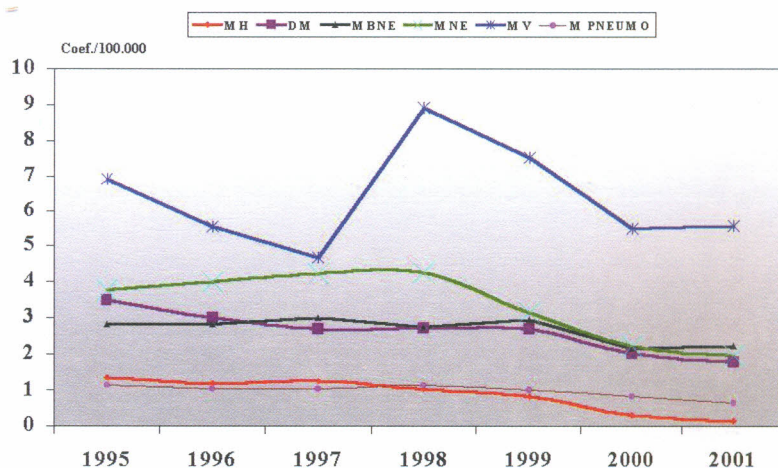
Observou-se que a incidência da maioria das meningites manteve-se constante nos últimos anos, apresentando diminuição a partir do ano 2000 (Figura 1). A incidência das meningites por H. influenzae sofreu importante diminuição a partir de 1999, ano em que a vacinação contra esse agente foi instituída em toda a rede pública. Em 1997 o coeficiente de incidência em todas as idades era de 1,3 por 100.000. Em 1999 foi de 0,8/100.000 e em 2001, diminuiu para 0,15/100.000. A incidência da meningite bacteriana não especificada variou de 3,0 a 2,2/100.000, naquele período. Essa diminuição possivelmente esteja associada com a redução do número de meningites por H.influenzae, que estariam inseridas no contingente das meningites bacterianas não especificadas.

A letalidade da meningite por H.influenzae diminuiu de 17,8 para 6,7 %. A maioria dos diagnósticos (60 %) utilizou o critério cultura para fechamento do caso no SINAN.

Em setembro de 1999 foi implantada no Estado, a vacinação contra o Haemophylus influenzae B em menores de dois anos de idade. As coberturas obtidas e o impacto na incidência em menores de um ano são observadas na Figura 2.

Os autores concluem que a implantação da vacinação ocasionou um impacto significativo na incidência e mortalidade das meningites.

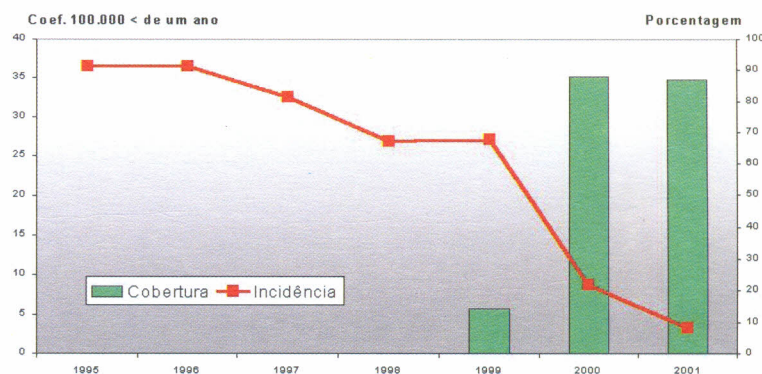
Figura.1 : Coeficiente de Incidência de Meningite por etiologia, RS,1995-2001



Fonte: SINANCCDTA/SES/RS

MH: meningite por haemophylus
DM : doença meningocócica
MBNE :meningite bacteriana não especificada.
MNE: meningite não especificada
MV : meningite viral
M.PNEUMO: mningite por pneumococo

Figura 2- Meningite por *Haemophylus influenzae* B: Coeficiente de Incidência e Cobertura vacinal em menores de um ano, RS, 1995 - 2001



Fonte: CCDTA/SES/RS

IMPLANTAÇÃO DE CURSOS BÁSICOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CBVE) PARA PROFISSIONAIS DE TERCEIRO GRAU E PARA AUXILIARES DE NÍVEL MÉDIO NO ESTADO

Oliveira, Salzano J. B., Faraco, Fernando J. C-Kerber, Ariadne,

INTRODUÇÃO

A decisão política da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul relativa ao recurso do Convênio Vigisus, programado na área de capacitação de pessoal foi canalizado basicamente para a execução dos CBVE, com o objetivo de instrumentalizar os servidores de terceiro grau e de nível médio, que atuam no SUS, na rede estadual, regional e municipal para a utilização do método epidemiológico, bem como qualificar a informação e a decisão frente à notificação de agravos e doenças.

MATERIAL E MÉTODOS

Para garantir que o objetivo seja atingido, até o final de 2001 foram identificados 25 monitores nas primeiras edições do CBVE, dentre técnicos de nível estadual e regional. Esses monitores assumiram também a função de grupo assessor do projeto. Ao mesmo tempo, foi realizada a capacitação de pessoal administrativo das regionais para executar todo o procedimento burocrático, descentralizando a organização e execução nas regionais de saúde. Concomitantemente às capacitações nas regionais, são identificados novos monitores garantindo a autonomia e a continuidade do processo. Para qualificar e multiplicar este conhecimento o grupo assessor vem desenvolvendo um sub-projeto de capacitação continuada aos monitores, além de acompanhar todas as edições regionalizadas dos cursos.

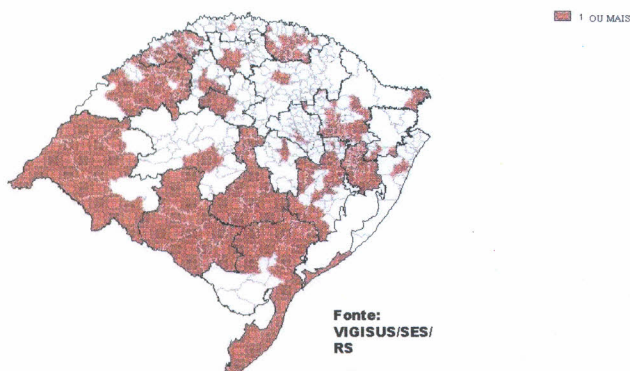
RESULTADOS

Desde junho de 2000 foram realizadas 16 edições para terceiro grau, capacitando 479 técnicos e 4 de nível médio, capacitando 78 auxiliares, totalizando 557 trabalhadores em saúde de 160 municípios correspondentes a 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (Mapa 1).

Conforme avaliação dos treinandos, (Figuras 5, 6 e 7) fica claro que este processo também tem atingido a expectativa dos participantes, em relação à metodologia, monitoria e conteúdo.

Há resultados qualitativos como a maior facilidade na elaboração da PPI pelos municípios e regionais; maior uso dos dados gerados no município e nas regionais e maior parceria entre os municípios e regionais.

Mapa 1 -MUNICÍPIOS COM PELO MENOS UM TÉCNICO CAPACITADO NO CBVE. RS, 2000 - 2001



CONCLUSÃO

O Curso Básico de Vigilância Epidemiológica possibilita a capacitação de técnicos e auxiliares da área de saúde, colabora para o melhor aproveitamento dos recursos existentes, promove a integração entre regionais e municípios permitindo, também, a troca de experiências.

Figura 5- AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DO CBVE COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE, RS, 2001

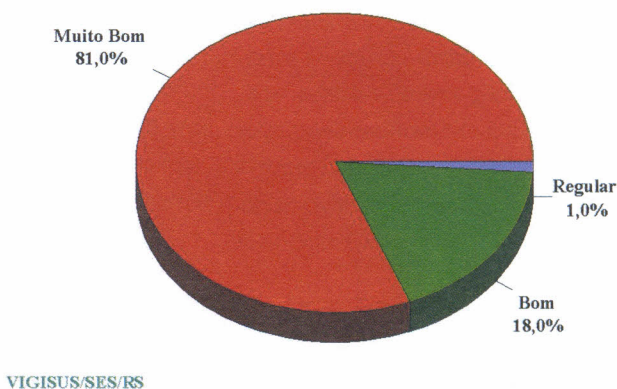


Figura 6 -AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA DO CBVE COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE, RS, 2001

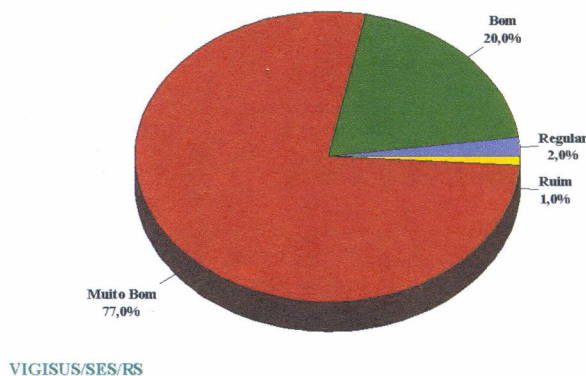
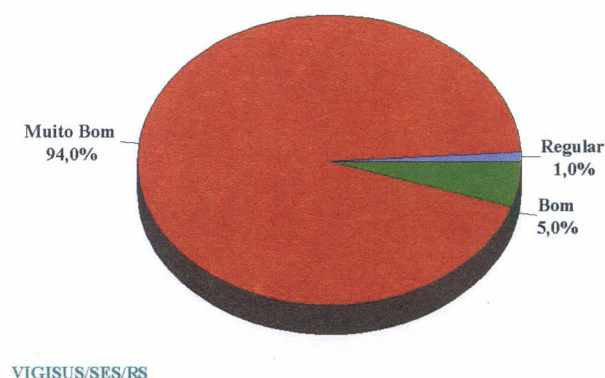


Figura 7- AVALIAÇÃO DA MONITORIA DO CBVE COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE, RS, 2001



COBERTURA VACINAL. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE SEU USO COMO INDICADOR DE SAÚDE

Ivone Andreatta Menegolla

INTRODUÇÃO

O cálculo oficial da porcentagem de cobertura vacinal é feito através do número de doses registradas nos boletins de imunizações dividido pela população da faixa etária correspondente - que é projetada a cada ano pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. É presumível que as coberturas vacinais administrativas, oficiais, possam ser menores, iguais ou maiores que a cobertura vacinal real, tanto devido a erros no numerador (registro das doses aplicadas) como no denominador (população - quanto mais afastada estiver dos anos de censo populacional maior pode ser a diferença entre a população real e a estimada).

O objetivo da busca foi avaliar a sensibilidade do indicador de cobertura vacinal como fator de proteção da população em relação às doenças imunopreveníveis, como indicador de qualidade para o Plano de Erradicação do Sarampo e como objeto de pactuação para repasses financeiros. Também teve como objetivo paralelo planejar e propor estratégias de recuperação de baixas coberturas vacinais.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada revisão bibliográfica no site da BIREME/LILACS após discussões geradas em encontros regionais para análise de indicadores de qualidade do Plano de Erradicação do Sarampo, supervisões a municípios e capacitações dos técnicos envolvidos nas ações de saúde dos municípios e Coordenadorias Regionais do Estado do Rio Grande do Sul. Foram revisados 1392 artigos, teses e boletins, dos quais 33 referem-se especificamente a pesquisas envolvendo coberturas vacinais. Também foi realizado o cálculo da cobertura vacinal contra o sarampo em menores de um ano usando outros denominadores, como a população de nascidos vivos do ano avaliado e os dados do Censo 2000. Além disso fez-se agregação de municí-

pios por regiões de saúde para tentar qualificar os desvios possivelmente associados a densidade demográfica, desenvolvimento econômico e grau de implantação do SUS.

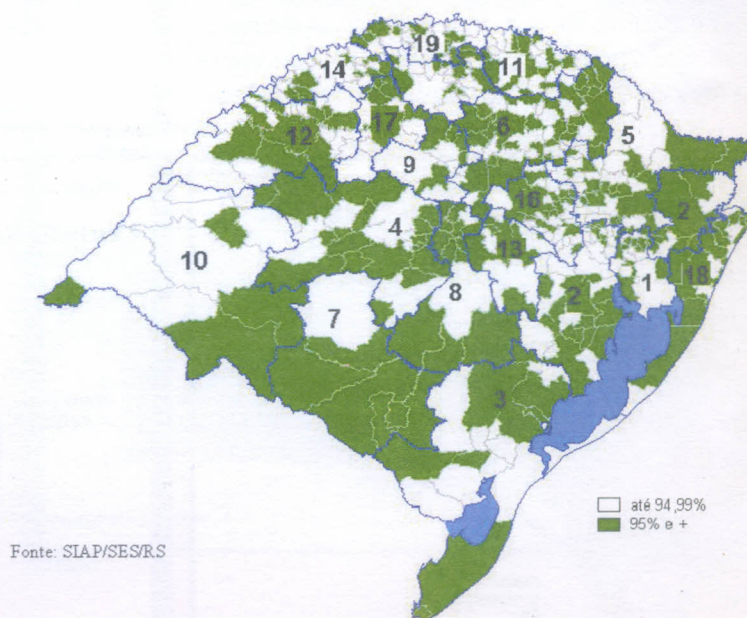
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na revisão bibliográfica de trabalhos que utilizaram pesquisa em amostras de laboratório, inquéritos vacinais, entrevistas com a população e profissionais de saúde e análises estatísticas foram encontrados dados de cobertura vacinal oficiais menores, iguais e maiores aos encontrados nas pesquisas realizadas. Em 11 trabalhos os índices oficiais estavam superestimados, em 01 estava subestimado e em um era igual. As diferenças encontradas foram atribuídas a registro, organização dos serviços e vacinação inadequados como: falta de indicação dos vacinadores, agentes de saúde e médicos, falsas contra-indicações, desconhecimento dos benefícios e eficácia das vacinas, alta rotatividade de pessoal técnico, vacinação apenas da demanda passiva, falta de treinamento dos profissionais de saúde, excesso

de burocracia na sala de vacina, falhas na cadeia de frio, desinformação dos pediatras sobre o uso correto das imunizações, apatia ou objeção dos pais, falha no registro da unidade e no cartão da criança, entre outros. As conclusões estavam focalizadas no registro deficiente e fatores de não vacinação (oportunidades perdidas), porém em nenhum dos trabalhos foi avaliado o denominador.

Um dos indicadores de qualidade do Plano de Erradicação do Sarampo é o "percentual de municípios que atingiram a meta preconizada de 95% de cobertura vacinal contra o sarampo em menores de um ano" (Mapa 2). Testamos no Rio Grande do Sul o uso de outro denominador, do Sistema de Informação de Nascimentos (SINASC), e também o agrupamento de municípios por regional, onde encontramos um percentual 12,4% acima do oficial (dados do IBGE para o ano 2000) (Figura 8). Mesmo assim, está muito abaixo da meta preconizada de 80% dos municípios para medir a homogeneidade da proteção, apesar de o Estado ter cobertura vacinal de 96,5% (IBGE) e 91,2% (SINASC) (Figura 9). O número de regio-

Mapa 2- MUNICÍPIOS COM PELO MENOS 95% DE COBERTURA VACINAL CONTRA O SARAMPO. RS, 2000



Fonte: SIAP/SES/RS

nais que atingiram a meta diminuí de 11 para 09 se usado o SINASC, sendo que as três primeiras regionais, as que mais diminuem a cobertura, representam quase metade da população do Estado. Deve-se considerar que 42,4% dos municípios têm menos de 5 mil habitantes (42,4% e 65,1% < 10 mil), sendo sua importância no acúmulo de suscetíveis - risco de controle e reintrodução da doença - diferente daquela de municípios de grande porte, que concentram quase metade da população do estado. Erros no denominador podem ser bastante significativos entre municípios de pequeno porte, pelo pequeno número de crianças menores de um ano, onde a falta de algumas crianças evita que a meta preconizada seja alcançada. Por outro lado nos municípios de grande porte a meta pode estar mais facilmente subestimada, decorrente de serem foco de migração em busca de maiores oportunidades de trabalho, gerando uma falsa tranquilidade em relação ao contingente de suscetíveis.

Comparando, sem grande aprofundamento de análise, as diferenças populacionais da estimativa de população para o ano 2000 com os dados preliminares do Censo realizado pelo IBGE, observa-se que algumas cidades de grande porte tiveram um aumento de população provavelmente decorrente de migração. A 1ª, 2ª e 3ª CRS que englobam a região metropolitana de Porto Alegre e Pelotas, comportam o maior número de municípios populosos e quando usamos com denominador o SINASC as coberturas vacinais aparentam estar perigosamente baixas, mesmo tendo atingido a meta esperada oficialmente. Por outro lado, não está havendo casos de sarampo no Estado desde agosto de 1999 e as notificações de doenças exantemáticas aumentaram e estão melhor qualificadas.

CONCLUSÃO

A avaliação das coberturas vacinais deve ser realizada com cautela tanto em relação à proteção real da população quanto em relação a cortes de repasses financeiros ou outras sanções. A avaliação deste indicador não deve ser realizada isoladamente, necessitando de outros indicadores como a morbi-mortalida-

de das doenças preveníveis por vacina, dados de migração e sócio-econômicos além do uso rotineiro de outras fontes de dados populacionais (como o Sistema de Informação de Nascimentos e Programa de Agentes Comunitários). O indicador, pela sua importância no controle de doenças imunopreveníveis e pela sua associação a repasses financeiros, me-

receria avaliações mais aprofundadas e métodos simplificados de validação de dados em todos os níveis do Sistema Único de Saúde. A realidade de trabalho nas salas de vacina, com sobrecarga das atribuições dos técnicos, vínculo empregatício instável e aumento do número de imunobiológicos disponibilizados tende a agravar a situação.

Número de municípios e de habitantes, por classes de tamanho populacional, e participação percentual na população total do RS - 2000

Classes de Tamanho Populacional	Número de Municípios	População	Participação percentual na população do RS
até 10.000	304	1.378.519	13,5
10.001 a 50.000	121	2.472.546	24,3
50.001 a 100.000	25	1.730.444	17
mais de 100.001	17	4.606.289	45,2
TOTAL	467	10.187.798	100

Figura 8- SARAMPO: COBERTURA VACINAL EM < DE UM ANO USANDO DOIS DENOMINADORES (VISUALIZAÇÃO ACIMA DE 80%), POR REGIONAL, RS 2000

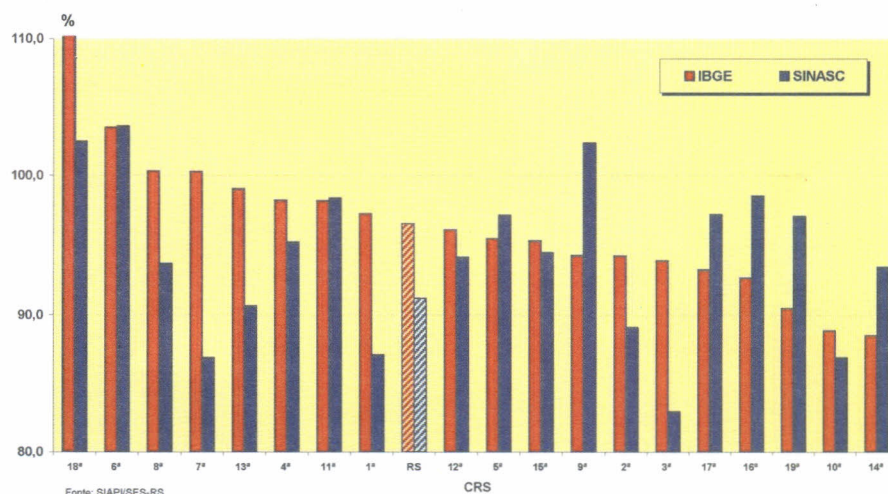
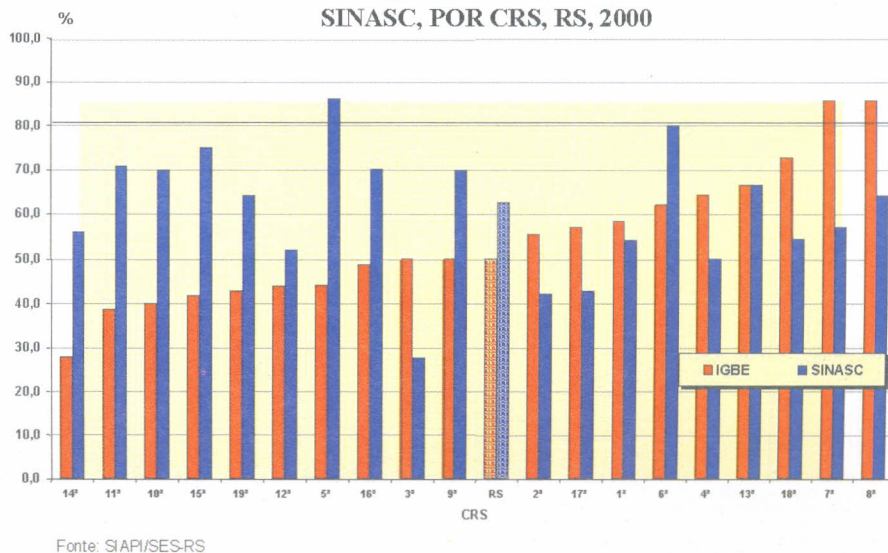


Figura 9- PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE ATINGIRAM A META DE COBERTURA VACINAL CONTRA O SARAMPO EM MENORES DE UM ANO, USANDO DENOMINADOR DO IBGE E SINASC, POR CRS, RS, 2000



CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL 15 DE JUNHO A 05 DE JULHO DE 2002

A rubéola era considerada doença benigna da infância, juntamente com o sarampo, a varicela e a escarlatina. Em 1941, o oftalmologista Norman Gregg descobriu sua teratogenicidade, após examinar crianças com catarata congênita, de mães que relatavam história de rubéola no início da gravidez. A pandemia de 1963-65, ocorrida na Europa e Estados Unidos, confirmou, efetivamente, que a rubéola contraída durante o primeiro trimestre de gestação representa alto risco de malformações para o feto (catarata, glaucoma, surdez, cardiopatias, retardo mental etc.).

A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) é uma doença grave, com elevado ônus psicossocial e um custo financeiro estimado em assistência médica de, aproximadamente, 50.000 a 200.000 dólares.

O Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul vem desenvolvendo a prevenção e o controle da SRC através das ações de Vigilância Epidemiológica e Imunização. A implantação da Vacina Tríplice Viral ocorreu a partir de Campanha de Vacinação, em 1997, quando foram vacinadas 99,33% das crianças de 1 a 11 anos de idade.

No Brasil, tem-se observado um aumento

da incidência de casos de SRC, justificado pelo melhor desempenho da vigilância e pela modificação do padrão epidemiológico da rubéola, com deslocamento de casos para faixas etárias de adultos jovens. Tal situação levou o Ministério da Saúde/FUNASA a complementar a proposta de controle da SRC e desencadear, inicialmente, uma Campanha de Vacinação contra Rubéola de Mulheres em Idade Fértil, nos treze Estados com maior número de casos registrados de SRC. Esta ousada estratégia tem o compromisso de vacinar 95% da população alvo em todos os municípios.

A vacina contra rubéola tem sido utilizada há mais de 30 anos em vários países da Europa, Estados Unidos e Caribe, sem que jamais tenha sido registrado um único caso de SRC associada. Estudos realizados em vários países têm confirmado a eficácia e a segurança dessa vacina, mesmo quando aplicada inadvertidamente em mulheres grávidas. O risco teórico descrito na literatura para ocorrência de malformação congênita pós-vacina contra rubéola varia de 0 a 1,6%. Este risco é menor que o risco normal de malformações fetais na população geral, que é de 3% e muito menor que o risco de até 85% de SRC associada à infecção materna por

rubéola nas primeiras onze semanas de gestação.

Entretanto, recomenda-se não vacinar mulheres no período gestacional. Toda a mulher grávida ou que engravidar nos 30 dias após aplicação inadvertida da vacina, será acompanhada através de protocolo desenvolvido pelo Ministério da Saúde/FUNASA/SS-RGS/SIAT-Serviço de Genética Médica -/HCPA.

O nosso Estado realizou a **Campanha de Vacinação contra Rubéola**, dirigida a **2.298.568** mulheres na faixa etária de 12 a 39 anos, de **15 de junho a 19 de julho de 2002**. A vacinação foi indiscriminada, para todas as mulheres da população-alvo, independentemente do estado vacinal ou história prévia de rubéola. As mulheres que não mais desejassem engravidar foram vacinadas para proteger as demais. Foram vacinadas **1.925.823**, o que representou uma cobertura de **88,19%**. Esse resultado foi considerado exitoso. Entretanto, deverá ser ainda melhor, pois os serviços de saúde continuam oferecendo rotineiramente a vacina para aquelas mulheres que ainda a necessitem.

A participação de todos os profissionais de saúde foi fundamental para o êxito dessa importante ação de Saúde Pública.

Número de casos das doenças de notificação compulsória por CRS, RS, 2000-2001*

CRS	Doença Meningocócica (1)		Meningite p/ Haemo- phylus (1)		Hepatite B (1)		Hepatite C (1)		Sarampo (1)		Rubéola (1)		Coqueluche (2)		Febre Tifóide (2)		Sífilis Congênita (2)		Difteria (1)	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001
1ª	103	102	13	7	305	176	873	516	0	0	47	4	18	32	6	0	207	87	1	0
2ª	14	12	5	2	23	49	24	31	0	0	9	9	3	2	0	3	15	5	0	0
3ª	17	2	4	0	40	19	34	33	0	0	15	3	2	2	0	0	10	11	0	0
4ª	7	7	3	1	15	20	5	1	0	0	1	0	4	0	0	0	1	0	0	0
5ª	17	17	1	0	232	134	51	58	0	0	9	3	2	8	3	0	46	27	0	0
6ª	6	5	0	0	73	61	22	31	0	0	7	3	8	7	0	0	5	3	0	0
7ª	1	1	1	0	4	7	2	7	0	0	2	0	3	6	0	0	8	9	0	0
8ª	1	2	0	0	9	4	4	2	0	0	3	0	0	1	0	0	2	0	0	0
9ª	0	0	0	0	5	11	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0
10ª	13	16	0	1	9	2	9	7	0	0	4	0	1	0	0	0	3	7	0	0
11ª	1	4	1	0	37	12	1	2	0	0	0	0	4	0	4	3	0	1	0	0
12ª	1	1	0	1	10	5	7	4	0	0	0	1	9	1	0	0	0	1	0	0
13ª	12	10	0	0	35	13	10	4	0	0	0	1	3	11	1	0	2	0	0	0
14ª	1	1	0	1	47	40	7	6	0	0	1	0	4	0	2	3	2	0	0	0
15ª	0	0	0	0	17	18	2	2	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0
16ª	7	2	1	1	17	18	3	4	0	0	26	4	0	8	0	0	4	0	0	0
17ª	0	0	1	0	15	14	5	2	0	0	39	8	1	0	0	0	1	0	0	0
18ª	7	3	1	1	16	19	12	8	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0
19ª	0	0	1	0	20	15	2	2	0	0	5	0	1	0	0	0	0	2	1	0
RS	208	185	32	15	929	637	1073	721	0	0	173	36	64	80	16	9	307	156	2	0

CRS	Tétano Acidental (1)		Tétano Neonatal (1)		Dengue (3)		Leptospirose (1)		Malária (3)		Hantavírus (1)		PFA (1)		Tuberculose (4)		Hanseníase (4)		AIDS (4)	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001
1ª	11	11	0	0	0	0	248	212	10	3	0	0	10	14	2510	1605	42	29	1701	1542
2ª	3	0	0	0	0	0	46	80	0	0	1	0	2	7	281	214	7	11	115	100
3ª	3	1	0	0	0	0	114	246	0	0	0	0	5	5	224	190	2	5	149	29
4ª	2	0	0	0	0	0	132	78	4	2	0	0	0	1	136	81	9	5	39	6
5ª	5	1	0	0	0	0	12	10	4	1	1	0	1	2	234	115	8	3	111	96
6ª	1	2	0	1	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	99	58	5	2	44	57
7ª	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	90	64	0	1	11	11
8ª	4	1	0	0	0	0	17	20	0	1	0	0	0	1	77	52	1	1	19	0
9ª	3	0	0	0	0	0	5	6	0	0	0	0	0	0	27	10	4	1	32	13
10ª	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	239	79	20	6	104	50
11ª	3	1	0	0	0	0	5	3	0	1	1	1	0	0	21	21	5	1	12	25
12ª	2	0	0	0	0	0	6	11	1	0	0	0	0	1	86	49	34	15	22	7
13ª	2	3	0	0	0	0	75	213	0	0	0	2	0	1	65	28	10	1	39	20
14ª	2	0	0	0	0	0	16	42	2	0	0	0	2	0	40	20	12	4	12	8
15ª	2	1	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	3	3	27	9	8	6	5	5
16ª	4	2	0	0	0	0	27	50	1	0	0	0	1	0	61	32	1	6	18	9
17ª	5	1	0	0	0	0	1	8	1	0	0	0	0	0	27	18	8	5	3	2
18ª	1	1	0	0	0	0	4	7	0	0	1	0	2	3	96	55	1	5	45	49
19ª	1	2	0	0	0	0	5	10	2	0	0	0	3	0	33	14	17	4	6	1
RS	56	29	1	1	1	1	719	1003	27	8	4	3	24	39	4373	2714	194	111	2487	2030

Fonte: SINAN/CCDTA/SES-RS * Dados preliminares até mês 12 ** Dados preliminares até mês 09 *** Dados preliminares até mês 12 do banco paralelo (1) Casos confirmados (2) Casos notificados (3) Casos confirmados importados (4) Casos novos
Obs.: Não ocorreram casos de RAIVA, CÔLERA, POLIOMIELITE, FEBRE AMARELA e PESTE.

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA NO ESTADO 1999 - 2000 (III)

Airton Fischmann, Cláudio A. Bandeira Medina, Iseu Gus

Neste número do Boletim Epidemiológico dá-se prosseguimento à apresentação de resultados e comentários com referência à Pesquisa de FR para a DAC no RS, em continuação ao apresentado nos dois números anteriores. Assim como outros trabalhos desta edição este também foi apresentado no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Curitiba.

Comentam-se aqui alguns resultados relacionados ao tabagismo e sedentarismo no lazer, dois fatores de risco reconhecidamente associados à doença arterial coronariana.

Sedentarismo

Para avaliação deste FR, perguntou-se aos entrevistados sobre a realização de atividades físicas realizadas nas horas de lazer. Considerou-se atividade física intensa: atividade profissional e/ou atividade física orientada, realizada diariamente. Atividade moderada: caminhada/natação pelo menos 5 vezes por semana. Atividade leve: 2 a 4 vezes por semana e sedentarismo, uma ou nenhuma atividade por semana. Os resultados estão expressos na Tabela 1.

Tabela 1

PESQUISA FATORES DE RISCO PARA A DAC ATIVIDADE FÍSICA POR GRUPO ETÁRIO. RS, 1999-2000

Grupo Atividade	20 a 29 (%)	30 a 39 (%)	40 a 49 (%)	50 a 59 (%)	60 e + (%)	Total (%)
Intensa	2,9	1,3	1,9	1,1	0	1,5
Moderada	9,6	7,8	4,3	7	6	7,3
Leve	24,2	23,8	17,7	18,4	4	19,8
Sedentária	63,4	67,1	76,1	76,6	79,3	71,3

A porcentagem média de sedentarismo foi de 71,3% e mesmo nos grupos mais jovens constatou-se que 63,4% dos indivíduos de 20 a 29 anos de idade eram sedentários. Esta porcentagem aumenta com a idade, sendo de 79,3% nos idosos. Observou-se também que o sedentarismo está associado a níveis de hipertensão mais altos, à níveis de colesterol e glicose elevados, e também ao sobrepeso e obesidade. A associação entre vários fatores de risco aumenta significativamente o risco para a Doença Arterial Coronariana.

Tabagismo

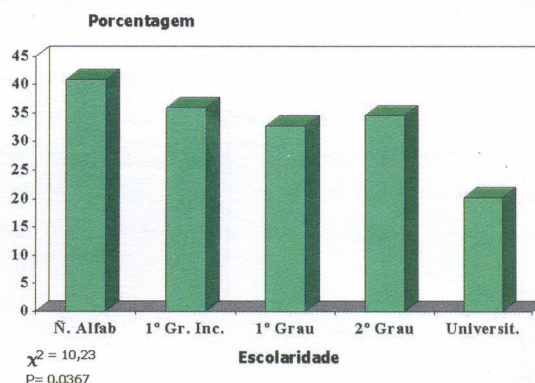
A prevalência encontrada foi de 33,9%, A prevalência de fumantes do sexo masculino (38,0%) foi significativamente maior que a do sexo

feminino (29,6%) (χ^2 4,38 $p = 0.0362$). Dos fumantes, 52,5% consome mais de vinte cigarros por dia, ou seja, compõe-se dos chamados "fumantes pesados". O grupo etário com maior porcentagem de fumantes foi o de 40 a 49 anos, para ambos os sexos. (Figura 3)

Tabagismo e escolaridade

Constatou-se uma associação inversa entre escolaridade e tabagismo, pois quanto menor a escolaridade, maior a porcentagem de fumantes. (Figura 4).

Figura 4-
PESQUISA FATORES DE RISCO PARA A DAC. RS, 1999-2000
Tabagismo e escolaridade



A porcentagem de fumantes no grupo não alfabetizado chega a 41,5%, enquanto nos indivíduos com nível universitário é de 20%. Estes resultados são úteis para o desenvolvimento de atividades de prevenção em grupos de risco.

Comentários e recomendações gerais

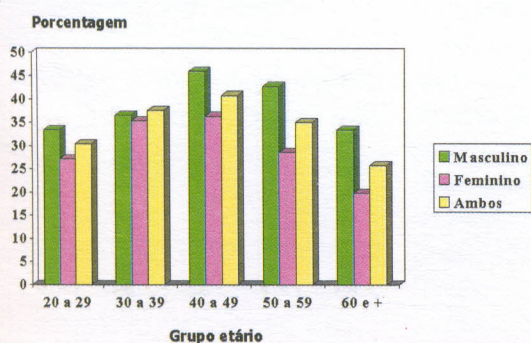
Experiências postas em prática em vários países demonstraram que os melhores resultados obtidos em relação ao impacto na redução de doenças cardiovasculares, ocorrem com ações de saúde pública, baseadas na prevenção primordial e primária, ou seja, o estímulo à adoção dos chamados hábitos saudáveis de vida, prevenindo desta forma o desenvolvimento dos FR e a adequada identificação e controle dos FR em pessoas e/ ou grupos que já os apresentem.

Os resultados desta pesquisa, representativa para a população do Estado do Rio Grande do Sul, evidenciaram a alta prevalência de Fatores de Risco para a Doença Arterial Coronariana.

Com o objetivo de reduzir esses altos índices, torna-se necessária uma ampla conscientização dos profissionais de saúde no sentido de priorizar a integralidade das ações de saúde, que se acrescente aos procedimentos clínicos de rotina medidas de promoção à saúde e de prevenção de doenças. Além disso, é indispensável que se promovam interfaces com as áreas educacional, de políticas de alimentação, de assistência social e cidadania, legislativa e também com as diferentes formas de mídia, que devem aliar-se na busca deste objetivo comum, uma melhor qualidade de vida para a população.

É pois, indispensável a quantificação dos FR para que se conheça a realidade epidemiológica da nossa população e, como consequência, sejam desenvolvidas ações de saúde pública, avaliando-se no futuro o impacto destas ações na prevalência dos FR e nos índices de mortalidade, morbidade hospitalar e custos em assistência médica.

Figura 3 -PESQUISA FATORES DE RISCO PARA A DAC
Porcentagem de fumantes por sexo e grupo etário. RS, 1999 - 2000



INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NA TERRA INDÍGENA DE GUARITA, MUNICÍPIO DE REDENTORA/RS

Ivonne A. Menegolla, Eliza Fukuoka, Inajara H. Rodríguez

A Terra Indígena Guarita faz parte dos municípios de Redentora, Tenente Portela e Erval Seco, sendo a segunda maior em extensão no Rio Grande do Sul, com 20.000 hectares. Conta com uma população de, aproximadamente, 3930 habitantes (445 menores de 5 anos e 29 menor de 1 ano - censo FUNASA/DIA, 1998), na parte da Terra adstrita ao município de Redentora (conforme a fonte varia para mais e para menos). A população vive distribuída em oito setores (aldeias), sendo três deles localizados na parte da Terra Indígena que se situa no Município de Tenente Portela (representando cerca de 11% do total da população do município), e os outros cinco localizados na parte da Terra Indígena que se situa no município de Redentora (representando cerca de 29% do total da população do município).

Durante o mês de junho de 2001 foi realizado levantamento de informações referente a óbitos ocorridos na terra Indígena, de crianças menores de cinco anos. Na avaliação dos dados coletados através de entrevistas, revisão de prontuários, relatórios, Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Mortalidade (SIM), auto-

rizações de internações hospitalares e outros, encontrou-se aumento de 6 para 15 óbitos em menores de cinco anos nos primeiros quatro meses desse ano em relação ao ano anterior. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) em 1999 foi de 57/1000, em 2000 foi 34/1000 ou 47/1000 (dependendo da fonte usada para menores de um ano) e de 190/1000 no primeiro quadrimestre de 2001. a razão de mortalidade por faixa etária foi respectivamente, 68%, 57% e 93% em menores de cinco anos nos anos 1999, 2000 e 2001 (até abril). Também se detectou ter havido aumento de 98 e 60% das declarações de nascidos vivos de 1998 para 1999 e 2000.

Há ineficácia do programa de Cárências Nutricionais e falta de alimentação e sensibilidade dos sistemas de informações. Cerca de 84% das internações no hospital foram de indígenas nesse ano.

O Plano Municipal de Saúde e a Programação Pactuada Integrada, não indica a população indígena como grupo de risco, nem como prioridade, não prevendo ações específicas para essa po-

pulação, apesar do perfil epidemiológico e de o município e o hospital de Redentora receberem incentivo da Fundação Nacional de Saúde/MS, órgão responsável pela assistência à saúde nas terras indígenas, para a contratação de equipe que atua na área e "plus" para internações hospitalares. Além disso, 30% do Piso de Atenção Básica e outros repasses Federais e estaduais relativos à atenção à saúde, são devidos à população indígena que está recenseada no município.

Nota do Conselho Editorial - *O CMI para o Estado do Rio Grande do Sul, nos anos em estudo foi calculado em 17 por 1000 nascidos vivos em 1998 e em 15/1000 nos anos de 1999 e 2000, evidenciando a necessidade de observações deste teor, em que se avalia a distribuição da mortalidade por regiões e municípios, ressaltando-se as desigualdades existentes, como se observou na área indígena em que o CMI chega a ser quatro ou mais vezes superior à média do Estado. Através do uso de indicadores como o CMI, é possível identificar-se populações de risco, para onde devem ser previstas ações prioritárias específicas.*

EXPEDIENTE

O Boletim Epidemiológico é um instrumento de informação técnica em saúde, editado pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul

Conselho Editorial

- Airton Fischman • Alethéa Fagundes Sperb
- Claudete Kmetzsch • Carlos Tietbohl

Jornalista Responsável

José Eduardo Bernhardt
Reg. Prof. 4899/RS

Tiragem

20.000 exemplares

Endereço para correspondência

Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar - Assessoria de Comunicação Social - Porto Alegre - RS - CEP 90.119.900 - Fones (051) 3288.5822 / 3288.5914 / 3227.5060 (fax)
E-mail: cais@saude.rs.gov.br ou comunica@saude.rs.gov.br