



## VIGILÂNCIA DA RAIVA NA 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, CAXIAS DO SUL

Eduardo Kieling<sup>1</sup>

### INTRODUÇÃO

A raiva é uma antropozoonose aguda, transmitida ao homem pela inoculação do vírus da raiva presente na saliva e secreções de animais infectados. No Rio Grande do Sul, é de notificação compulsória, sendo que o último caso de raiva humana ocorreu em 1981 na cidade de Três Passos; o último caso de raiva canina no ano de 1988 e, de raiva felina, em 2001.

O setor de vigilância ambiental da 5ª CRS recebe e analisa todas as Fichas de Investigação de Atendimento anti-rábico humano dos seus 48 municípios. A conduta em caso de possível exposição ao vírus da raiva deve ser de acordo com as características do ferimento e do animal envolvido no acidente. As características do ferimento variam de acordo com o local e a profundidade da lesão.

Em relação ao local, as lesões próximas ao Sistema Nervoso Central (cabeça, face ou pescoço) ou em locais muito inervados (mãos, polpas digitais e planta dos pés) e lambadura de mucosas são consideradas acidentes graves. Em relação à profundidade, as lesões são classificadas como superficiais (sem sangramento) ou profundas (apresentam sangramento, ou seja, ultrapassam a derme).

No que se refere às características do animal envolvido, a raiva, nos cães e gatos, apresenta um período de incubação conhecido e semelhante, onde a transmissão do vírus só ocorre a partir do final do período (em geral de 60 dias), variando entre dois e cinco dias antes do aparecimento dos sintomas, e persiste até sua morte, que ocorre até cinco dias após o início dos sinais clínicos. Por isso, os cães e gatos devem ser observados por 10 dias. Deve-se avaliar o estado de saúde do animal no momento da agressão, se estava sadio ou apresentava sinais sugestivos de raiva. Também, a maneira como ocorreu o acidente, se devido a sua índole de agressor, ou se reagiu em defesa própria ou por agressão espontânea (sem causa aparente), o que pode indicar alteração do seu comportamento e, neste caso, ser suspeito de raiva. É necessário saber se a região de procedência do animal é área de raiva controlada ou não controlada.

Quanto aos hábitos do animal, os cães e gatos devem ser considerados como domiciliados e não domiciliados. Domiciliado é o animal que vive exclusivamente dentro do domicílio e não tem contato com animais desconhecidos e só sai à rua acompanhado por seu dono; neste caso podem ser classificados de baixo risco. Os animais não domiciliados são aqueles que passam longos períodos fora do domicílio,

sem controle, e devem ser considerados como animais de risco, mesmo que tenham proprietário e recebam vacinas.

### OBJETIVOS

#### Objetivo Geral

Avaliar as fichas de investigação de Atendimento anti-rábico humano dos municípios da 5ª CRS recebidas no ano de 2004.

#### Objetivos Específicos

- Identificar o nº de notificações por município.
- Identificar os municípios que não realizaram notificações.
- Identificar o nº de pessoas atendidas e o nº de pessoas tratadas.
- Avaliar o nº de doses de vacinas aplicadas por município.
- Avaliar a média de doses de vacinas utilizadas por tratamento.
- Conhecer o nº de abandono de tratamentos.
- Avaliar o nº de cães e gatos observados e em quais municípios a Vigilância executa esta observação.
- Identificar os principais animais agressores nos municípios da 5ª CRS.
- Identificar através do registro nas fichas o nº de cães e gatos desaparecidos e que, por consequência, não puderam ser observados, o que justificaria o uso de cinco doses.

### METODOLOGIA

Foram elaborados relatórios mensais através da análise detalhada e coleta manual de dados das fichas de Notificação de Atendimento anti-rábico humano recebidas no período de 02.01.04 até 31.12.04 dos municípios da 5ª CRS. Através da consolidação dos dados contidos nos relatórios mensais, se elaborou a Tabela 1 e as Figuras 1 e 2.

Cabe lembrar que as fichas de atendimento anti-rábico referentes ao ano de 2003 e que chegaram à 5ª CRS em 2004 foram incluídas nesta análise. Já as fichas de atendimentos do ano de 2004 e que chega-

<sup>1</sup> Médico veterinário - Vigilância Ambiental, 5ª CRS. E-mail: eduardo-kieling@saude.rs.gov.br

ram após 31/12/04 à Regional não foram computadas. Por isso, em alguns casos, as informações não conferem com os dados contidos no SINAN, pois os municípios remetem as fichas somente após o encerramento dos casos.

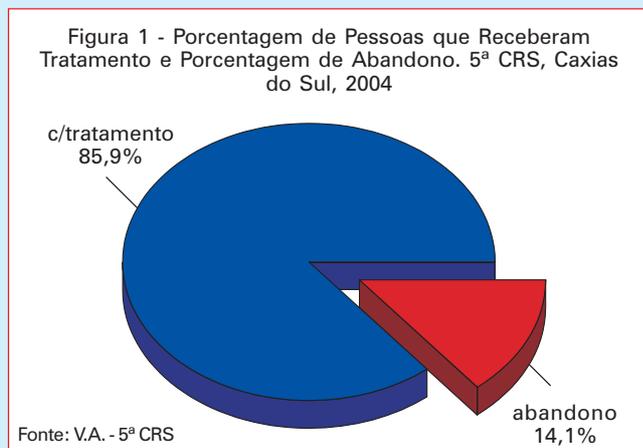
A vacina utilizada pelos municípios neste período foi a de Cultivo Celular, que deve ser aplicada no paciente nos dias 0, 3, 7, 14 e 28 após agressão conforme a avaliação do ferimento e do animal agressor. O soro pode ser aplicado até o sétimo dia do início da primeira dose da vacina.

## RESULTADOS

Na Tabela 1 identifica-se o número de notificações por município e observa-se que dos 48 municípios da 5ª CRS, 37 realizaram notificações e 11 não. No período citado foram notificadas 2277 pessoas agredidas. Destes atendimentos, 1400 (61,5%) pessoas receberam tratamento e 877 (38,5%) pessoas não, pois na maioria destes casos se optou pela observação do animal agressor. Das pessoas tratadas, 1380 (98,6%) receberam apenas vacinas e 20 (1,4%) receberam vacinas e soro.

Pode-se identificar também o número total e a média de doses de vacinas utilizadas por município. Foram aplicadas um total de 3344 doses com uma média de 2,4 vacinas por paciente. Esta média variou de 1,9 doses em Garibaldi e Gramado a 5,0 doses em Monte Alegre dos Campos e São José dos Ausentes. Observa-se nas fichas de notificação que o município de Garibaldi registrou 94% dos cães e 75% dos gatos, enquanto que Gramado não observou nenhum animal; por isto neste último não se justificaria esta média de doses. Dentre os municípios que aplicaram a média de 5,0 doses, observa-se que apenas em Monte Alegre dos Campos se justifica esta média, pois o animal agressor foi sacrificado após agressão e não foi possível realizar o exame laboratorial. Em São José dos Ausentes, mesmo o cão agressor sendo observado, procedeu-se a aplicação de cinco doses.

Das pessoas que receberam tratamento, 206 (14,7%) abandonaram após uma ou mais doses e 1194 (85,3%) concluíram o tratamento (Figura 1).



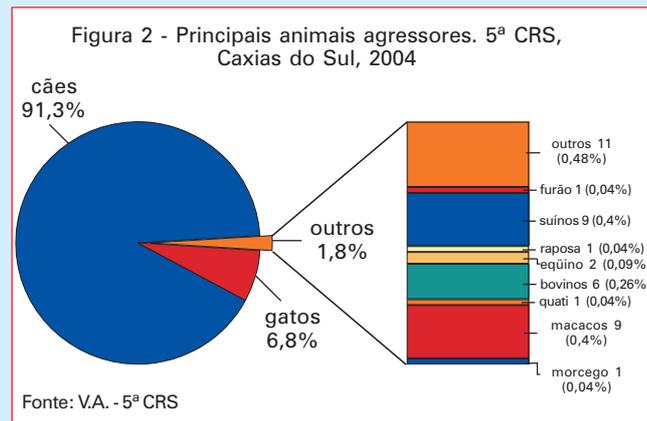
Das pessoas que receberam atendimento anti-rábico, 2080 (91,3%) foram agredidas por cães, 156 (6,8%) por gatos e 41 (1,8%) por outros animais.

Dos cães agressores, 1501 (72,2%) foram observados e 101 (4,8%) desapareceram ou não foi possível identificar o dono do animal após a agressão.

Dos gatos agressores, 98 (62,8%) foram observados e 11 (7,0%) desapareceram ou não foi possível identificar o dono do animal após a agressão.

Dos 37 municípios que fizeram notificações de pacientes contra raiva, em 27 realizou-se a observação dos cães e gatos.

Os principais animais agressores foram: cães 2080 (91,3%); gatos 156 (6,8%); morcego (um); equino (dois); bovinos (seis); suínos (nove); macaco (nove); raposa (um); quati (um); furão (um); outros 11 (0,5%) (Figura 2).



## CONCLUSÃO

A observação dos cães e gatos pela Vigilância Ambiental do Município é fundamental no atendimento anti-rábico humano, pois pela observação destes animais pode-se reduzir em alguns casos o número de doses de vacinas aplicadas. Apenas se justifica a aplicação de mais de duas doses de vacinas em pessoas agredidas por cães e gatos quando estes não puderem ser observados, ou seja, por estarem desaparecidos, mortos ou com suspeita clínica de Raiva.

Por ser uma doença de notificação compulsória é necessário que a Vigilância Epidemiológica daqueles municípios que não realizaram nenhuma notificação no ano de 2004, e também aqueles que realizaram poucas notificações, revisem o seu serviço de atendimento anti-rábico, conforme preconizado no manual de normas técnicas do Ministério da Saúde, pois nestes municípios provavelmente houve atendimentos por agressões de animais domésticos ou silvestres, porém os mesmos não foram notificados pela vigilância local.

Alguns municípios não informaram nas fichas de atendimentos o motivo da aplicação de cinco doses de vacinas em agressões por cães ou gatos e nem a conduta destinada aos animais agressores. Verificou-se, também, que o número de doses de vacinas registrado nas fichas, em alguns casos, não coincide com a quantidade de doses que o paciente realmente recebeu. O que se observa é que alguns municípios no dia da notificação registram as cinco doses com as respectivas datas de aplicação e, em muitos casos, ocorre o abandono ou os animais são observados e quando o esquema vacinal é encerrado, não se apagam nas fichas as vacinas que não foram utilizadas, fazendo com que seja registrado no SINAN um número maior de doses do que efetivamente aplicado.

Tabela 1

Procedimentos realizados de acordo com o animal agressor, para a vigilância da raiva humana, por município, 5ª CRS, 2004

Município	Procedimentos						Cães			Gatos			Outros animais	
	Atendimentos	Tto.c./vacina	Tto.vac. e soro	Total tto.	Abandonos	Total vacinas	Média doses	Agressores	Observados	Desaparecidos	Agressores	Observados		Desaparecidos
ALTO FELIZ	2	2		2		5	2,5	2						
ANTÔNIO PRADO	4	4		4	1	14	3,5	3	1	2	1			
BENTO GONÇALVES	379	154	2	156	22	409	2,6	341	275	15	27	20	2	11
BOA VISTA DO SUL														
BOM JESUS	4	4		4		12	3,0	4	1					
BOM PRINCÍPIO	16	16		16		46	2,9	15	12	1				1
CAMPESTRE DA SERRA	1	1		1		2	2,0	1						
CANELA	19	18	1	19	1	60	3,1	15	5	1	2		1	2
CARLOS BARBOSA	32	12		12		25	2,1	30	30		1	1		1
CAXIAS DO SUL	1.284	802	13	815	170	1.875	2,3	1.199	779	58	78	39	5	7
CORONEL PILAR	3	3		3		6	2,0	3	3					
COTIPORÃ	3	3		3		11	3,7	2	1		1			
ESMERALDA	1							1	1					
FAGUNDES VARELA	2	2		2		4	2,0	2						
FARROUPILHA	178	152	1	153	3	349	2,3	164	150	13	13	13		1
FELIZ	7	6		6		13	2,2	7	6					
FLORES DA CUNHA	28	27	1	28	2	60	2,1	22	17	1	5	4		1
GARIBALDI	80	31		31	1	59	1,9	68	64	3	8	6	2	4
GRAMADO	7	7		7		13	1,9	6			1			
GUABIJU														
GUAPORÉ	21	6		6	1	14	2,3	21	20					
IPÊ	2	2		2		7	3,5	1	1		1	1		
JAQUIRANA	2	1		1		2	2,0	2						
LINHA NOVA														
MONTE A. DOS CAMPOS	1	1		1		5	5,0	1						
MONTE BELO DO SUL														
MUITOS CAPÕES	1	1		1		3	3,0	1						
NOVA ARAÇÁ	1							1						
NOVA BASSANO	9	4		4	1	10	2,5	5	5		4	4		
NOVA PÁDUA	5	5		5		17	3,4	1	1					4
NOVA PETRÓPOLIS	10	4		4		11	2,7	9	6					1
NOVA PRATA	49	33	1	34		92	2,7	45	40	2	2	2		2
NOVA ROMA DO SUL														
PARAÍ														
PICADA CAFÉ	3	3		3		6	2,0	3	1					
PINHAL DA SERRA														
PROTÁSIO ALVES	4	4		4		9	2,2	4	3	1				
SANTA TERESA														
SÃO JORGE														
SÃO J. DOS AUSENTES	1	1		1		5	5,0	1	1					
SÃO MARCOS	46	27	1	28	2	70	2,5	40	38		3	1	1	3
SÃO VENDELINO														
UNIÃO DA SERRA														
VACARIA	15	15		15		44	2,9	14	1	1	1			
VALE REAL	1	1		1		2	2,0	1						
VERANÓPOLIS	53	27		27	2	82	3,0	42	37	3	8	7		3
VILA FLORES	1	1		1		2	2,0	1						
VISTA A. DO PRATA	2							2	2					
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>2.277</b>	<b>1.380</b>	<b>20</b>	<b>1.400</b>	<b>206</b>	<b>3.344</b>	<b>2,4</b>	<b>2.080</b>	<b>1.501</b>	<b>101</b>	<b>156</b>	<b>98</b>	<b>11</b>	<b>41</b>

Fonte: V.A - 5ª CRS

Portanto, deve-se registrar nas fichas apenas as vacinas no dia de sua aplicação e remetê-las para a Regional após a conclusão dos casos. É de extrema importância uma integração maior entre as Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental e que se faça o correto preenchimento das fichas de notificação, melhorando a qualidade da informação do atendimento ao paciente e da conduta em relação aos animais agressores.

## AGRADECIMENTOS

Aos colegas Dr. Miguel Cataluña e Ana Rocha/Vig. Epidemiológica e Patrício Rivero/Vig.Ambiental/5ª CRS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Bolso das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 3. ed. Brasília, DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF: 2002. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Normas Técnicas de Tratamento Profilático Anti-Rábico Humano**. Brasília, DF: 2002.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Oitavo Relatório do Comitê de Especialistas da OMS em Raiva**: controle da Raiva. Goiânia: UFG, 1999.

**Palavras-chave**: Raiva. Sistema Nervoso Central. Vigilância Epidemiológica. Vigilância Ambiental.

# INVESTIGAÇÃO DE SURTO DE MENINGITE VIRAL EM HORIZONTALINA/RS

Claudete Íris Kmetzsch<sup>1</sup>, João Carlos Batista Santana<sup>1</sup>, Estela Maris Rossato Balke<sup>2</sup>, Regina Beatriz Borges Schmidt<sup>3</sup>, Sandra Servat<sup>3</sup>, Anita Monteiro<sup>4</sup>, Eliane Veiga da Costa<sup>5</sup>, Edson Elias da Silva<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo descreve uma experiência de investigação epidemiológica de um surto de meningite viral que ocorreu em março e abril de 2003 no município de Horizontina, com 17907 habitantes, localizado no norte do RS.

## OBJETIVOS

Acompanhar a evolução deste agravo na comunidade, as ações de vigilância epidemiológica empregadas visando o controle do surto, a educação da população e a identificação viral dos casos e dos comunicantes.

## METODOLOGIA

Foi utilizada, para a coleta de dados, a Ficha de Investigação Epidemiológica de Meningite do SINAN (Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação) e coletados líquor, soro e fezes de pacientes e fezes de alguns comunicantes.

## RESULTADOS

Ocorreram 13 casos de meningite viral em idade escolar, sendo que o grupo etário mais atingido foi o de 5 a 9 anos. O coeficiente de incidência foi de 72,6 casos por 100.000 habitantes. Observou-se vínculo epidemiológico entre os casos, sendo que alguns casos ocorreram em contatos domiciliares e outros em escolares (Tabela 2).

**Tabela 2 - Casos notificados de Meningite Viral segundo resultado laboratorial e tipo de vínculo, Horizontina, RS, março e abril de 2003**

Nº	Nome	Primeiros sintomas	Data coleta	Diferença entre início	Enterovírus não pólio	Tipo de vínculo
01	NC	16/03			S/ material	Creche Adelaide Ambros
02	MM	19/03	24/03	5 dias	Positivo	
03	FTS	20/03	24/03	4 dias	Negativo	Escola Espírito Santo
04	DR	21/03	27/03	6 dias	Positivo	Escola Albino Fantin
05	VGS	21/03	24/03	3 dias	Positivo	Irmão de FTS
06	LH	22/03	27/03	5 dias	Negativo	Sem história de contato
07	MRR	25/03	27/03	2 dias	Negativo	Escola Espírito Santo
08	TG	24/03	25/03	1 dia	Positivo	Escola Espírito Santo
09	DC	24/03	27/03	3 dias	Negativo	Sem história de contato
10	JS	24/03	27/03	3 dias	Positivo	Irmã de FTS
11	DR	28/03	01/04	4 dias	Negativo	Irmã de MRR Escola Espírito Santo
12	LH	31/03	02/04	2 dias	Negativo	Escola Monteiro Lobato
13	LZ	04/04		s/ material		

Fonte: SINAN/ DVE

<sup>1</sup> Divisão de Vigilância Epidemiológica/CEVS/SES-RS; E-mail: dcdta@saude.rs.gov.rs

<sup>2</sup> 14ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES-RS; E-mail: 14crs@saude.rs.gov.br

<sup>3</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Horizontina; E-mail: saude@pmhorizontina.com.br

<sup>4</sup> Instituto de Pesquisas Biológicas Jandyr Maya Faillace / IPB- Laboratório Central do Estado / LACEN/RS; E-mail: amonte@brturbo.com.br

<sup>5</sup> Fundação do Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ-RJ; E-mail: edson@ioc.fiocruz.br

O primeiro caso ocorreu em uma criança que freqüentava uma creche do município, não havendo história de contato prévio com caso de meningite no início dos sintomas. Nesta creche, em fevereiro de 2003, ocorreu surto de diarreia notificado pelo Monitoramento de Doença Diarréica (MDDA) do município. Esse surto foi atribuído a rotavírus.

A distribuição dos casos por sintomas e faixa etária e a curva epidêmica são apresentadas, respectivamente, nas tabelas 3 e 4 e na Figura 3.

**Tabela 3 - Casos notificados de Meningite Viral segundo sinais e sintomas, Horizontina, RS, março e abril de 2003**

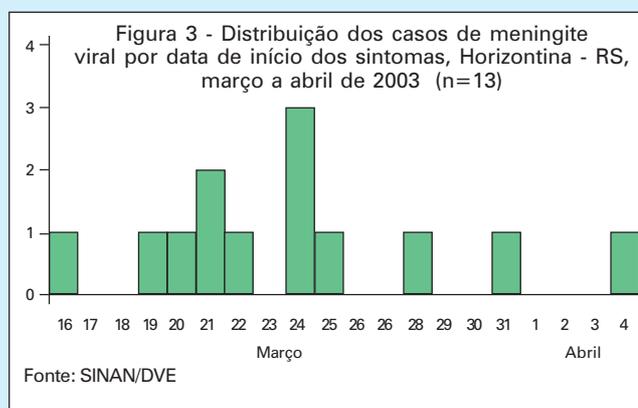
Sinais e sintomas	Nº de casos	%
Febre	12	92,30
Cefaléia	11	84,61
Vômitos	10	79,92
Diarreia	01	7,69
Rigidez de Nuca	01	7,69
Fraqueza	01	7,69

Fonte: SINAN/DVE

**Tabela 4 - Distribuição por faixa etária e sexo dos casos notificados de Meningite Viral do município de Horizontina, RS, março e abril de 2003**

Faixa Etária	Masc.	Fem.	Total	%
Menor de 1 ano	0	0	0	-
De 1 a 4 anos	2	1	3	23,08
De 5 a 9 anos	3	3	6	46,15
De 10 a 14 anos	1	2	3	23,08
De 15 a 19 anos	0	1	1	7,69
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN/DVE



As amostras de LCR e fezes, dos casos e contatos, enviadas à FIOCRUZ, deram positivas para enterovírus não pólio em 9 de um total de 17 enviadas. Destas, 4 foram seqüenciadas na região de VP1 e submetidas a um banco genômico (Blast). O resultado dessa análise de seqüência nucleotídica foi **echovírus 13**. É importante destacar que foi a primeira vez que este vírus foi detectado no país.

## CONCLUSÃO

Essa investigação de surto mostra a importância da integração entre o nível local (Municipal), regional e central (Estadual), LACEN e Laboratório de Referência Nacional (FIOCRUZ/RJ) para o sucesso do processo de investigação, principalmente pela dificuldade de identificação de causas de surtos e outras doenças virais.

**Palavras-chave:** Meningite viral. Horizontina. Vigilância Epidemiológica.

# INVESTIGAÇÃO DE SURTO FAMILIAR DE PSITACOSE

Marilina Bercini<sup>1</sup>, Tani Ranieri<sup>1</sup>, Maria Tereza Schermann<sup>1</sup>, Marco Antônio Barreto de Almeida<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

A psitacose é uma zoonose que se manifesta no ser humano como doença infectocontagiosa bacteriana, causada pela *Chlamydophila psittacii* (mudança recente de gênero – nome antigo: *Chlamydia psittacii*), cujos reservatórios são os pássaros, principalmente os psitacídeos (papagaios, araras, periquitos), podendo ser acometidas outras espécies como pombos, perus e gansos. A transmissão é por via respiratória, através da inalação de poeira contaminada por dejetos de animais doentes ou portadores. O período de incubação em humanos é de 1 a 4 semanas e crianças e jovens são menos suscetíveis à doença do que adultos. Os grupos de risco para psitacose são os donos de pássaros, empregados de lojas de animais e abatedouros e veterinários. Nos Estados Unidos são notificados menos de 50 casos confirmados por ano, devendo existir mais casos não corretamente diagnosticados ou não notificados. No Brasil, a psitacose não é doença de notificação compulsória e há registros de casos esporádicos. Em relação ao quadro clínico, após um período de incubação de 7 a 14 dias, observa-se febre alta (até 40°C), seguida de cefaléia intensa, tosse irritativa e dolorosa, dores lombares e nas extremidades, sudorese, inapetência e fraqueza. Os casos mais leves simulam estados gripais. Menos freqüentemente, ocorrem manifestações neurológicas e cardiocirculatórias. O órgão mais comprometido é

o pulmão (pneumonia atípica). A radiografia de tórax mostra infiltrado difuso bilateral. A confirmação laboratorial é feita por sorologia para detecção de anticorpos contra *Chlamydophila psittacii*, IgM e/ou IgG (aumento de 4 vezes dos títulos em duas coletas com intervalo de duas a três semanas). O isolamento do agente no sangue ou em secreções, além de cultura de tecidos, é de difícil execução. A antibioticoterapia é obrigatória. A cura e a convalescência podem ser prolongadas.

## OBJETIVO

Descrever a investigação de um surto intrafamiliar de psitacose.

## DESCRIÇÃO

Em 29/12/2003 foi notificado um surto de doença respiratória ocorrendo em família residente no município de Cachoeirinha/RS. O quadro clínico cursava com febre (em todos os casos) acompanhada de cefaléia, mialgia, prostração, tosse produtiva e pneumonia prolongada, que não respondeu aos antibióticos usuais. Três deles apresentaram hematúria.

<sup>1</sup> Divisão de Vigilância Epidemiológica – CEVS/SES-RS  
E-mail: marilina-bercini@saude.rs.gov.br

<sup>2</sup> Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde – CEVS/SES-RS -  
E-mail: marco-almeida@saude.rs.gov.br

A sintomatologia iniciou-se após a compra de três animais silvestres da família dos psitacídeos (periquitos), que apresentaram sintomas respiratórios. Pela exposição às aves silvestres e pelo curso clínico, formulou-se a hipótese diagnóstica de psitacose.

De um total de treze membros da família, sete adoeceram (54%) e destes, três foram hospitalizados (43%); todos apresentaram boa evolução após uso de antibiótico adequado (tetraciclina/quinolona).

Os exames laboratoriais realizados no Instituto Adolfo Lutz-SP evidenciaram anticorpos da fase aguda para *Chlamydophila psitacii* em alguns dos pacientes, confirmando, desta forma, a hipótese de psitacose.

Não foi apurada a procedência dos animais, os quais morreram antes de qualquer avaliação médica. Um único exemplar, adquirido com os demais, porém locado em outra residência, foi submetido à necropsia, entretanto, os exames laboratoriais foram inconclusivos devido à autólise da carcaça. A escassez de informações sobre essa zoonose e o desconhecimento da importância do material oriundo de aves prejudicaram a correta detecção do agente, já que os animais mortos foram descartados. Apesar da falta de confirmação laboratorial nas caturritas, estas foram incriminadas como fontes de infecção aos humanos.

Concomitantemente à investigação epidemiológica dos casos, foram desenvolvidas várias ações, em conjunto com as equipes da Vigilância Ambiental e Sanitária da SES/RS e SMS de Cachoeirinha, além da parceria interinstitucional com o IBAMA.

Foi realizada visita ao estabelecimento que vendeu os periquitos aos pacientes, para verificar as condições do local, a existência de outras aves semelhantes, a saúde dos trabalhadores da loja e a relação de outros possíveis compradores.

Durante a inspeção, constatou-se que não havia nenhum periquito na loja, visto ser animal silvestre, que não pode ser comercializado. A vigilância

sanitária autuou o estabelecimento devido às péssimas condições de higiene. O proprietário e sua filha, únicos funcionários do estabelecimento, encontravam-se assintomáticos e a relação de outros compradores não foi obtida.

A rede de serviços de saúde dos municípios de Cachoeirinha, Porto Alegre e Gravataí foi alertada para investigar exposição a periquitos em casos de infecção respiratória com sintomas prolongados. No acompanhamento, não foram registrados novos casos.

## CONCLUSÃO

Exposição a animais domésticos ou silvestres deve ser sempre lembrada em casos de pneumopatias de apresentação atípica. Os casos suspeitos de psitacose devem ser diagnosticados e tratados precocemente, a fim de evitar a sua fácil transmissão e diminuir as complicações, especialmente em pacientes idosos.

O presente relato é um alerta para profissionais, criadores e proprietários que manipulam aves silvestres sem a adoção de medidas adequadas de biossegurança.

Salienta-se a importância da articulação das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e Sanitária, além dos demais setores envolvidos, para a identificação, investigação e execução das medidas de controle pertinentes nesses eventos.

## REFERÊNCIAS

CENTER DISEASES CONTROL AND PREVENTIONS: a-z index. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/az.do>>. Acesso em: 14 set. 2005.

Organização Panamericana de Saúde. **El control de las enfermedades transmisibles em el hombre**. Washington, D.C.: OPS, 1987.

**Palavras-chave:** Psitacose. Doenças Infecto-contagiosas Bacterianas.

# I ENCONTRO DE EPIDEMIOLOGISTAS DA SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

## RELATÓRIO FINAL

Foi realizado de 15 a 17 de junho o I Encontro de Epidemiologistas da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, tendo como local o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). Para a realização do Encontro foram convidados, preferentemente, técnicos que haviam concluído o I Curso de Especialização em Epidemiologia realizado pela SES em convênio com a UFPEL, ou que haviam concluído o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) e que estivessem trabalhando em atividades relacionadas à Vigilância em Saúde, tanto nas CRS como em municípios. Em alguns casos, por solicitação da CRS, foram incluídos outros técnicos, que embora não fazendo parte da relação inicial, se dedicavam a ativida-

des de Vigilância nos níveis regionais.

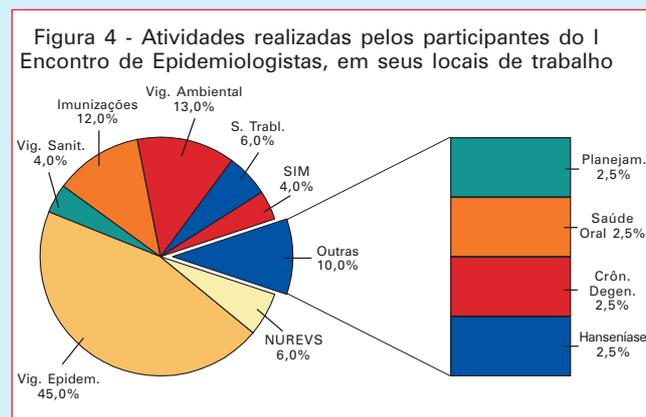
## OBJETIVOS DO ENCONTRO

1. Fortalecer o vínculo com profissionais ligados a atividades de Vigilância em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.
2. Fornecer subsídios necessários a uma qualificação da análise epidemiológica realizada nos níveis regionais e municipais.
3. Estimular a apresentação de experiências em Vigilância em Saúde pelos participantes do Encontro.

Ao todo foram convidadas 56 (cinquenta e seis) pessoas, tendo comparecido ao Encontro, 45 (quarenta e cinco). As seguintes CRS não se fizeram re-

presentar: Cruz Alta (9ª), Alegrete (10ª), Lajeado (16ª), e Ijuí (17ª). Participaram também representantes dos seguintes municípios: São Leopoldo, Porto Alegre, Pelotas, Rio Grande, Canoas e Uruguaiana, deixando de comparecer os representantes dos municípios de Caxias do Sul e Passo Fundo.

Na composição do grupo, observou-se que os participantes identificaram-se como exercendo suas atividades nos seguintes setores: 44% em Vigilância Epidemiológica, 12,5% em Imunizações, 12,5% em Vigilância Ambiental, 6% na organização dos NUREVS (neste caso incluindo todas as Vigilâncias), 6% desenvolvendo atividades em Saúde do Trabalhador (Figura 4).



Os participantes foram divididos em dois grupos de trabalho, com a finalidade de discutir os temas apresentados no Encontro, propor atividades conjuntas de trabalho em Vigilância em Saúde, divulgação de indicadores municipais, elaboração de boletins epidemiológicos regionais e apresentar críticas e sugestões na condução das atividades do CEVS.

As considerações e propostas dos Grupos de Trabalho foram as seguintes:

#### GRUPO A

- Sensibilizar as Regionais de Saúde para as atividades de Vigilância em Saúde.
- Instituir/Intensificar as Reuniões Periódicas da Vigilância em Saúde (CEVS/NUREVS).
- Estabelecer critérios para Seleção dos Profissionais que irão atuar em VS.
- Educação Continuada para desenvolver a consciência da Vigilância em Saúde (CBVE, CBVA, PROFORMAR).
- Elaborar Boletins Informativos Regionais com divulgação para os municípios, enfatizando o uso de mapas regionais na apresentação dos dados.
- Apoio técnico descentralizado dos diversos setores das políticas de saúde.

- Acompanhar os municípios silenciosos em relação às notificações e fazer um trabalho de busca ativa, divulgando os resultados para as possíveis fontes notificadoras (SMS, Hospitais, US, Laboratórios, Consultórios Privados).
- Sensibilizar e capacitar para despertar uma consciência de vigilância em saúde.
- Constituir uma representação estadual do Grupo de Epidemiologistas para agilizar a estruturação, fortalecimento e intensificação das ações de Vigilância, com encontros trimestrais.

#### GRUPO B

- Estabelecer prioridades de gestão nas diferentes esferas para efetivar a mudança para o "novo" modelo, garantindo a supervisão e acompanhamento da gestão municipal, viabilizando a utilização dos recursos que compõem o Teto Financeiro das vigilâncias.
- Definir claramente as possibilidades de uso dos recursos do Teto da Epidemiologia.
- Integração entre os Setores das CRS para análise de dados e monitoramento dos relatórios de Gestão.
- Seminário/reuniões para capacitação em epidemiologia como instrumento de avaliação e tomada de decisões (retomada do CBVE).
- Sensibilizar os funcionários para participação e entendimento do "novo" papel de assessoria aos municípios.
- Supervisão *no município* para avaliação dos dados e das informações.
- Realizar reuniões técnicas temáticas dos Setores Regionais com o grupo da Epidemiologia.
- Continuidade das capacitações de informática (Tabwin, Excell,...).

O grupo concluiu como válidos os temas discutidos durante o Encontro, expressando o desejo de realização de novos encontros ainda este ano, propondo o mês de setembro para uma próxima reunião. Recomendou, ainda, que sejam apresentadas experiências realizadas na área de Vigilância em Saúde, tanto regionais como municipais. O Grupo de Trabalho formado por representantes do CEVS e das CRS decidiu pela realização no período de 17 a 19 de outubro.

**Palavras-chave:** Vigilância Epidemiológica. Evento. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde.

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

C R S	Doença Menin- gocócica <sup>(1)</sup>		Meningite p/ Haemophylus <sup>(1)</sup>		Hepatite B <sup>(1)</sup>		Hepatite C <sup>(1)</sup>		Sarampo <sup>(1)</sup>		Rubéola <sup>(1)</sup>		Coqueluche <sup>(2)</sup>		Febre Tifóide <sup>(2)</sup>		Sífilis Congênita <sup>(2)</sup>		Difteria <sup>(2)</sup>	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	1ª	39	36	0	1	176	127	670	511	0	0	1	1	107	149	2	0	49	47	2
2ª	8	4	0	0	20	16	32	19	0	0	0	0	19	25	0	0	4	3	0	0
3ª	9	4	0	0	14	5	54	40	0	0	0	0	7	1	0	0	5	2	0	0
4ª	4	2	0	1	8	4	6	3	0	0	0	0	6	3	0	0	4	4	0	0
5ª	4	9	0	0	123	101	87	84	0	0	1	0	12	23	0	0	11	12	1	0
6ª	1	2	0	0	55	76	59	73	0	0	0	1	12	10	0	3	0	11	0	0
7ª	1	0	0	0	2	3	34	18	0	0	0	0	1	0	0	0	0	10	2	0
8ª	1	0	0	0	8	0	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
9ª	0	1	0	0	8	6	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
10ª	8	3	0	1	3	20	43	53	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
11ª	0	0	1	0	32	32	8	6	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
12ª	2	0	0	0	1	11	4	5	0	0	0	0	4	4	0	0	0	1	0	0
13ª	2	2	0	0	10	3	10	12	0	0	0	0	9	15	0	0	2	1	0	0
14ª	1	0	0	0	21	13	3	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
15ª	2	1	0	0	13	3	1	3	0	0	0	0	7	0	0	0	2	0	0	0
16ª	0	4	0	0	12	23	12	7	0	0	1	1	3	13	0	0	1	1	0	0
17ª	0	0	0	0	3	6	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
18ª	0	2	0	0	11	18	49	32	0	0	1	0	14	12	0	0	5	5	0	0
19ª	2	0	0	0	11	3	4	2	0	0	0	0	0	6	0	0	2	1	3	0
<b>RS</b>	<b>84</b>	<b>70</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>531</b>	<b>470</b>	<b>1085</b>	<b>877</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>203</b>	<b>265</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>86</b>	<b>101</b>	<b>9</b>	<b>3</b>

C R S	Tétano Acidental <sup>(2)</sup>		Tétano Neonatal <sup>(1)</sup>		Dengue <sup>(3)</sup>		Leptospirose <sup>(1)</sup>		Malária <sup>(3)</sup>		Hantavirus <sup>(2)</sup>		PFA <sup>(1)</sup>		Tuberculose <sup>(4)</sup>		Hanseníase <sup>(4)</sup>		AIDS <sup>(4)</sup>	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	1ª	8	1	0	0	5	11	25	32	7	1	4	2	5	3	1409	1241	31	15	859
2ª	1	1	0	0	0	0	9	4	0	0	7	3	0	1	168	166	10	8	79	43
3ª	0	0	0	0	0	0	16	19	0	1	3	13	0	2	160	96	0	1	67	27
4ª	1	1	0	0	0	1	6	6	0	1	0	0	0	1	72	96	7	6	34	15
5ª	4	2	0	0	1	1	1	1	0	1	4	5	3	0	81	83	14	9	72	27
6ª	0	0	0	0	2	2	0	0	4	3	0	0	0	0	52	39	4	6	31	10
7ª	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	17	0	0	3	3
8ª	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	31	21	1	0	11	4
9ª	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11	7	0	1	3	2
10ª	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	139	83	14	16	34	12
11ª	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	1	0	12	11	1	1	5	6
12ª	2	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	26	9	3	9	4	4
13ª	3	0	0	0	0	0	19	7	0	0	1	0	0	1	37	32	3	3	10	6
14ª	0	0	0	0	1	1	6	6	1	0	0	0	0	1	14	13	5	7	5	5
15ª	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	11	8	2	0	7	6
16ª	1	0	0	0	0	0	3	5	0	1	2	1	0	0	27	23	2	2	14	19
17ª	1	1	0	0	1	0	2	4	1	1	1	0	1	1	27	15	9	5	3	2
18ª	1	1	0	0	1	1	5	9	2	3	0	0	0	2	73	54	2	1	25	12
19ª	2	0	0	0	0	3	0	1	2	0	0	1	0	0	16	12	16	10	4	2
<b>RS</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>95</b>	<b>97</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>2397</b>	<b>2026</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>1270</b>	<b>682</b>

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

\* Dados preliminares até o 2º trimestre

<sup>(1)</sup> Casos confirmados

<sup>(2)</sup> Casos notificados

<sup>(3)</sup> Casos confirmados importados

<sup>(4)</sup> Casos novos

Obs.: Não ocorreram casos de raiva, cólera, poliomielite, febre amarela e peste.

### Errata do v. 7, n. 2, jun., 2005

**página 3      tabela 1**

**Onde se lê:** na coluna 2 (Nº): 3 3 9

**Leia-se:** 3 3 11

**Onde se lê:** na coluna 3 (%) : 20,0 20,0 60,0

**Leia-se:** 17,6 17,6 64,8

**página 4      tabela 3**

**Onde se lê:** na coluna 4 52

**Leia-se:** 5

## 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, 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](mailto:boletimepidemiologico@saude.rs.gov.br)