



ALERTA EPIDEMIOLÓGICO

Dengue e Febre Amarela

O município de Garruchos notificou à 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, no dia 1º de maio de 2001, a morte de macacos em área rural. No dia seguinte, fato semelhante foi notificado pelo município de Santo Antônio das Missões. A partir de então, a Secretaria da Saúde do Estado (SES/RS) desencadeou processo de investigação, que contou com apoio do Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde, Instituto Evandro Chagas (Pará), IBAMA/RS, Secretarias Municipais de Saúde de Garruchos e de Santo Antônio das Missões.

- **Investigação ambiental** - que incluiu exame de primatas encontrados mortos, necropsia de espécimes sacrificados para estudo, captura de mosquitos;

- **Investigação epidemiológica** - com implantação de vigilância de síndrome icterofebral e vacinação de grupos de risco daqueles municípios.

O estudo laboratorial dos primatas, realizado pelo Instituto Evandro Chagas (referência nacional nesta área), foi negativo. Entretanto, nos mosquitos *Haemagogus leucocelaenus*, (coletados na localidade de Cerro do Ouro/município de Santo Antônio das Missões), foi isolado vírus da febre amarela, ficando documentada ser essa a causa da epizootia. Os últimos casos humanos de febre amarela registrados no Estado datam da década de 60 (incluindo-se 3 casos em São Luiz Gonzaga e 2 em Iraí 1966). Esses importantes achados determinam a reavaliação da situação do Rio Grande do Sul, considerado até aqui como área indene para essa doença. É importante ressaltar que a comprovação de circulação de vírus amarílico ocorre no momento em que é identificada a presença de focos de *Aedes aegypti* em um número crescente de municípios, sendo a área noroeste do Estado, aquela em que há maior número de municípios infestados. Por outro lado já foram encontrados focos em Porto Alegre e outros municípios da Região Metropolitana, o que torna iminente a introdução do vírus da dengue no Rio Grande do Sul, caso não se desenvolvam ações efetivas de controle do vetor. (Mapa 1)

A prevenção da febre amarela tem dois objetivos principais:

- evitar a ocorrência e casos de febre amarela silvestre;
- impedir a reurbanização da doença.

Para atingir esses objetivos, algumas ações prioritárias devem ser desenvolvidas: - aprofundamento do diagnóstico ambiental, com estudo da cobertura florestal do Esta-

do e instituição de vigilância de sua população de primatas;

- vacinação da população dos municípios da área considerada de risco (ver abaixo);
- implementação da vacinação de viajantes (que já era oferecida para viajantes para áreas de febre amarela de outros estados e países e agora deve incluir viajantes para área de risco estadual);
- implantação de vigilância de síndrome icterofebral nos municípios da área de risco e para viajantes.

Considerando que a circulação viral foi identificada em determinada região, a proposição de estratégias de ação partiu da definição da **área de risco**.

Com as informações disponíveis no momento (resultantes do processo de investigação e recolhidas junto aos órgãos ambientais, em relação à geografia e cobertura florestal regional) estabeleceram-se quatro critérios iniciais de inclusão de municípios nessa área de risco (Mapa 2) conforme descrito a seguir:

I – Municípios com ocorrência de mortes de macacos confirmada

CRS	MUNICÍPIO	POP
12	SANTO ANTÔNIO DAS MISSÕES	13636
12	GARRUCHOS	3755

II – Municípios contíguos aos de ocorrência de mortes de macacos confirmada

CRS	MUNICÍPIO	POP
10	SÃO BORJA	65685
10	ITACURUBI	3716
12	BOSSOROCA	7746
12	SÃO LUIZ GONZAGA	38003
12	SÃO NICOLAU	5876

FEBRE AMARELA

Doença febril aguda, de curta duração (no máximo 12 dias), e de gravidade variável, cujo agente etiológico é um arbovírus do gênero Flavivírus. A forma grave caracteriza-se clinicamente por manifestações de insuficiência hepática e renal, que podem levar à morte.

CASO SUSPEITO

Paciente com quadro febril agudo (há menos de sete dias), acompanhado de icterícia e que apresente pelo menos um dos seguintes achados clínicos e/ou laboratoriais:

- Sinal de Faget
- Manifestações hemorrágicas (epistaxe, gengivorragia, hematúria, hematêmese e melena)
- Dor abdominal alta
- Albuminúria
- Oligúria

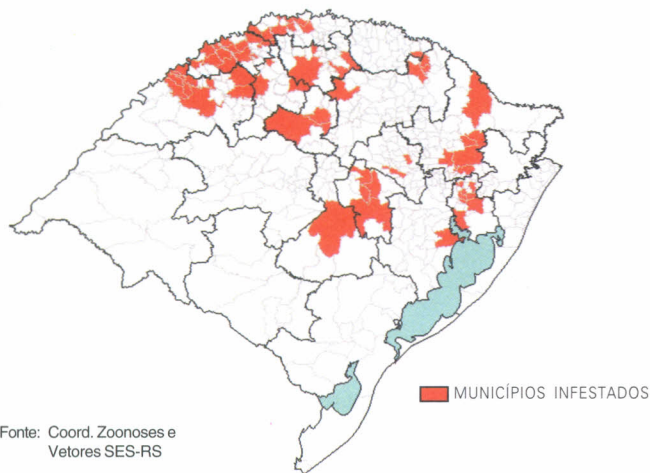
III – Municípios ribeirinhos do Rio Uruguai

CRS	MUNICÍPIO	POP
19	BARRA DA GUARITA	3075
12	PIRAPÓ	3227
12	PORTO XAVIER	11617
12	ROQUE GONZALES	7440
14	PORTO LUCENA	7468
14	PORTO VERA CRUZ	2702
14	ALECRIM	8541
14	PORTO MAUÁ	2974
14	NOVO MACHADO	4532
14	DOUTOR MAURÍCIO CARDOSO	6055
14	CRISSIUMAL	14980
19	TIRADENTES DO SUL	7802
19	ESPERANÇAS DO SUL	4225
19	DERRUBADAS	3615
19	PINHEIRINHO DO VALE	4047
19	CAIÇARA	5100
19	VISTA ALEGRE	2999
19	VICENTE DUTRA	5663
19	IRAI	8553
19	ALPESTRE	10134

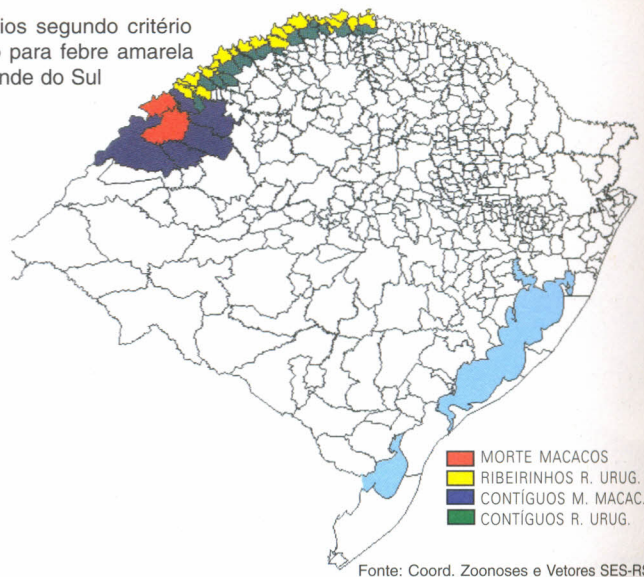
IV – Municípios contíguos aos ribeirinhos do Rio Uruguai

CRS	MUNICÍPIO	POP
12	XVI DE NOVEMBRO	3659
14	SÃO PÁULO DAS MISSÕES	7001
14	CAMPINA DAS MISSÕES	6727
14	NOVA CANDELÁRIA	3058
14	SANTO CRISTO	15544
14	TUPARENDI	9456
14	TUCUNDUVA	6557
14	HORIZONTINA	16681
19	TENENTE PORTELA	13415
19	VISTA GAÚCHA	2779
19	PALMITINHO	7441
19	FREDERICO WESTPHALEN	30531
19	PLANALTO	10577
19	AMETISTA DO SUL	7880
19	TRES PASSOS	25308
14	CÂNDIDO GODOY	7453

Mapa 1 - Municípios onde se detectou infecção pelo *Aedes aegypti*. Rio Grande do Sul, 2001



Mapa 2 - Municípios segundo critério de risco para febre amarela Rio Grande do Sul



SITUAÇÃO DO SARAMPO NO RIO GRANDE DO SUL

O sarampo ainda é responsável por cerca de 1 milhão de mortes anuais de crianças em todo o mundo.

O Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, gerencia o Plano Nacional da Erradicação do Sarampo, integrado com as secretarias estaduais e municipais de saúde, consolidando o compromisso, assumido em 1994 por todos os governos dos países do continente americano, de erradicar o sarampo de nosso meio até o final do ano 2000.

No Brasil, até a primeira metade da década de 1980, conviviam-se com epidemias repetidas, que acometiam centenas de milhares de crianças, e que chegaram a ser responsáveis por 11.354 mortes conhecidas entre 1980 e 1984. A ampliação da utilização da vacina contra sarampo com a adoção de estratégias adequadas reduziu os danos causados, mas não foi capaz de evitar a recorrência de surtos, como o que ocorreu em 1997.

Desde março de 2000, há evidências da interrupção da circulação do vírus do sarampo alcançada através da intensificação da vacinação de rotina contra o sarampo (primeira dose aos nove meses e segunda dose com a vacina tríplice viral - a partir dos 15 meses) e da implantação de campanhas de vacinação em massa em 1992, nos menores de 15 anos e, posteriormente, com campanhas de seguimento nos menores de 5 anos. A implementação da vigilância epidemiológica também vem contribuindo para o sucesso do Plano de Erradicação do Sarampo

As atividades de vacinação contra o sarampo foram introduzidas, pela Secretaria da Saúde, no Rio Grande do Sul, no ano de 1973. Àquela época realizou-se uma campanha de vacinação de menores de três anos de idade nas sedes das Delegacias Regionais de Saú-

de (hoje Coordenadorias), observando-se o primeiro impacto na redução do número de casos (Figura 1). Como não houve continuidade na estratégia utilizada, (havia dificuldade na aquisição de vacinas pelo Estado), ocorreu epidemia de grandes proporções no ano de 1976. A partir de então a vacinação passa a ser sistemática na rotina dos serviços de saúde, sem produzir, no entanto, grande impacto na redução do número de casos. Grande diminuição do número de casos é observada a partir da campanha de vacinação em massa de menores de 14 anos em 1992, se-

em função do acúmulo de crianças suscetíveis (Figura 1). Nesse ano, a cobertura vacinal contra o sarampo em menores de um ano de idade foi de 96,5% para todo o Estado. Entretanto, apenas 50% dos municípios atingiram a meta mínima de 95%, o que pode favorecer a ocorrência de surtos da doença. A cobertura com a vacina tríplice viral, na faixa de 12 a 23 meses, alcançou 76% no mesmo ano, distante dos 95% preconizados. Para lograr-se a erradicação é necessária a realização de campanhas de seguimento a cada cinco anos.

Como há risco permanente de importação do vírus de outros países do mundo, torna-se imprescindível a obtenção de alta imunidade populacional contra o sarampo e detecção imediata de casos importados.

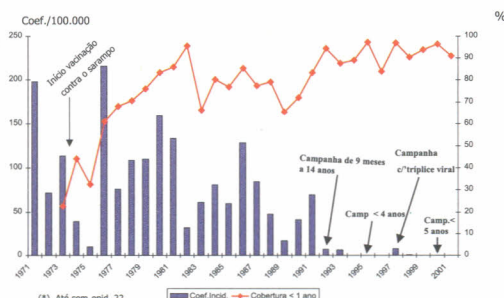
A integração com todos os setores da área da saúde é primordial, mas a parceria entre a assistência médica e a vigilância epidemiológica será um dos pilares para a manutenção da meta.

AOS MÉDICOS

A SUA PARTICIPAÇÃO É FUNDAMENTAL PARA A ERRADICAÇÃO DO SARAMPO:

- Lembrar que **caso suspeito de sarampo** é qualquer paciente que apresente **exantema com febre e um sintoma catarral** (tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite), independente da idade e situação vacinal;
- **Notificar imediatamente**, por telefone, às secretarias municipais de saúde de todos os casos suspeitos de sarampo para que a investigação do caso, a coleta de sangue e urina para sorologia e isolamento viral e o bloqueio vacinal dos contatos sejam realizados em 48 horas, assegurando assim a não disseminação do vírus;
- **Acompanhar a situação vacinal** das crianças menores de 14 anos, para evitar o acúmulo de suscetíveis.

Figura 1 - SARAMPO - Coeficiente de Incidência, cobertura vacinal em menores de um ano e campanhas RS 1970 a 2001(*)



(*) Até sem epid. 22
Fonte: CCDDA/SES-RS

guida de vacinação em massa de menores de quatro anos em 1995 (campanha de seguimento). Em 1997 realizou-se uma campanha de vacinação em menores de 12 anos com a vacina tríplice viral, o que também serviu para melhorar a cobertura contra a rubéola e caxumba. O último caso confirmado ocorreu na cidade de Caxias do Sul, em agosto de 1999. Desde então não há evidências da circulação do vírus do sarampo em nosso meio, o que pode ser comprovado através de investigação epidemiológica de todos os casos suspeitos e descarte após resultado de sorologia (IgM) negativa. Realizou-se nova campanha de seguimento no ano de 2000

AOS MÉDICOS

A SUA PARTICIPAÇÃO É FUNDAMENTAL PARA A ERRADICAÇÃO DO SARAMPO:

Lembrar que **caso suspeito de sarampo** é qualquer paciente que apresente **exantema com febre e um sintoma catarral** (tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite), independente da idade e situação vacinal;

• **Notificar imediatamente**, por telefone, às secretarias municipais de saúde de todos os casos suspeitos de sarampo para que a investigação do caso, a coleta de sangue e urina para sorologia e isolamento viral e o bloqueio vacinal

dos contatos sejam realizados em 48 horas, assegurando assim a não disseminação do vírus; • **Acompanhar a situação vacinal** das crianças menores de 14 anos, para evitar o acúmulo de suscetíveis

A HANSENÍASE NO ESTADO

A **Hanseníase** é uma doença infecto-contagiosa, não hereditária, tem cura e o tratamento é gratuito. Sua notificação é obrigatória. O Brasil ocupa o 2º lugar em prevalência da doença em todo o mundo, sendo superado somente pela Índia. O Rio Grande do Sul foi o primeiro Estado a atingir a **Meta da Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública** em 1995, com uma prevalência de 0,86 / 10.000 habitantes, mantendo seu declínio para 0,41 / 10.000 habitantes em 2000 (Figura ..)O número de casos novos diagnosticados mantém-se entre 0,15 / 10.000 habitantes em 1993 e 0,19 / 10.000 habitantes em 2000. A doença esta distribuída em 123 municípios e se concentra na região de fronteira, 61 municípios ainda não atingiram a meta (Mapa 3).

O diagnóstico e o tratamento são feitos nas Unidades Sanitárias da Secretaria da Saúde do Estado (SES/RS) no Rio Grande do Sul, desde os anos 30, conforme registros existentes. Estruturalmente há em cada município sede das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) profissionais de referência e as elucidações diagnósticas são referenciadas ao Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Centro de Referência Estadual em dermatologia.

A Poliquimioterapia OMS (PQT – OMS Rifampicina, Clofazimina e Dapsona) foi implantada oficialmente no país após a 44ª Assembléia Mundial de Saúde realizada em maio de 1991, com a confirmação da eficácia do novo esquema terapêutico. No Estado, foi implantada em julho de 1992, quando então estavam em registro ativo 3.659 pacientes com o coeficiente de prevalência de 4,0 / 10.000 habitantes. Dos 195 casos diagnosticados em 2000, quatro pacientes têm idade inferior a 15 anos e a idade média no diagnóstico é de 57 anos. A distribuição por sexo é aproximadamente igual: 96 homens e 99 mulheres. As formas clínicas contagiantes da doença prevalecem

mantendo um percentual de 70 a 75% nos últimos cinco anos, indicando um diagnóstico tardio.

Uma das razões para a estigmatização desta doença é o aparecimento de incapacidades, o que reforça a necessidade de diagnóstico precoce, seguido de tratamento adequado. A deterioração de aspectos importantes das ações de controle da hanseníase (diagnóstico tardio, não avaliação do grau de incapacidade) apoiam a possibilidade que exista uma prevalência oculta de 494 doentes em 2000 mantendo a transmissão, e que pode fazer-se evidente num futuro próximo, comprometendo a situação de eliminação da doença. Nesta fase de controle, como é pequeno o número de casos, a tendência é de os serviços não priorizarem a doença e os profissionais da saúde não pensarem no diagnóstico. A Coordenação de Dermatologia Sanitária inicia assim uma nova etapa

do seu programa de controle onde as atividades de vigilância e controle estão sendo retomadas:

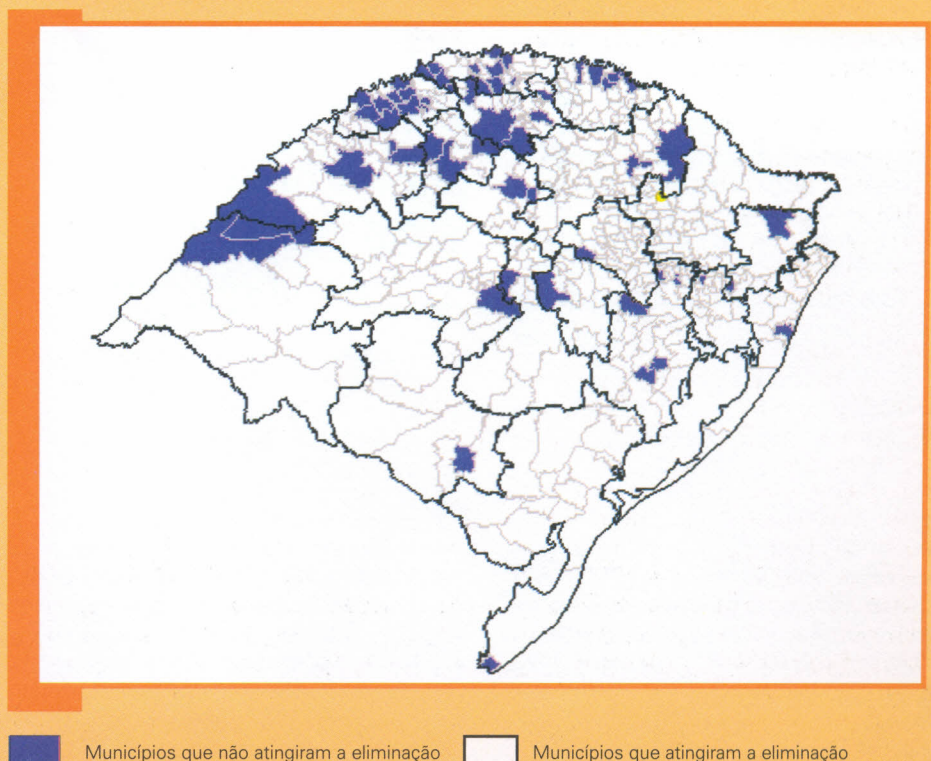
- capacitando profissionais das CRS e assessorando-os para a descentralização das ações de controle da hanseníase, onde os municípios devem assumir o controle da doença;

- Implantando atividades de controle em todas as Unidades de saúde da rede básica integradas com as demais ações do plano municipal de saúde

- Capacitando os agentes do PACS para realizar suspeição diagnóstica e visita domiciliar para diminuir a evasão de pacientes em tratamento e os profissionais do PSF para realizar diagnóstico e tratamento.

Este é o caminho a ser trilhado até alcançar-se a meta final que é a interrupção da cadeia de transmissão da doença e com ela erradicar o estigma e o preconceito que lhe foi imputado ao longo dos anos.

Mapa - 3 - HANSENÍASE.
Municípios que não atingiram a eliminação. RS - 2000.



Municípios que não atingiram a eliminação



Municípios que atingiram a eliminação

CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE MATERNA

Morte Materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém *não devida a causas acidentais ou incidentais*.

Desde 1989, o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/RS, vem dispensando uma preocupação especial aos óbitos de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos. Com a descentralização gradual do Sistema, esse procedimento vem se intensificando em todo o Estado.

A partir de 1992, o denominador utilizado no cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna passou a ser verdadeiramente os "nascidos vivos" coletados pelo SINASC. Até então usava-se a população de menores de 1 ano de idade. A referida mudança na metodologia do cálculo passou a interferir no resultado desse Coeficiente.

Criado pela Secretaria da Saúde do Estado (SES/RS), através da Portaria nº 480/94, de 21/06/1994, o Comitê Estadual de Mortalidade Materna juntou-se ao esforço de identificar todos os óbitos de causas decorrentes da "Gravidez, Parto e Puerpério", Capítulo XV, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID10. Comitês Regionais e Municipais também passaram a realizar trabalhos especiais de busca ativa ao óbito materno.

O trabalho em conjunto passou a dar resultados, na medida em que o Coeficiente de Mortalidade Materna - CMM vinha mostrando um crescimento regular: 51,0/100.000, em 1995, e 52,2/100.000, em 1996.

Mas, de forma abrupta, em 1997, o CMM subiu para 76,4/100.000, atingindo, em 1998, 86,8/100.000.

De posse de algumas evidências,

no início de 1999, o SIM/RS comunicou o fato ao Comitê Estadual de Mortalidade Materna, alertando no sentido de que poderia estar ocorrendo algum equívoco no preenchimento da Declaração de Óbito. A suposição foi sustentada mostrando o crescimento repentino do componente "causas indiretas" na Mortalidade Materna: dos 15 óbitos, em 1996, saltou para 82 óbitos, em 1997, e 77 óbitos em 1998.

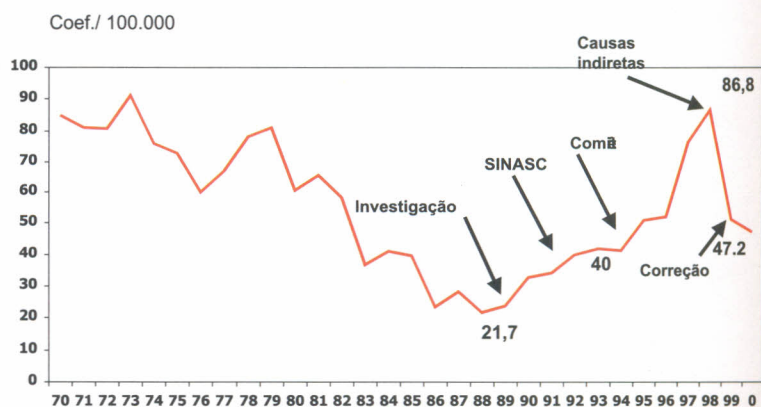
Na oportunidade, o SIM/RS tomou para si a responsabilidade de investigar, exaustivamente, as Declarações de Óbito de mulheres em idade fértil que tivessem algum indicativo de Morte Materna, principalmente, quanto às respostas emitidas na variável 37, "óbito feminino em idade fértil".

Com a investigação realizada, 52 (cinquenta e dois) óbitos previamente ditos como de causa materna indireta, foram negatizados.

Portanto, observando a evolução da série histórica do Coeficiente de Mortalidade Materna/RS (Figura 3), constata-se uma "queda" no ano de 1999 (51,5/100.000 nascidos vivos) e de 47,2 no ano 2000. Essa "queda", antes de qualquer outra conjectura, **foi resultante de uma qualificação do produto final**. A investigação complementar ao óbito de mulheres em idade fértil retirou do CMM um incremento irreal, originário de reiteradas respostas equivocadas à variável de nº 37.

O resultado apurado pela pesquisa deve concorrer para sensibilizar aos médicos da necessidade de preencher corretamente a Declaração de Óbito. Trata-se de um documento a merecer o máximo de cuidado e veracidade, em razão das implicações legais e epidemiológicas que dele resultam. Fonte: Coordenadoria de Informações em Saúde - CIS/SES-RS

Figura 3-
COEFICIENTE ESPECÍFICO DE MORTALIDADE MATERNA.
RIO GRANDE DO SUL. 1970 - 2000



Fonte: CIS/SES/rs

PESQUISA SOBRE FATORES DE RISCO PARA A DOENÇA CORONARIANA NO RIO GRANDE DO SUL

Concluída a Pesquisa sobre Fatores de Risco (FR) para a Doença Coronariana no Rio Grande do Sul, o Boletim Epidemiológico passa a divulgar alguns resultados.

Realizada pela Secretaria da Saúde do Estado (SES/RS) em conjunto com o

Instituto de Cardiologia e com o apoio da Sociedade Brasileira de Cardiologia nos municípios-sede das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo que na 2ª CRS, o município escolhido foi Guaíba. Tratou-se de uma amostra representativa para o Estado. (N= 1.066, significância

de 95% e erro de 3%), para pessoas com mais de 19 anos de idade. Foram pesquisados Idade, Sexo, Antecedentes Familiares, Peso, Altura, Pressão Arterial, dosagens de Glicose e Colesterol, Tabagismo, Sedentarismo, Renda Familiar e Escolaridade.

Não se conhecia, até o presente momento, a prevalência de todos estes FR para o Estado do Rio Grande do Sul. A quantificação dos FR é condição indispensável para o desenvolvimento de políticas de saúde pública que visem à diminuição do impacto das doenças cardiovasculares na população. Desenvolveu-se um questionário-padrão que foi aplicado por profissionais de saúde da SES/RS e das Secretarias Municipais de Saúde das sedes de 18 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). No questionário utilizado constaram o nome, endereço, idade, sexo, e questões sobre os FR pesquisados.

Todas as dosagens de colesterol total e glicose foram realizadas no Laboratório Central do Estado/Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (LACEN/FEPPS). O material coletado no interior do Estado foi acondicionado em caixas térmicas com gelo seco e enviado a Porto Alegre, de acordo com procedimentos já utilizados pela SES/RS para o envio de material para exame de laboratório.

Para cada município foram sorteados conglomerados. O entrevistador

selecionava o primeiro quarteirão avisado, escolhia o primeiro domicílio da primeira esquina encontrada e seguia no sentido contrário aos ponteiros do relógio, casa a casa, até completar o tamanho amostral que lhe fora designado. Foram convidadas a participar da pesquisa todas as pessoas com vinte anos de idade ou mais, residentes no domicílio sorteado. Todas que concordaram em participar assinaram um documento de adesão. Havendo recusa, selecionava-se a casa seguinte. A PA foi aferida durante a visita, em dois momentos diferentes, com intervalo mínimo de 10 minutos entre cada aferição, registrando-se a última; aferiu-se peso e altura. Os esfigmomanômetros e as balanças receberam certificação do INMETRO. Coletaram-se 5 mililitros de sangue, em jejum, para as dosagens de colesterol total e glicose.

Os resultados foram notificados aos participantes, e se necessário eram encaminhados a um posto de saúde para receber orientação médica.

Criou-se um Banco de Dados utilizando-se o programa EPI-INFO.

RESULTADOS

1. ANTECEDENTES FAMILIARES PRESENTES: 57,2%
2. HIPERTENSÃO - HAS: 31,5% (Masc.: 32,2% - Fem.: 30,8%)
 - *SISTÓLICA ISOLADA*: 9,5% (Masc.: 9,4. Fem: 9,6%)
 - *DIASTÓLICA ISOLADA*: 7,0% (Masc.:8,2% - Fem.:5,8%)
 - *SISTO/DIASTÓLICA*: 15,0% (Masc: 14,6 % Fem. 15,4%)
3. COLESTEROL > 239 mg/dl: 5,6% Masc.: 4,1% - Fem.: 6,9%
4. GLICOSE > 125 mg/dl: 7,0% Masc. 6,7% - Fem. 7,3%
5. TABAGISMO: 33,9% Masc: 38,1% - Fem: 29,6%
6. SOBREPESO/OBESIDADE: 55,1% (Masc.: 57,1% - Fem.: 53,1%)
7. SEDENTARISMO: 71,3% (Masc. 71,4% - Fem.: 71,3 %)

Foi possível também encontrar algumas associações entre os diversos FR pesquisados, como por exemplo, entre Obesidade e HAS (foi o FR que apresentou maior grau de associação com a HAS), Escolaridade e Tabagismo e outros. Nos próximos números do BE serão divulgadas mais informações sobre as associações entres os FR.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR - SIST-RS

I) NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

O Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul (SIST-RS), foi criado para notificar todos os acidentes e doenças do trabalho ocorridos no Estado do Rio Grande do Sul. Com base neste diagnóstico será possível subsidiar o planejamento das ações, visando à prevenção destes agravos e a melhoria do ambiente de trabalho. Estando os agravos relacionados ao processo produtivo, busca-se a construção de um sistema que inclua a participação dos trabalhadores e os princípios preconizados pela organização da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde.

O Rio Grande do Sul, por meio de decreto estadual, criou o sistema de informações e os instrumentos de notificação para os segmentos que trabalham com

informações em saúde do trabalhador, que são:

1. Rede de serviços de saúde públicos, privados ou conveniados (ambulatórios, serviços especializados, clínicas e hospitais);
2. Empresas;
3. Sindicatos de trabalhadores, conselheiros de saúde, da educação e agentes de saúde.

Este sistema foi criado e instalado a partir do critério da descentralização, no qual o nível local, regional e estadual sistematização e consolidam o dados das suas regiões.

Os instrumentos criados para a notificação dos agravos são:

- Relatório Individual de Notificação de Agravo - RINA, preenchido nos serviços de saúde onde

o trabalhador for atendido.

- Ficha de Notificação de Caso Suspeito - FIS - preenchida pelos agentes notificadores de suspeita (sindicalistas, agentes de saúde, educadores e conselheiros de saúde).

Banco de Dados: foi elaborado um banco de dados que receberá informações oriundas do RINA. Utilizamos o software Epi-Info, versão 6.04, para elaboração deste banco de dados. O programa permite processamento e análise estatística dos dados acumulados. A escolha do programa baseou-se em critérios como universalidade (programa desenvolvido e distribuído livremente pela Organização Mundial da Saúde), facilidade de utilização do programa e recursos técnicos suficientes para o cumprimento dos objetivos do sistema.

II) MONITORAMENTO DAS CAUSAS EXTERNAS

A partir da criação do SIST e da possibilidade deste auxiliar na construção da vigilância epidemiológica dos agravos não transmissíveis, elaborou-se um subsistema para as unidades de urgência e emergência, para o monitoramento das causas externas. Criou-se um formulário resumido, próprio para o setor de urgência, para registro de **Acidentes e Violências**, com quatro áreas prioritárias: trabalhadores, mulheres, crianças e idosos.

Os serviços de urgência e emergência deverão desenvolver, em sua rede informatizada interna, um sistema de identificação dos diferentes tipos de ocorrências, a partir do ingres-

so do paciente no serviço (portaria), além de executar a busca ativa dos dados durante o atendimento prestado, seja junto ao paciente, quando possível, seja com familiares ou acompanhantes.

As informações a serem coletadas foram definidas pelo tipo de ocorrência, as quais priorizamos os seguintes riscos:

- acidentes de trabalho típicos (incluindo as intoxicações químicas);
- acidentes de trabalho de trajeto (como pedestre, condutor ou passageiro);
- acidentes de trânsito (não de trabalho);
- maus tratos à criança (ou suspeita);

- violência contra a mulher e o idoso.

Este sistema irá possibilitar ações de prevenção e promoção nas áreas da saúde da mulher, da saúde do trabalhador, da saúde do idoso e da saúde da criança. Além disso, oferece informações importantes para políticas públicas, principalmente para a Saúde, Justiça e Segurança, Assistência Social e Cidadania. Foi elaborado o instrumento denominado RINAV – Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência. Está em elaboração o SISNAE (Sistema Nacional de Informações em Saúde – Notificação de Agravos Externos para Acidentes e Violência) Quadro 1.

III) MAPEAMENTO DE RISCO AMBIENTAL

Está sendo desenvolvido um *software* para a constituição do georeferenciamento dos riscos ambientais, onde serão cruzadas as informações dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho com o monitoramento local de riscos ambientais de saúde dos trabalhadores. Este sub-sistema está sendo elaborado pela Procergs utilizando *software* livre: o banco de dados será em MySQL, para divulgação de dados e análises na Internet será utilizado o Map Server e para a sistematização de todas as informações georeferenciadas o Grass. Ainda está sendo avaliado *software* Wizard como uma possibilidade de vigilância automática dos processos de trabalhos.

QUADRO 1
OBSERVATÓRIO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS INTERFACE COM SIST/RS



SAÚDE NA BOCA DO POVO

Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Rio Grande do Sul

A Política de Atenção Integral à Saúde Bucal estará realizando no segundo semestre de 2001, levantamento epidemiológico em saúde bucal, representativo para a população do Estado do Rio Grande do Sul. Este levantamento está baseado no referencial teórico-metodológico do Projeto Saúde Bucal 2000 – Condição de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2001, do Ministério da Saúde, que ocorrerá concomitantemente com o nível estadual. Esta proposta tem o objetivo de gerar instrumentos de definição de estratégias e que orientem a operacionalidade do sistema de Saúde Bucal em todo o Estado e no território Nacional, buscando uma base uniforme de informação.

Sabe-se que o instrumental

epidemiológico é imprescindível no conhecimento da realidade da região onde opera uma unidade de saúde. Conforme a lei 8.080 os serviços de saúde devem ter por base alguns princípios, entre eles, o da utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, o de alocação de recursos e avaliação dos programas de saúde.

Neste sentido, torna-se necessário realizar pesquisas com a finalidade de gerar dados epidemiológicos que forneçam indicadores para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde bucal no município, no estado e no país. Assim, a partir deste estudo será possível a construção de uma base de informações que permita intercâmbio de conhecimentos, troca de experiências e a implantação de sistema de vigilância epide-

miológica em saúde bucal.

Este estudo coletará dados relativos à doença cárie, doença periodontal, má-oclusão dentária, fluorose e uso e necessidade de prótese em uma amostra de 40.840 indivíduos nas diferentes faixas etárias, o que permitirá a representatividade do perfil de saúde bucal da população do Rio grande do Sul.

Ainda que os municípios sorteados componham o plano amostral representativo para todas as regiões do Estado, a estratégia é de estímulo a que todos os municípios desenvolvam investigação da sua situação epidemiológica, pois nenhum gestor ou unidade de saúde pode, atualmente, prescindir de informações básicas da população de sua área de abrangência.

Número de casos das doenças de notificação compulsória por CRS, RS, 1999-2000*

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 (1)		
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9
1ª	134	98	25	18	409	277	1251	801	5	0	51	46	26	18	8	6	159	193	1	1	
2ª	9	13	9	5	34	23	50	22	4	0	31	9	4	3	13	0	10	14	1	0	
3ª	21	17	6	4	23	40	36	34	0	0	81	14	7	2	0	0	0	10	0	0	
4ª	7	7	3	3	15	15	6	5	0	0	6	1	9	4	2	0	1	1	0	0	
5ª	18	17	4	1	130	232	42	51	1	0	7	9	7	2	1	3	31	45	1	0	
6ª	14	7	4	0	24	72	12	22	0	0	2	7	15	8	7	0	4	5	0	0	
7ª	4	1	5	1	4	4	4	2	0	0	3	2	5	3	1	0	1	8	2	0	
8ª	4	1	0	0	7	9	7	4	0	0	27	3	2	0	0	0	8	2	0	0	
9ª	2	0	0	0	2	5	5	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	
10ª	18	15	5	0	13	9	22	9	2	0	5	5	7	1	0	0	0	3	1	0	
11ª	2	1	4	1	44	37	8	1	0	0	3	0	0	4	2	4	0	0	0	0	
12ª	6	1	1	0	8	10	3	7	0	0	0	0	4	9	1	0	1	0	0	0	
13ª	14	12	4	0	15	35	8	10	0	0	1	0	5	3	0	1	1	2	0	0	
14ª	1	1	0	0	22	46	1	7	0	0	0	1	5	4	5	1	1	2	0	0	
15ª	3	0	1	0	10	17	1	2	0	0	4	2	3	1	1	0	0	0	0	0	
16ª	4	5	2	1	2	16	12	3	0	0	5	24	2	0	1	0	0	4	0	0	
17ª	0	0	2	1	30	15	3	5	0	0	0	39	2	1	0	0	0	1	0	0	
18ª	8	7	3	1	16	16	14	12	1	0	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	
19ª	1	0	3	2	8	20	2	2	0	0	1	5	4	1	5	0	1	0	2	0	
RS	270	203	81	38	816	898	1487	999	13	0	228	170	113	64	47	15	218	291	8	1	

CRS	Tétano Acidental (1)		Tétano Neonatal (1)		Dengue (3)		Leptospirose (1)		Malária (3)		Hantavirus (1)		PFA (1)		Tuberculose (4)		Hanseníase (4)		AIDS (4)		
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9	0	9
1ª	25	10	3	0	5	9	86	243	4	9	0	0	11	10	2579	2602	30	47	1565	1701	
2ª	2	3	0	0	0	0	13	46	1	0	0	1	0	2	304	290	3	12	87	115	
3ª	2	3	0	0	1	0	191	114	1	0	0	0	1	0	466	420	6	4	86	149	
4ª	5	2	0	0	0	0	30	132	1	4	0	0	0	0	181	136	7	8	26	39	
5ª	4	4	0	0	1	3	4	12	5	4	1	1	3	1	209	234	13	6	65	111	
6ª	1	1	0	0	0	0	1	2	1	2	0	0	1	0	102	98	7	5	85	44	
7ª	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	125	90	2	0	2	11	
8ª	1	4	0	0	0	0	1	17	1	0	1	0	1	0	116	78	2	2	7	19	
9ª	2	3	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	24	26	3	3	7	32	
10ª	1	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	234	239	21	19	66	104	
11ª	1	3	0	0	0	0	5	5	0	0	0	1	0	0	30	22	7	4	16	12	
12ª	2	2	0	0	1	0	4	6	0	1	0	0	1	0	106	86	28	32	10	22	
13ª	1	2	0	0	0	0	91	73	0	0	0	0	1	0	69	61	8	9	27	39	
14ª	2	2	0	0	0	1	22	16	0	2	0	0	1	2	20	40	8	12	8	12	
15ª	1	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3	21	29	12	7	2	5	
16ª	4	4	1	0	0	0	9	27	2	1	0	0	0	1	67	61	2	1	23	18	
17ª	1	5	0	0	1	1	18	1	4	1	0	0	0	0	36	27	5	8	6	3	
18ª	5	1	1	0	0	0	3	4	1	0	0	1	1	2	94	99	1	2	44	45	
19ª	2	1	0	0	0	1	11	5	1	2	0	0	1	3	29	31	13	17	6	6	
RS	63	54	5	1	11	16	489	711	24	26	2	4	24	24	4812	4669	178	198	2138	2487	

Fonte: SINAN/CCDTA/SES-RS

* Dados preliminares

(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 órgão de informação técnica em saúde, editado pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul.

Conselho Editorial

- Airton Fischmann • Alethéa Fagundes Sperb
- Claudemir Kmetzsch • Carlos Tietbohl

Jornalista responsável: José Eduardo Bernhardt - Reg. Prof. 4899/RS

Tiragem: 25.000 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 - 32885914 - 32275060 (fax)
E-mail: cais@saude.rs.gov.br ou comunica@saude.rs.gov.br

