

Ministério da Saúde

Anais

# 5<sup>a</sup> EXPOEPI

Mostra Nacional de Experiências  
Bem-Sucedidas em Epidemiologia,  
Prevenção e Controle de Doenças

Brasília / DF

# 5<sup>a</sup> EXPOEPI

**Mostra Nacional de Experiências  
Bem-Sucedidas em Epidemiologia,  
Prevenção e Controle de Doenças**

## **Anais**



**Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde**

# **5ª EXPOEPI**

**Mostra Nacional de Experiências  
Bem-Sucedidas em Epidemiologia,  
Prevenção e Controle de Doenças**

**Brasília, DF  
4 a 6 de dezembro de 2005**

## **Anais**

**Série D. Reuniões e Conferências**

**Brasília, DF • 2005**

© 2006. Ministério da Saúde.

Os textos publicados são de responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 1ª edição – 10.000 exemplares

#### **Elaboração, edição e distribuição**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Organização: Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço

Produção: Núcleo de Comunicação e Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço

#### **Endereço**

Esplanada dos Ministérios, Bloco G

Edifício Sede, sobreloja

CEP: 70.058-900, Brasília, DF

E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)

Endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

#### **Produção editorial dos Anais – SVS/MS**

Organização: Maria Regina Fernandes de Oliveira

Copidesque/revisão: Ermenegildo Munhoz Junior

Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Diagramação: Edite Damásio da Silva

Revisão da diagramação/capa: Sabrina Lopes

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

#### **Ficha catalográfica**

---

Expoepi : Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (5. : 2005 : Brasília, DF).

Anais : 5ª Expoepi : Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.  
136 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-1246-0

1. Vigilância epidemiológica. 2. Vigilância em Saúde Pública. 3. Planejamento em saúde. 4. Doenças transmissíveis. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. II. Título. III. Série.

NLM W 82

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1015

#### **Títulos para indexação**

Em inglês: Annals: 5<sup>th</sup> Expoepi: National Exhibition of Successful Experiences in Diseases Epidemiology, Prevention and Control.

Em espanhol: Anales: 5.ª Expoepi: Muestra Nacional de Experiencias Bien Sucedidas en Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

## **5ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças**

### **Presidente da 5ª Expoepi**

Jarbas Barbosa da Silva Jr. – SVS/MS

### **Coordenadora da Comissão Organizadora**

Eunice de Lima – SVS/MS

### **Coordenadora da Comissão Científica**

Maria Regina Fernandes de Oliveira – SVS/MS

Maria Margarita Urdaneta Gutierrez – SVS/MS

### **Comissão Organizadora**

Aide Campagna – CGPLO/SVS

André Falcão do Rêgo Barros – Nucom/SVS

Danilo Pereira de Carvalho – UGP/SVS

Eunice de Lima – Nucom/SVS

Fabiano Camilo e Silva – Nucom/SVS

Ivenise Leal Braga – Diges/SVS

João Batista Geovanini da Silva – Ascom/MS

Luciana de Carvalho Penna – UGP/SVS

Maria Margarita Urdaneta Gutierrez – CGDEP/SVS

Maria Regina Fernandes de Oliveira – CGDEP/SVS

Mônica Pereira – UGP/SVS

Sabrina Gonçalves Lopes Silva – Nucom/SVS

Sérgio Luiz Ferreira Vianna – UGP/SVS

### **Comissão Científica**

Adriana Castro – Dasis/SVS

Aide Campagna – CGPLO/SVS

Alberto Novaes Ramos Junior – Departamento de Saúde Comunitária/UFC

Ana Maria de Brito – UPE

Ana Maria Johnson de Assis – CGDEP/SVS

Ana Nilce Silveira Maia Elkouri – Devep/SVS

Antônio Silva Lima Neto – Devep/SVS

Carla Magda Allan Santos Domingues – Devep/SVS

Carlos Augusto Vais de Souza – Anvisa/MS

Carmen Lucia Muricy – Devep/SVS

Dácio de Lira Rabello Neto – Dasis/SVS

Daniela Buosi – CGVAM/SVS

Daniela Loiola – SCTIE/MS

Débora Carvalho Malta – Dasis/SVS  
Douglas H. Hatch – CDC e Devep/SVS  
Eduardo Hage Carmo – Devep/SVS  
Elisabeth Duarte – Devep/SVS  
Elisabeth David – Devep/SVS  
Elza Krawiec – CGDEP/SVS  
Emilia Perez – UFPE  
Eugênia Maria Silveira Rodrigues – Dasis/SVS  
Fabiano Geraldo Pimenta Jr. – Diges/SVS  
Fernanda Nogueira – Devep/SVS  
Fernando Ribeiro de Barros – Devep/SVS  
Francisco José Dutra Souto – UFMT  
Gerson Fernando Mendes Pereira – DST/Aids/SVS  
Haroldo da Silva Bezerra – Diges/SVS  
Ima Aparecida Braga – Diges/SVS  
Ivenise Leal Braga – Diges/SVS  
Ivone Perez de Castro – SES/DF  
Jacira Cancio – Opas/OMS  
José Cássio de Moraes – FCMSC/SP  
José Uelers Braga – CRPHF/SVS  
Joseney Raimundo Pires dos Santos – Devep/SVS  
Lenildo de Moura – Dasis/SVS  
Luciana Teodoro de Rezende Lara – Devep/SVS  
Luis Gerardo Castellanos – Opas/OMS  
Luiza de Marilac Meireles Barbosa – Devep/SVS  
Luiza Harunari Matida – DST/Aids/SVS  
Magda Levantezi – Devep/SVS  
Márcia Furquim de Almeida – USP  
Margarida Freire – CGDEP/SVS  
Maria de Lourdes Fernandes Neto – CGVAM/SVS  
Maria Fernanda Sardella Alvim Hilton – DST/Aids/SVS  
Maria Margarita Urdaneta Gutierrez – CGDEP/SVS  
Maria Regina Fernandes de Oliveira – CGDEP/SVS  
Mariana Melcop – Nucom/SVS  
Miguel Malo – Opas/OMS  
Pedro Luis Tauil – UnB  
Rejane Alves – Devep/SVS  
Rejane Bastos Lima – CGDEP/SVS  
Regina Fátima Conrado – Devep/SVS  
Rita Barradas Barata – FCMSC/SP  
Roberto de Melo Dusi – SES/DF  
Rosa Castália França Ribeiro Soares – Devep/SVS  
Roseli Lacorte dos Santos – Diges/SVS  
Rosely Cerqueira de Oliveira – Devep/SVS

Rui Moreira Braz – Diges/SVS  
Suely Andrade – Dasis/SVS  
Susan Martins Pereira – ISC/UFBA  
Tatiana Miranda Lanzieri – Devep/SVS  
Tatiana Portela – Nucom/SVS  
Vera Lúcia Gattas – Devep/SVS  
Wanderson Kleber de Oliveira – Devep/SVS

### **Comissão de Apoio**

Aline Menezes Barroso – CGVAM/SVS  
Ana Lúcia Sacramento – Gab/SVS  
Carlos Estênio Brasilino – Nucom/SVS  
Cristiane Vasconcelos – Ascom/MS  
Daniela Loiola – SCTIE/MS  
Daniela Martins Ferreira – UGP/SVS  
Debora Pereira dos Santos – Cover/SVS  
Diógenes Ribeiro da Silva – UGP/SVS  
Elma França da Silva Souza – CGPNEH/SVS  
Fernanda de Oliveira Costa – Sinan/SVS  
Graciete Oliviera – GTDER/SVS  
Helio Cândido de Lima Filho – Nucom/SVS  
Ivone da Silva Nascimento – Nucom/SVS  
João de Souza Lima – CDT/SVS  
José Paulo Nascimento Cruz – IEC/SVS  
Karlla Cutrim – UGP/SVS  
Kelly Cristina de Oliviera – UGP/SVS  
Laura Alves de Souza – PNHV/SVS  
Ldyane Rodrigues Brito – CGDEP/SVS  
Lila Paula de Souza Ganzer – UGP/SVS  
Lucas Barros de Carvalho – UGP/SVS  
Luiz Paulo de Oliviera Pereira – CGPNCD/SVS  
Mallú de Mendonça Barros – CGPNI/SVS  
Maria Olívia Gama Vidal – UGP/SVS  
Mariana Melcop – Nucom/SVS  
Norma Consuelo de Souza Côrtes – Gab/SVS  
Otávio Flud Giacomo – Nucom/SVS  
Roosevelt Ramos Bonfim – Covev/SVS  
Sheila Rauzis – Gab/SVS  
Tatiana Marques Portela – Nucom/SVS  
Thiago Alves de Freitas – Cover/SVS  
Ubirajara Rodrigues – Nucom/SVS  
Vanessa Carla Oliveira Cardozo – Diges/SVS  
Vanessa Gonçalves Faustino – GAB/SVS  
Vanessa Gusmão Ferraz – Nucom/SVS





## | Sumário

<b>Apresentação</b>	<b>15</b>
<b>Resumos</b>	
<b>1. Vigilância Ambiental em Saúde</b>	<b>19</b>
<b>Comunicação oral</b>	
Fontes emissoras de radiações eletromagnéticas não ionizantes: monitoria e controle em Mogi das Cruzes-SP	21
Vigilância da qualidade da água nos sistemas de abastecimento de água e nos domicílios na cidade do Recife: a construção de uma estratégia para a detecção mais precisa do risco de ocorrência de doenças relacionadas com a água	23
Mapeamento participativo dos riscos ambientais e à saúde da MRA-5	24
<b>Poster</b>	
Informação em vigilância ambiental em saúde – um estímulo à intersectorialidade	25
Vigilância sanitária em saúde ambiental em condomínios no município de Natal	26
Vigilância epidemiológica e ambiental na avaliação de ações intersectoriais: a experiência de leptospirose humana no Distrito Sanitário Cajuru, Curitiba-PR, Brasil	27
<b>2. Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Controle de DST/Aids</b>	<b>29</b>
<b>Comunicação oral</b>	
Articulação e parceria no sucesso da vigilância da sífilis congênita no município de Campinas-SP	31
Descentralização das ações de controle de sífilis congênita no município da Serra-ES, no ano de 2004	32
Estratégia de prevenção às DST/Aids com jovens frequentadores de bailes <i>funk</i> : um novo desafio	33
<b>Poster</b>	
Qual a representação do uso do preservativo masculino: prevenção para doenças sexualmente transmissíveis ou método contraceptivo?	34
Prevenção no contexto assistencial: os profissionais do sexo	35

Uma experiência de saúde com adolescentes escolarizados em Vargem Grande Paulista	37
Vigilância das DST em Araguaína-TO: uma ação bem-sucedida	38
Projeto Nascer Maternidade – parceria e compromisso	39
Programa de Educação Continuada em Sexualidade e DST/Aids	41
<b>3. Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis</b>	<b>43</b>
<b>Comunicação oral</b>	
Investigação de um surto de síndrome gripal no município de Parauapebas	45
Avaliação do conhecimento e prática adotados na conservação dos imunobiológicos utilizados na rede pública do município de São Paulo	47
Inquérito de cobertura vacinal no município de Santo Ângelo-RS	48
<b>Poster</b>	
O Programa Saúde da Família (PSF): estratégia para eliminar bolsões de suscetíveis e atingir altas coberturas vacinais	49
Parceria Saúde/Educação na implementação da cobertura vacinal contra hepatite B entre adolescentes – município de Ribeirão Preto	50
A investigação epidemiológica da coqueluche em Porto Alegre	51
<b>4. Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses</b>	<b>53</b>
<b>Comunicação oral</b>	
Controle da malária no Pará: avaliação das estratégias na diminuição das ocorrências da doença no estado	55
Ação multisetorial para o controle da dengue	57
Resultados da implantação do Programa de Vigilância de Quirópteros na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG, 2003-2005	59
<b>Poster</b>	
Estratégias de controle da malária no município de Palmas, Tocantins, no período de 2004 a 2005	60
Atividades de informação, educação e comunicação em saúde: uma estratégia para controle da dengue	62
Controle integrado de <i>Culex quinquefasciatus</i> , vetor de <i>Wuchereria bancrofti</i> , no âmbito do Programa de Saúde Ambiental do Recife-PE, Brasil	63

Programa Estadual de Supervisão e Assessoramento Técnico de Centros de Controle de Zoonoses (CCZ) do Espírito Santo	65
Práticas integradas no serviço de saúde: uma experiência para o controle da esquistossomose mansônica em Jaboatão dos Guararapes-PE	66
Ocorrência de <i>Fasciola hepatica</i> no município de Canutama, estado do Amazonas	68
<b>5. Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Controle da Tuberculose, Hanseníase e Hepatites</b>	<b>71</b>
<b>Comunicação oral</b>	
Trilhando os caminhos da cura da tuberculose no estado da Paraíba: implantação e configuração da estratégia DOTS entre 1999 e 2003 e sua efetivação de controle em 2004	73
Implantação do Programa de Hepatites Virais na DIR XXII, São José do Rio Preto-SP	74
Intensificação na descentralização das ações de eliminação da hanseníase em Aracaju-SE	75
<b>Poster</b>	
DOTS: Tuberculose no município de Caucaia-CE – redução da taxa de abandono após implantação	77
Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase: uma ação bem-sucedida	79
Orientação sobre biossegurança em salões de manicure	81
<b>6. Aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde</b>	<b>83</b>
<b>Comunicação oral</b>	
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): qualificação das causas externas por acidentes de trânsito a partir da integração dos bancos de dados do SIM e da Empresa Pública de Transportes e Circulação (EPTC), Porto Alegre	85
Resultados do Serviço de Epidemiologia Hospitalar do Hospital de Clínicas da UFPR, após um ano de sua implantação	87
Redução da proporção de óbitos por causas mal-definidas no SIM: estratégias desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do Recife	89

<b>Poster</b>	
Avaliação da subnotificação ao Sinan de casos de tuberculose confirmados pelo laboratório Central de Saúde Pública do município de Campo Grande-MS, no ano de 2003	90
Avaliação da cobertura do Sinasc no DF em 2004	91
Organização da vigilância em saúde em um hospital geral público: a experiência do Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ)	92
Sinan e interfaces: revisão de estratégias na prática da equipe estadual	94
Integração dos bancos de dados do SIM e do Sinan: a contribuição da vigilância dos óbitos relacionados às doenças de notificação compulsória no município do Recife	95
Avaliação dos sistemas de informações da vigilância epidemiológica do município de Esperança-PB	96
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): integração e qualificação dos Sistemas de Informação, Porto Alegre-RS	97
A importância do nível hospitalar no aprimoramento da vigilância epidemiológica: o caso do Hospital dos Servidores do Estado/MS/RJ (HSE)	98
Análise do processo de implantação da vigilância dos óbitos hospitalares pelo Núcleo Central de Vigilância Hospitalar nas Unidades da Rede SES/RJ	99
<b>7. Vigilância de Agravos e Doenças não Transmissíveis e Promoção da Saúde</b>	101
<b>Comunicação oral</b>	
Idosos e cuidadores – uma relação delicada	103
O processo de municipalização do registro de câncer de base populacional: a experiência do Recife-PE	104
Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho – Sivat, Piracicaba	106
<b>Poster</b>	
Sivat – Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho	108
O papel estratégico do registro de câncer de base populacional: a informação sobre a incidência de câncer na Paraíba, 1999-2001	109
Vigilância de óbitos precoces por doenças e agravos não transmissíveis	110

<b>8. Prêmio Adolfo Lutz e Vital Brazil para investigações de surtos conduzidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde</b>	<b>111</b>
<b>Prêmio Adolfo Lutz e Vital Brazil</b>	
Doença de Chagas aguda relacionada à ingestão de caldo de cana em Santa Catarina, março de 2005	113
Surto de encefalomielite aguda envolvendo o vírus da dengue genotipo 3 (DEN-3) durante período epidêmico em Rondônia, de novembro de 2004 a março de 2005	116
Investigação de casos de eventos adversos da vacina tríplice viral durante a campanha de seguimento contra sarampo em 2004	119
<b>9. Prêmio Carlos Chagas para investigações de surtos conduzidas pelas esferas de gestão descentralizada – Secretarias de Estado e Municipais de Saúde</b>	<b>123</b>
<b>Prêmio Carlos Chagas</b>	
Investigação de surto de diarreia no município de Colônia de Leopoldina, Alagoas	125
Surto intrafamiliar de psitacose	127
Malária autóctone por <i>Plasmodium falciparum</i> e <i>Plasmodium vivax</i> nos municípios de Prata e Monte Alegre de Minas, Minas Gerais, 2005	129
Primeiro surto de difilobotríase registrado no estado de São Paulo, Brasil – aspectos epidemiológicos e medidas de controle, 2004-2005	131



## | Apresentação

A Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças – EXPOEPI – constitui um evento anual promovido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, cujo objetivo principal é divulgar e premiar ações relevantes e de impacto na área, desenvolvidas pelos serviços de saúde estaduais e municipais. Sua estrutura consta de mostra competitiva e outras atividades, como oficinas, conferências, mesas redondas e painéis, em que se discutem temas de cunho técnico-científico relevantes para a vigilância em saúde.

Realizada em Brasília-DF, entre os dias 4 e 6 de dezembro de 2005, a 5ª EXPOEPI reuniu cerca de 1.300 pessoas e foi a Mostra Nacional com o maior número de trabalhos recebidos, até então, com 334 relatos de experiências nos seguintes temas: vigilância ambiental; aperfeiçoamento dos sistemas de informação e análise de situação de saúde; vigilância, prevenção e controle de doenças imunopreveníveis; vigilância, prevenção e controle de tuberculose, hanseníase e hepatites virais; vigilância, prevenção e controle de DST/Aids; vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores e zoonoses; e vigilância de agravos e doenças não-transmissíveis e promoção da saúde. De todo o conjunto de trabalhos, 21 foram selecionados para apresentação oral e 32 para exposição em posters. A seleção das melhores experiências em cada tema foi encarregada a um júri popular.

A 5ª EXPOEPI trouxe, como importante inovação, a criação de prêmios de incentivo que, somados, significaram o repasse, pelo Teto Financeiro da Vigilância em Saúde, de R\$ 30.000,00 às instituições vencedoras. À Portaria Ministerial no 2.421, de 4 de dezembro de 2005, que instituiu os prêmios, juntou-se a assinatura de mais outra, para institucionalizar a nova periodicidade anual do evento.

Entre as experiências apresentadas, destacaram-se, segundo o júri popular: os resultados alcançados pelo controle da malária no estado do Pará, apresentados por sua Secretaria de Estado da Saúde; a redução da proporção de óbitos por causas mal-definidas no sistema de informação sobre mortalidade, alcançada pela Secretaria Municipal de Saúde do Recife-PE; a estratégia inovadora de prevenção das DST/Aids ao utilizar, como veículos de comunicação, os bailes *funk*, de autoria da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis-RJ; o Sistema de Vigilância em Acidentes do Trabalho (Sivat), implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba-SP; a avaliação do conhecimento e da prática adotados na conserva-



ção dos imunobiológicos utilizados pela rede pública do município de São Paulo, apresentada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; a implantação da estratégia DOTS entre 1999 e 2003 e sua efetivação de controle em 2004, apresentada pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; e o mapeamento participativo dos riscos ambientais e à saúde da Macrorregião Ambiental 5 (MRA-5)/RJ, apresentado pelo Consórcio Intermunicipal da Macrorregião Ambiental 5, do estado do Rio de Janeiro.

Outra inovação do evento foi a realização da seleção para divulgação, entre os profissionais de saúde, das melhores investigações de surtos, experiências bem-sucedidas e relevantes que resultaram em controle de situações de risco para a saúde coletiva; e, ao mesmo tempo, o fomento ao uso da epidemiologia aplicada na condução de respostas rápidas às emergências epidemiológicas. Também foram criados o Prêmio Carlos Chagas e o Prêmio Adolfo Lutz e Vital Brazil: o primeiro, concedido para a melhor investigação de surtos conduzida pelo nível estadual ou municipal; e o segundo, para a melhor investigação de surtos conduzida pela Secretaria de Vigilância em Saúde. As investigações foram apresentadas como parte da programação científica, em duas mesas redondas; e sua seleção, por comissão designada, foi realizada durante o próprio evento. A investigação do “Surto de encefalomielite aguda envolvendo o vírus da dengue genotipo 3 (DEN-3) durante período epidêmico em Rondônia, de novembro de 2004 a março de 2005” recebeu o Prêmio Adolfo Lutz e Vital Brasil. O prêmio Carlos Chagas foi concedido a duas investigações: “Malária autóctone por *Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax* nos municípios de Prata e Monte Alegre de Minas, Minas Gerais, 2005” e “Primeiro surto de difilobotríase registrado no estado de São Paulo, Brasil – aspectos epidemiológicos e medidas de controle, 2004-2005”.

Esta publicação tem o mérito de divulgar de forma ampla, entre os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde, as experiências e as investigações de surtos e seus resultados apresentados durante a 5ª EXPOEPI, e, assim, demonstrar a importância do uso crescente e efetivo da epidemiologia aplicada aos serviços de saúde no Brasil, no aprimoramento da vigilância em saúde, da prevenção e controle de doenças no âmbito do SUS.

**Jarbas Barbosa da Silva Jr.**  
Secretário de Vigilância em Saúde

# | Resumos



1

**Vigilância Ambiental**  
**em Saúde**



## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Fontes emissoras de radiações eletromagnéticas não ionizantes: monitoria e controle em Mogi das Cruzes-SP**

Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes-SP  
Secretaria Municipal de Saúde

Daniel de F. S. Campos, Alyne C. F. Gonçalves, Fátima R. R. Soato,  
Débora I. C. dos Santos, Marly Inês dos R. M. Garcia,  
Doreli S. T. dos Santos, Andréa da P. de Araújo, Heloísa Fávero,  
Wilson K. Fukuyama, Andréia N. Kuno e Giuliana Érika Yoshida

*E-mail:* [dvisa@brma.pmmc.com.br](mailto:dvisa@brma.pmmc.com.br)

O risco para a saúde das populações humanas residentes no entorno de fontes de emissão de radiação eletromagnética não ionizante, como as antenas de telefonia celular, é, ainda, objeto de discussões científicas, e diversos pesquisadores associam essa exposição aos campos eletromagnéticos com riscos de desenvolvimento de doenças. No ano de 2001, a legislação brasileira, por meio da Lei nº 10.995, de 21 de dezembro de 2001, passa a atribuir ao setor Saúde a responsabilidade de fiscalização de estações de rádio base (ERB). Mogi das Cruzes-SP adota legislação própria (Lei nº 5.398/02), em razão da demanda da sociedade geral e de organizações não governamentais preocupadas com os possíveis riscos à saúde decorrentes da proximidade das ERB às habitações, escolas e hospitais. O presente trabalho objetivou implantar um projeto de monitoria dos valores de emissão de campo elétrico pelas ERB localizadas no município, mapeando a prevalência dos valores de campo elétrico ao longo do território municipal, para, mediante o conhecimento obtido, realizar o controle efetivo da instalação e funcionamento de novos equipamentos emissores de radiações eletromagnéticas não ionizantes, com embasamento técnico apropriado, à luz do conhecimento existente e adotando o princípio da precaução. Foram medidos os valores de campos elétricos próximos a 21 antenas de telefonia celular cadastradas no Departamento de Vigilância Sanitária para concessão de alvará de funcionamento e em outros 20 pontos estratégicos, para mapeamento do campo elétrico prevalente, buscando amostrar

100% das áreas do município habitadas, com ou sem a presença de ERB nas proximidades. Todos os valores medidos encontravam-se abaixo do valor de referência de emissão estabelecido pela Legislação Municipal, que é de  $0,095 \text{ W/m}^2$ . Contudo, a expansão dos serviços de telecomunicações, o potencial risco à saúde existente e o princípio da precaução justificam o grande valor da consolidação de um sistema de monitoramento da prevalência de campo elétrico ao longo das áreas habitadas dos municípios, embasando o efetivo controle de mais esse fator de risco ambiental gerado pela atividade humana.

## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Vigilância da qualidade da água nos sistemas de abastecimento de água e nos domicílios na cidade do Recife: a construção de uma estratégia para a detecção mais precisa do risco de ocorrência de doenças relacionadas com a água**

Prefeitura do Recife-PE/Secretaria de Saúde  
Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde

Fabiana A. Camarão, José C. Cazumbá,  
João A. Nascimento Júnior,  
Tereza M. Lyra e Alexandra P. C. Serrano

*E-mail:* cvadranb@ig.com.br

Recife possui 94 bairros e seis distritos sanitários (DS). O Programa de Saúde Ambiental estabeleceu pergunta condutora para implementação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VQACH): Como identificar origem de riscos em sistemas de abastecimento d'água (SAA) e domicílios? Entender onde e como a água é tratada e distribuída e, ao ser detectada contaminação, corrigir o problema. Verificou-se como a água é armazenada nos domicílios e a situação das instalações. Viu-se a necessidade de se fazer a releitura do SAA: identificaram-se SAA com distribuições diferenciadas das apresentadas pela concessionária, consubstanciando-se 164 microssistemas gerenciados por escritórios locais de operacionalização (ELO); correlacionaram-se microssistemas com área de abrangência dos ELO e a de jurisdição dos DS; construiu-se um mapa de riscos à saúde relacionados com a intermitência da água e outro das doenças relacionadas com a água, dividindo-se a cidade em quatro estratos de risco. Aprofundando-se a análise do risco, correlacionaram-se os 164 microssistemas com quatro estratos de risco e as áreas de abrangência. Verificaram-se casos de diarreia e hepatite A, presença de coliformes totais e/ou termotolerantes na água e cloro em desacordo com a Portaria MS/GM nº 518, de 26 de março de 2004; nos domicílios, verificaram-se condições de armazenamento d'água e cloro residual. Detectados os riscos, redirecionaram-se as ações de vigilância ambiental.



## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Mapeamento participativo dos riscos ambientais e à saúde da MRA-5**

Consórcio Intermunicipal da Macrorregião Ambiental 5 (MRA-5)  
Estado do Rio de Janeiro

Adriana Moutinho de Amorim, Beatriz Rudnicki  
e Dayse Said Barros Pigozzo

*E-mail:* [adrianamoutinho@pmro.rj.gov.br](mailto:adrianamoutinho@pmro.rj.gov.br)

O mapeamento de riscos foi indicado pela plenária da I Oficina Regional de Vigilância Ambiental em Saúde. Com ele, pretendeu-se colaborar para o fortalecimento da sociedade civil em busca de saúde e qualidade de vida e subsidiar a tomada de decisão e planejamento de ações pela eliminação, controle e prevenção de agravos ao meio ambiente e à saúde, tendo como característica a mobilização e participação comunitária. Os riscos foram registrados em tarjetas e, em seguida, marcados nos mapas dos municípios. As tarjetas foram agrupadas por critérios diversos e consideradas as suas repetições. Pôde-se verificar que os riscos assinalados obedeciam à ordem de grandeza de escalas dos mapas. Observou-se grande inquietação com os riscos oriundos da ocupação desordenada do solo, com a insuficiência ou inadequação de saneamento básico e com os mananciais hídricos. Tais resultados levam a uma reflexão a respeito da aplicação insatisfatória dos recursos, e, particularmente, dos *royalties* do petróleo. Identificou-se interesse e potencial da comunidade para discussão das políticas locais. Sugere-se que os resultados deste e de outros diagnósticos participativos sejam utilizados para a construção de indicadores de saúde e ambiente; e para o planejamento de estratégias de intervenção, especialmente na área de Vigilância Ambiental em Saúde.

POSTER

## **Informação em vigilância ambiental em saúde – um estímulo à intersectorialidade**

Governo do Estado da Paraíba  
Secretaria da Saúde do Estado

Cleane Toscano Souto Bezerra, Maria de Lourdes Gomes  
de Lima Pereira e Suely Cavalcante Antas Rocha de Almeida

*E-mail:* cleanetsb@bol.com.br

A estruturação da vigilância em saúde no País, com o monitoramento dos fatores de risco biológicos e não biológicos, propiciou a ampliação do objeto de análise das situações de saúde, passando-se a trabalhar, com mais ênfase, sobre o contexto onde os eventos de saúde ocorrem. Na Paraíba, essa situação foi concretizada, nitidamente, a partir da criação da vigilância ambiental em saúde. As informações necessárias a esse novo modelo nem sempre são de competência exclusiva do setor Saúde, mas também de outros setores do governo e da sociedade como um todo, requerendo, portanto, um trabalho intersectorial e interdisciplinar. Considerando a necessidade de implementar a vigilância ambiental em saúde no estado da Paraíba, foi definido este estudo, o qual teve como objetivo identificar as informações trabalhadas pelos órgãos públicos de abrangência estadual que desenvolvem ações e serviços relacionados ao meio ambiente, que pudessem ser utilizadas pela Secretaria da Saúde do Estado, de forma a implementar a sua atuação no monitoramento dos fatores de risco à saúde humana. As informações levantadas constituíram-se na etapa inicial do processo de articulação entre saúde e meio ambiente, imprescindível ao desencadeamento de ações oportunas e efetivas; e servirão para a posterior seleção de indicadores a serem monitorados pela Saúde.

POSTER

**Vigilância sanitária em saúde ambiental em condomínios no município de Natal**

Prefeitura Municipal do Natal-RN/Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Vigilância Sanitária/Coordenação de Vigilância em Saúde

João Rafael L. Guimarães e Sheyla Duarte da Costa

*E-mail:* jrlguimaraes@ig.com.br

O Departamento de Vigilância à Saúde do município de Natal-RN, por intermédio do Setor de Vigilância Sanitária, realiza, entre outras, ações de saúde ambiental em condomínios. Para tanto, são verificadas as condições sanitário-ambientais existentes e solicitadas as providências necessárias para a resolução dos problemas. A regulamentação de condomínios aconteceu a partir do Decreto nº 7.456, de 16 de julho de 2004, o qual estabelece procedimentos para o controle sanitário-ambiental daqueles locais e serve de elemento norteador para a realização das inspeções sanitárias pelos técnicos do setor de Vigilância Sanitária (Visa). Os principais problemas verificados no trabalho de Visa em saúde ambiental em condomínios foram questões ligadas ao abastecimento de água – poços contaminados por nitrato e reservatórios apresentando problemas estruturais –, esgotos – água servida a céu aberto, fossas negras e fossas abertas –, resíduos sólidos – lançamento de lixo a céu aberto, acúmulo de entulhos e podas e acondicionamento de resíduos sólidos –, piscinas – ausência de cloro, poluição ambiental – queima de lixo e podas –, entre outros problemas. A regulamentação criou um suporte técnico-jurídico que permite um trabalho objetivo e enquadrado em critérios de ordem legal, que pode apoiar qualquer iniciativa de resolução de eventuais problemas encontrados. Tem-se buscado trabalhar nos condomínios com a finalidade de garantir a esses ambientes uma salubridade ambiental, dentro dos determinantes do processo saúde-doença, realizando-se, portanto, um trabalho de saúde preventiva que, em muito, beneficiará a todos os seus moradores e circunvizinhos.

POSTER

**Vigilância epidemiológica e ambiental  
na avaliação de ações intersetoriais:  
a experiência de leptospirose humana no  
Distrito Sanitário Cajuru, Curitiba-PR, Brasil**

Prefeitura Municipal de Curitiba-PR/Secretaria Municipal de Saúde

Maria Elisabete Ferraz e Marcelo Luiz Vettorello

*E-mail:* melisabete@sms.curitiba.pr.gov.br

O objetivo desse estudo foi avaliar as ações intersetoriais (saneamento, educação, reassentamento de famílias de áreas de risco ambiental, programas de coleta seletiva de lixo) na redução de casos de leptospirose humana (LH) no Distrito Sanitário Cajuru (DS Cajuru), Curitiba-PR, entre os anos de 1997-2003, observando as principais variáveis socioculturais, sanitário-ambientais, climáticas e geológicas que influenciam a ocorrência da doença. O DS Cajuru foi escolhido por ser o distrito sanitário do município com maior incidência de LH em 1997, comparado aos demais distritos (DS Cajuru, 36 casos/100 mil habitantes, enquanto Curitiba, na sua totalidade, apresentou 9 casos/100 mil habitantes). Durante o período estudado, registraram-se 195 casos de LH no DS Cajuru – com maior ocorrência em janeiro, fevereiro e março, totalizando 147 casos (75,38%), acompanhando os aumentos dos índices pluviométricos. A diferença de índices pluviométricos foi de 33,3 milímetros (1997-2003), valor não significativo. Na área de estudo, após implantação de medidas intersetoriais, a taxa de LH foi reduzida em 82,43%, comparando-se os anos de 1997 (36,26 casos/100 mil habitantes) e 2003 (6,37 casos/100 mil habitantes). Evidencia-se que a identificação de áreas de riscos subsidia a implantação e avaliação de políticas ambientais. Ressalta-se o papel da vigilância epidemiológica e ambiental no monitoramento de situações de riscos à saúde, orientando a priorização, implantação e avaliação de políticas públicas.



# 2

**Vigilância  
Epidemiológica,  
Prevenção e Controle  
de DST/Aids**



## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Articulação e parceria no sucesso da vigilância da sífilis congênita no município de Campinas-SP**

Prefeitura Municipal de Campinas-SP  
Secretaria Municipal de Saúde

Maria do Carmo Ferreira, Eliana P. P. Fernandes,  
Luciane V. L. Castro, Thaís F. D. Klemz,  
Cláudia B. Safi, Genovefa A. Casagrande,  
Verônica G. Alencar e Luciene Medeiros

*E-mail:* covisa.ve@campinas.sp.gov.br

A sífilis congênita constitui um grave problema de Saúde Pública e o Brasil está longe de alcançar a meta de eliminação da doença, pactuada para ser alcançada até o ano 2000. Em Campinas-SP, de 1995 a 2003, foram notificados 45 casos de sífilis congênita; destes 26 confirmados, 12 presumíveis e 7 descartados. As ações de vigilância da sífilis congênita no município eram realizadas de forma desarticulada, limitando-se à notificação de poucos casos a cada ano, principalmente por um único serviço – o que indicava subnotificação e não o controle da doença. Em 2004, formou-se um grupo de trabalho constituído pela vigilância em saúde, pela assistência à saúde da mulher e da criança e pelo Programa Municipal de DST/Aids, visando melhorar as ações de controle da sífilis congênita. O presente trabalho apresenta as ações realizadas nos anos de 2004 e 2005 e compara os dados de sífilis congênita antes e após as ações desencadeadas. Dados preliminares revelam a eficácia das ações pelo aumento quantitativo de serviços notificantes e do número de casos conhecidos. Ademais, foi possível detectar falhas no diagnóstico e no tratamento da gestante com sífilis durante o pré-natal, possibilitando a melhoria do diagnóstico e das medidas de controle.



## COMUNICAÇÃO ORAL

**Descentralização das ações de controle de sífilis congênita no município da Serra-ES, no ano de 2004**

Prefeitura Municipal da Serra-ES/Secretaria Municipal de Saúde

Eumann Mattos Rebouças, Anita Cardoso Gomes, Nara Paterlini Marques e Earl Manoel da Silva Tomaz

*E-mail:* vig.epidemiologica.sesa@serra.es.gov.br

O município da Serra-ES, com área de 547 km<sup>2</sup> e 364.840 habitantes em 2004, apresentou, nas últimas décadas, crescimento médio de 4,9% ao ano – o crescimento nacional foi de 1,9% ao ano, no mesmo período. Em 2003, não atingimos o indicador pactuado, sendo diagnosticados 55 casos, que mereceram discussão na vigilância epidemiológica (VE) local. As hipóteses levantadas estavam relacionadas à dificuldade de acesso das gestantes aos serviços de saúde, de tratamento dos parceiros, centralização das ações e aplicação de penicilina benzatina em apenas cinco unidades de saúde. As estratégias utilizadas para o controle foram: disponibilidade e capacitação de 21 agentes de Saúde Pública para as ações descentralizadas, sob a coordenação da referência técnica; aplicação do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) de doenças sexualmente transmissíveis/aids, para médicos, enfermeiros e assistentes sociais; estabelecimento de fluxo com o laboratório, para envio dos resultados de VDRL positivos para a VE. Em 2004, tivemos 45 gestantes com exames positivos e realizamos busca em todos os casos, conforme estratégia pré-estabelecida. Desses casos, seis evoluíram para sífilis congênita, por abandono de tratamento, apesar das buscas realizadas pelos agentes; e sete permanecem sob investigação. Foram descartados 32 casos. Observa-se importante diminuição no número de casos, conseqüência da implementação da busca ativa em todas as gestantes com VDRL positivo. Para o ano de 2005, existe a intenção de investigar todo VDRL positivo, independentemente de sexo e faixa etária, estimulando a aplicação de penicilina benzatina em todas as unidades de saúde do município. Esperamos melhorar ainda mais as estratégias para o controle da sífilis congênita, com o objetivo de diminuir os casos confirmados.

## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Estratégia de prevenção às DST/Aids com jovens frequentadores de bailes *funk*: um novo desafio**

Prefeitura de Petrópolis-RJ/Secretaria de Saúde  
Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids

Maria Inês Ferreira, Adauto Silva, Ernani Silva, Maria Teresa Gerbassi,  
Marise Bender e Paulo Gimenez

*E-mail:* ines@compuland.com.br

No Brasil, a epidemia de aids vem expressando tendências de feminização, juvenilização e pauperização. O objetivo deste trabalho foi atingir tal segmento social com ações de prevenção, levando à reflexão sobre vulnerabilidade, promovendo práticas seguras e incentivando a realização da testagem anti-HIV. O processo se deu a partir de capacitação, com oficinas sobre o tema; e de concurso de músicas sobre prevenção, em parceria com um promotor de eventos *funk* da cidade, sendo classificados três grupos e gravado um *compact disk* (CD) com as músicas vencedoras. Os resultados demonstraram que houve boa receptividade do público-alvo, haja vista o grande número de jovens envolvidos com o concurso, diretamente, e os que compareceram ao treinamento levantaram questões e participaram das discussões e dinâmicas de grupo, demonstrando interesse pelo assunto. Eles passaram a frequentar a Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, tirando dúvidas, buscando preservativos e levando outros jovens para realização do teste anti-HIV; dessa forma, além de terem aumentado o acesso ao serviço de saúde, tornaram-se agentes multiplicadores de informações. Com este trabalho, aprendemos que é possível estabelecer estratégias de informação e prevenção, para qualquer população, desde que aconteçam dentro do seu meio, “fa-lem” a sua linguagem e respeitem a sua cultura – sem, necessariamente, obrigá-los a deixarem de fazer o que gostam.

## POSTER

### **Qual a representação do uso do preservativo masculino: prevenção para doenças sexualmente transmissíveis ou método contraceptivo?**

Prefeitura Municipal de Guaíba-RS  
Secretaria Municipal de Saúde

Ângela Ferreira de Rosso, Carmen Rosane da Silva Viegas,  
Paula D'Elia e Lieidi Feijó

*E-mails:* afrosso@ig.com.br; crsviegas@ig.com.br  
pdelia@terra.com.br

Este trabalho objetivou investigar a representação do uso do preservativo masculino – se prevenção para doenças sexualmente transmissíveis (DST/Aids), se método contraceptivo – em uma unidade básica de saúde. Como metodologia ao estudo, optou-se por entrevistas estruturadas e dados analisados quantitativamente. Foram entrevistadas 311 pessoas, das quais 191 mulheres e 120 homens, em seis meses. Resultados apontaram índices de 30,89% para mulheres e 35% para homens como método para evitar DST/Aids. Como método contraceptivo foi a resposta de 49,21% entre mulheres e 36,66% dos homens. Quanto à escolaridade, a grande maioria tinha o 1º grau, sendo 57,59% entre mulheres e 59,16% entre homens. A faixa etária de maior prevalência foi entre os 20 e os 49 anos, em que 83,24 eram mulheres e 65,83% homens. Resultados evidenciaram a necessidade de mudanças do modelo assistencial vigente. Equipes que parecem ter esse perfil são as do Programa Saúde da Família (PSF), que tem como estratégia a formação do vínculo com a população. No município de Guaíba-RS, onde foi realizado este trabalho, não há PSF, mas está sendo planejado. Equipes montadas e atuando em PSF, este será o modelo que reestruturará as práticas do atendimento em saúde, sendo um aliado na mudança de paradigma no uso do preservativo masculino.

POSTER

## **Prevenção no contexto assistencial: os profissionais do sexo**

Governo do Estado de São Paulo/Secretaria de Estado da Saúde  
Programa Estadual de DST/Aids  
Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids

Ângela M. Peres, Angelina R. Bellucco,  
Ariane de C. Coelho, Dirce C. Assis, Elaine G. G. Pinto,  
Elisa M. de S. Brito, Judit Lia Busanello, Maria A. da Silva,  
Maria F. Cernicchiaro, Patrícia T. H. Vitalle, Ricardo B. Martins,  
Valdir M. Pinto e Viviane da R. Sousa

*Email:* viviane@crt.saude.sp.gov.br

O ambulatório de DST do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, no Centro de Referência e Treinamento em DST/HIV/Aids (CRT/SP), agrega a função de um centro de testagem e aconselhamento (CTA). A função do ambulatório como local de assistência a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e testagem sorológica trouxe importantes contribuições para a visão dos seus profissionais, no que tange à atribuição assistência/prevenção e a ações complementares; seu trabalho pauta-se na noção de vulnerabilidade acrescida para as DST/HIV. O foco dessa atenção está na população de profissionais do sexo (PS); no caso das mulheres, foi proposta e implementada uma rotina de atendimento ginecológico, ainda que sem quaisquer sinais ou sintomas para DST. O fato se justifica, em parte, porque 80% das mulheres podem estar assintomáticas para algumas DST, como gonorréia, e, portanto, podem manter ativa a cadeia de transmissão como sofrerem agravos à saúde; acrescente-se o fato do aumento no número de parceiros sexuais (média de 70/mês). Por instrumento elaborado e preenchido durante o atendimento, pela equipe de aconselhamento, procurou-se definir estratégias de prevenção factíveis com a realidade dessa população. Principais resultados alcançados: no núcleo de DST, no período de 2002-2004, 295 mulheres profissionais do sexo foram cadastradas – 58 no período de 2004, contando entre 18 e 39 anos de idade; 75% com oito a onze anos de estudo concluídos; 60% com renda de R\$1.000,00 a R\$2.000,00 reais/mês; 80% na profissão há menos de um ano; 85% em casas

de massagem ou casas noturnas; 95% trabalhando mais de oito horas diárias; e 90% utilizando preservativo em todas as relações com clientes, mas pouquíssimas usando-o com parceiros fixos. Quanto a investigação ginecológica e sorológica: um caso HIV+; um caso de sífilis; um caso de hepatite B; seis casos auto-ímmunes; quatro casos de hepatite C; um caso de gonorréia; 11 (19%) casos de micoplasma; e 27 (46%) casos de ureaplasma. O trabalho desenvolvido mostra-nos a importância dos serviços de saúde considerarem estratégias de trabalho que acolham e facilitem o acesso dessa população.

POSTER

## **Uma experiência de saúde com adolescentes escolarizados em Vargem Grande Paulista**

Prefeitura Municipal de Vargem Grande Paulista-SP  
Secretaria da Saúde

Jussara T. M. Marchi, Sílvia R. P. Konno,  
Lígia S. Parrili e Ana Lúcia C. S. Pereira

*E-mail:* jussaramarchi@yahoo.com.br

Vargem Grande Paulista é um município localizado na Região da Grande São Paulo, com população de 41.306 habitantes. Os serviços de saúde encontram-se estruturados em seis unidades de atendimento; entre elas, uma unidade central que comporta o Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids (SAE). Na assistência preventiva aos adolescentes, a preocupação da equipe recrudescer diante dos seguintes dados epidemiológicos na faixa etária de 10 a 19 anos: 24,8% das gestantes inscritas para pré-natal nos serviços públicos; 8,3% dos exames de Papanicolau realizados, com 5% de alterações; 12,94% dos atendimentos de DST. Essa preocupação veio de encontro às diretrizes do Ministério da Saúde para implantação de ambulatórios e atendimento a esse público. Estabeleceu-se como objetivo fazer o vínculo dos adolescentes com os serviços existentes, de forma a atender suas reais necessidades, trabalhando com prevenção e promoção nas escolas e unidades de saúde. Em 2004, o projeto ocorreu em quatro escolas estaduais, abrangeu a realização de oficinas com, aproximadamente, 400 alunos, e envolveu reuniões com mais de 50 professores. A receptividade e o envolvimento dos adolescentes superaram as expectativas da equipe. As queixas com a falta de lazer e cultura e colocação em mercado de trabalho fizeram com que a equipe decidisse, em 2005, pela realização de parcerias com outras instituições.

POSTER

**Vigilância das DST em Araguaína-TO:  
uma ação bem-sucedida**

Prefeitura Municipal de Araguaína-TO  
Secretaria Municipal de Saúde

Alessandro Farias Pantoja, Chrissandra Rebouças,  
Jader Rosário da Silva, Débora Regina Vargas  
e Zilene do Socorro S. Brígida da Silva

*E-mails:* atencaobasica@g8net.com.br  
saudearaguaina@g8net.com.br

O Programa Municipal de DST/Aids de Araguaína, estado do Tocantins, e a vigilância epidemiológica local, em parceria com equipes de agentes comunitários de saúde e do Programa Saúde da Família (PSF) e unidades notificadoras (hospitais públicos, particulares e filantrópicos, Policlínica e centros de saúde), estruturam um Projeto de Monitoramento das DST por meio da notificação de casos, haja vista o baixo número de notificações e a insuficiência no registro das informações pelos profissionais responsáveis. Os principais resultados alcançados, após essa estruturação, foram: melhoria da qualidade das notificações de DST; aumento no número de notificações de DST; aumento da procura de preservativos masculinos e femininos pela população; ampliação do acesso da população rural e de profissionais do sexo ao serviço de aconselhamento; aumento na cobertura das ações de prevenção do câncer do colo de útero e de mama, intercaladas com o trabalho de aconselhamento; aumento da procura pelos testes anti-HIV e VDRL; aumento do número de pacientes adultos com sífilis, notificados, tratados e acompanhados; redução do número de casos de sífilis congênita no município; e redução da resistência de administração de benzetacil nos centros de saúde e na Policlínica. Essas ações contribuíram para o reconhecimento, pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, do trabalho exemplar para o Brasil, realizado no município de Araguaína-TO, de elevação significativa do número de notificações em DST.

## POSTER

**Projeto Nascer Maternidade – parceria e compromisso**

Prefeitura Municipal de Ipatinga-MG/Secretaria Municipal de Saúde  
Programa Municipal de DST/Aids

Ilrisnett de Souza Resende e Maria da Glória Almeida Batista

*E-mails:* ubscidadenobre@ipatinga.mg.gov.br  
ilris@ig.com.br

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM 2.104, de 21 de novembro de 2002, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Projeto Nascer Maternidade, cujos objetivos principais eram reduzir a transmissão vertical do HIV e a morbimortalidade associada à sífilis congênita, ademais de implementar rotinas de melhoria do atendimento à parturiente/puérpera e aos seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e sua Coordenação Estadual de DST/Aids (CE-DST/Aids) decidiram cadastrar e capacitar as maternidades para receberem os insumos previstos na Portaria: testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido); testes para sífilis (microhemaglutinação); anti-retrovirais; inibidores de lactação; e fórmula infantil. A maternidade do Município de Ipatinga – Hospital Márcio Cunha/Fundação São Francisco Xavier – negou-se a participar do processo em razão da extensa carga horária e da exigência da presença de toda a equipe da sala de parto, apesar da disponibilidade de 12 vagas para ela. Sede de macrorregional e referencia para 21 municípios que compõem o Vale do Aço, Ipatinga (232 mil habitantes, aproximadamente) encontra-se em gestão plena do sistema e dispõe de uma rede de saúde própria, composta por seis unidades básicas, dez unidades e 25 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), Policlínica Municipal e Serviço de Pronto Atendimento 24 horas. A assistência hospitalar é garantida pelo Hospital Márcio Cunha, de caráter privado, ligado à Fundação São Francisco Xavier. A CE-DST/Aids fez contato com o gestor municipal, quem, imediatamente, convocou o corpo gerencial da maternidade para discutir a questão. Decidiu-se então, pela realização de treinamento coordenado pelo Programa Municipal de DST/Aids e pela maternidade, com carga horária de 24 horas, em que se utilizou a técnica da problematização e abordaram-se os



seguintes assuntos: acolhimento à gestante; aconselhamento; teste rápido; manejo clínico da parturiente e do recém-nascido exposto; assistência no parto e no pós-parto; e vigilância epidemiológica (VE). Foram capacitadas 82 pessoas, entre profissionais da maternidade, do Programa Municipal de DST/Aids (PM-DST/Aids), da Vigilância Epidemiológica e do Programa de Saúde da Mulher, ao custo per capita de R\$92,68. Paralelamente, o PM-DST/Aids iniciou a capacitação de 216 profissionais de saúde, lotados nas unidades básicas, em aconselhamento, acolhimento e abordagem sindrômica das DST para implantar testagem de HIV e sífilis no pré-natal, diagnóstico e tratamento das DST. Atualmente, o pré-natal é oferecido em todas as unidades básicas e de PSF, onde o exame de HIV e sífilis é acessível a 100% das gestantes inscritas. Como consequência do estabelecimento do fluxo da parturiente portadora do hiv/sífilis, que contempla a referência e contra-referência entre a maternidade e o PM-DST/Aids, aprimorou-se a informação de interesse da VE e eliminou-se a subnotificação dos casos de HIV em gestantes e crianças expostas. Além da melhoria no acolhimento da gestante soropositiva e de seus acompanhantes, houve aumento da testagem para HIV no pré-natal e ampliação da assistência à puérpera portadora do HIV/sífilis e a seu parceiro, o que fez reduzir o risco de contaminação do recém-nascido exposto ao HIV/sífilis. Se o teste rápido, cobrado na autorização de internação hospitalar (AIH), não tem o seu custo real coberto pelo SUS, a parceria da maternidade com o gestor local têm garantido sua disponibilidade às gestantes. A descentralização dos serviços, amplamente adotada pelo Ministério da Saúde, e a manutenção do bom desempenho alcançado pelo Projeto Nascer Maternidade em Ipatinga, especialmente, também dependem, para a sua consecução, do compromisso da participação e capacitação permanente dos profissionais de saúde envolvidos.

POSTER

## **Programa de Educação Continuada em Sexualidade e DST/Aids**

Prefeitura da Estância Turística de Embu-SP  
Secretaria Municipal de Saúde

João Lisanti Neto e Wolff Rothstein

E-mail: joaolisanti@ig.com.br

O Programa de Educação Continuada em Sexualidade e DST/Aids no município de Embu, estado de São Paulo, consiste na aplicação prática do conceito de promoção da saúde e prevenção junto aos alunos das escolas públicas, levando informação e conhecimento mediante um processo de sensibilização. “*A melhor forma de sensibilizar os jovens é atuar em seu universo, falar a mesma linguagem, utilizar seus símbolos e códigos*”. Com esse pensamento, optou-se pela abordagem do adolescente protagonista, na utilização de manifestações culturais, como o movimento Hip Hop e a arte e cultura popular brasileira, pretextos para essa sensibilização. Durante 2003 e 2004, foram realizadas ações em todas as escolas da rede pública, totalizando 65 mil alunos. Em 2005, as ações do programa foram direcionadas aos profissionais da educação. Constatou-se a importância desse público para a promoção de saúde, não apenas entre aos alunos, mas também no entorno do ambiente escolar, na família e na comunidade. Desenvolveu-se um processo de sensibilização, discussão e capacitação, aprofundado e técnico, que agregou um “olhar” diferenciado para uma abordagem adequada do tema Sexualidade. Foram elaboradas e editadas revistas, como material de apoio: “Conversando e descobrindo: a criança e a sexualidade”, publicação dirigida aos pais e às crianças; e “Discutindo sexualidade no Embu das Artes”, para o público adolescente.



# 3

**Vigilância  
Epidemiológica,  
Prevenção e  
Controle de Doenças  
Imunopreveníveis**



## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Investigação de um surto de síndrome gripal no município de Parauapebas**

Governo do Estado do Pará  
Secretaria Executiva de Saúde Pública  
Núcleo Estadual de Epidemiologia

Ana Lúcia da Silva Ferreira e Carla Gisele Ribeiro Garcia

*E-mails:* nuepi@sespa.pa.gov.br  
analufer@uol.com.br  
ninakil@bol.com.br

As ações de prevenção, vigilância e controle da síndrome gripal constituem, hoje, um dos grandes desafios para a Saúde Pública. Em abril de 2005, a vigilância epidemiológica do Pará foi informada sobre um aumento no número de consultas por síndrome gripal no município de Parauapebas-PA. Iniciou-se uma investigação, que teve por objetivo e metodologia de trabalho: estabelecer a existência de um surto de síndrome gripal; notificar o surto; identificar o agente etiológico; organizar os dados por tempo, pessoa e lugar; e recomendar, avaliar e implementar as medidas de prevenção e controle, caso fossem necessárias. Foram coletadas 25 amostras de secreções da nasofaringe dos casos suspeitos que se encontravam em fase aguda. As amostras foram analisadas no Instituto Evandro Chagas, da Secretaria de Vigilância em Saúde do ministério da Saúde (IEC/SVS/MS), para identificar vírus respiratórios. Foram identificados 4.401 suspeitos de síndrome gripal. Os pacientes relatavam febre, sintomas respiratórios e gastrintestinais. Houve um aumento das internações, mas não ocorreram óbitos durante as semanas epidemiológicas de 7 a 15 de 2005. A faixa etária mais atingida, durante o surto, foi a de 0 a 4 anos (37%), seguida pelos grupos de 5 a 14 anos (17%), 15 a 24 anos (14%), 25 a 59 anos (28%), 60 a 64 anos (1%) e >65 anos (3%). Foram identificadas 55 internações por síndrome gripal e pneumonia. O grupo mais atingido foi de 0 a 4 anos, com 41 casos internados (75%). A duração do surto foi de nove semanas, aproximadamente; o seu momento de pico aconteceu na semana epidemiológica 11. Os resultados de imunofluorescência identificaram o vírus da influenza do tipo B,

confirmado pela caracterização antigênica e genética B/Yamanashi/166/98, o adenovírus e o vírus respiratório sincicial (VRS). Concluiu-se que houve um surto de influenza em Parauapebas, que causou transtornos sociais, aumento no número das consultas médicas e de internações hospitalares. Frente ao surto já instalado, foi recomendada a vacinação contra a influenza, segundo normatização do Ministério da Saúde, e o monitoramento dos casos para avaliação do comportamento do agravo, haja vista as investigações oportunas de síndrome gripal serem de fundamental importância para a tomada de medidas de controle, identificação do agente etiológico e prevenção de futuras epidemias de novas cepas circulantes.

## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Avaliação do conhecimento e prática adotados na conservação dos imunobiológicos utilizados na rede pública do município de São Paulo**

Governo do Estado de São Paulo/Secretaria de Estado da Saúde  
Centro de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
Divisão de Imunização

Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda  
e José Cássio de Moraes

*E-mail:* caranda@cve.saude.sp.gov.br

O Programa Nacional de Imunização (PNI) representa um dos maiores êxitos em Saúde Pública no Brasil. A literatura aborda, com frequência, estratégias para ampliação das coberturas vacinais, pesquisas sobre imunogenicidade, reatogenicidade e eficácia dos imunobiológicos; porém, um dos fatores que pode comprometer a efetividade do PNI é relatado com menor frequência: a rede de frio (RF), ou como as vacinas são manuseadas durante o transporte e estocagem. A partir do ano 2000, o PNI reeditou seus manuais técnicos, propiciando às coordenações estaduais os instrumentos para capacitação de recursos humanos. No estado de São Paulo, a transferência dos conhecimentos ocorreu em treinamentos específicos de formação de agentes multiplicadores nos municípios, atendendo à nova forma de gestão descentralizada. Não há dados sobre a avaliação do conhecimento adquirido e da prática executada nas salas de vacina, a partir das capacitações realizadas; é possível, portanto, que procedimentos normatizados não estejam sendo executados nas instâncias locais, colocando o controle das doenças sob risco. Este estudo, conduzido entre março e julho de 2004, propôs-se a avaliar o conhecimento e o cumprimento (procedimentos adotados na prática) das recomendações para RF nas salas de vacina do município de São Paulo-SP. A sistematização da supervisão foi identificada como instrumento de consolidação dos conhecimentos técnicos adquiridos no treinamento.



## COMUNICAÇÃO ORAL

**Inquérito de cobertura vacinal  
no município de Santo Ângelo-RS**

Governo do Estado do Rio Grande do Sul  
Secretaria de Estado da Saúde

Estela Maris Rossato Balke,  
Carmem Regina Estivalete Marchionati,  
Luís Antônio Benvegno e Maria Cecília Assunção

*E-mail:* estela-balke@saude.rs.gov.br

Conhecer a cobertura vacinal em menores de um ano permite acompanhar o acúmulo de suscetíveis na população e avaliar a imunidade de massa como barreira efetiva para a interrupção da transmissão das doenças imunopreveníveis. O objetivo deste estudo é conhecer a cobertura vacinal de rotina na população de 1 a 35 meses, do município de Santo Ângelo-RS, mediante inquérito domiciliar. Realizou-se um estudo transversal descritivo, de base populacional, utilizando os setores censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os conglomerados e quarteirões foram sorteados aleatoriamente, sendo encontradas 574 crianças. Calculou-se a cobertura vacinal do esquema básico e com vacinação em dia. A cobertura vacinal encontrada foi: BCG, 97,0%; Sabin, 87,0%; DTP, 86,8%; HIB, 85,8%; e hepatite B, 86,5%. Foram analisadas coberturas vacinais em dia, encontrando-se: 65,3% para BCG; 82,2% para Sabin; 82,1% para DTP; 79,6% para HIB; 77,9% para hepatite B; e 75,7% para tríplice viral. Entre as crianças pesquisadas, 87,5% (502) estavam com o esquema vacinal completo, no momento da entrevista. Os resultados demonstram que as coberturas vacinais estão abaixo da meta, e das coberturas administrativas. O inquérito de cobertura vacinal demonstrou ser um método viável e possível de ser empregado pelos municípios de médio e grande porte como forma de conhecer sua verdadeira cobertura vacinal.

POSTER

## **O Programa Saúde da Família (PSF): estratégia para eliminar bolsões de suscetíveis e atingir altas coberturas vacinais**

Governo do Estado do Rio Grande do Sul  
Secretaria de Estado da Saúde  
12ª Coordenadoria Regional de Saúde, Santo Ângelo-RS

Carmem Regina Estivalet Marchionatti

*E-mail:* carmem-marchionatti@saude.rs.gov.br

O Monitoramento Rápido de Vacinação (MRV) é recomendado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para subsidiar atividades de vacinação. O objetivo do estudo foi testar a utilização do MRV para detecção de bolsões de suscetíveis e conhecer os motivos para não-vacinação em duas áreas de São Luiz Gonzaga, estado do Rio Grande do Sul. No MRV, identificam-se 20 casas, em quatro quadras separadas entre si (na mesma área), com pessoas da faixa etária em estudo; mediante visitas, examinaram-se as carteiras de vacinação. Avaliou-se o número de pessoas na faixa etária em estudo do domicílio, o número de vacinados e os motivos para não-vacinação. O MRV foi realizado no bairro A, com PSF implantado; e bairro B, sem PSF implantado. Período do MRV: 20/06/03 e 04/07/03. No bairro A, em 20 casas, encontraram-se 25 crianças menores de cinco anos, todas com a vacinação em dia. A cobertura vacinal nas crianças pesquisadas foi de 100%. No bairro B, visitaram-se 20 residências e entrevistaram-se 28 crianças menores de cinco anos. Dessas, 17 apresentavam vacinação em dia e 11 estavam atrasadas. A cobertura foi de 60,71%. Os motivos para não-vacinação foram desconhecimento do atraso vacinal e doença na criança. O PSF é uma estratégia para manter cobertura vacinal elevada e homogênea.

## POSTER

**Parceria Saúde/Educação na implementação da cobertura vacinal contra hepatite B entre adolescentes – município de Ribeirão Preto**

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP/Secretaria Municipal da Saúde  
Governo do Estado de São Paulo/Secretaria de Estado da Educação  
Diretoria Estadual de Ensino/Regional de Ribeirão Preto-SP

Elisabete Paganini, Fátima de Almeida Lima Neves  
e Nelma Salomé Silva de Oliveira

*E-mail:* paganini@netsite.com.br

A queda na cobertura vacinal contra hepatite B entre adolescentes em 2004 implicava ações que os estimulassem a iniciar/completar o esquema vacinal. Decidimos aplicar a vacina contra hepatite B junto com a campanha nacional contra poliomielite de 11 de junho de 2005. Adolescentes precisam de sensibilização para receber a vacina e elegemos o professor como agente coordenador da discussão dessa questão. Estabelecemos parcerias com Programa Municipal de DST/Aids e as Secretarias Municipal e de Estado da Educação. As estratégias de ação foram: introdução das hepatites virais como temas transversais dos parâmetros curriculares; realização de três concursos – cartaz, *outdoor* e *site* na Internet –; e promoção de quatro oficinas de sensibilização, com metodologia participativa – duas para coordenadores e duas para grêmios estudantis das escolas estaduais de ensino médio e fundamental. O cartaz vencedor tornou-se oficial da campanha; o site ganhador foi colocado junto ao portal da Secretaria Municipal de Saúde e o *outdoor* mais votado foi reproduzido e instalado nas ruas; realizou-se uma exposição dos 25 melhores trabalhos em um grande shopping da cidade, e, no lançamento da campanha de vacinação, foram apresentados os vencedores dos concursos. Pelo total de doses de 5 a 19 anos – 4.227 – e número das terceiras doses – 2.271 –, concluímos que as parcerias fortaleceram as ações de saúde, aumentando a cobertura vacinal significativamente. As terceiras doses aplicadas em 11 de junho de 2005 foram compatíveis à quantidade aplicada entre janeiro e maio do mesmo ano, pela rede pública. A iniciativa que relatamos tornou adolescentes participantes ativos no processo, enfatizando o protagonismo juvenil.

POSTER

## **A investigação epidemiológica da coqueluche em Porto Alegre**

Prefeitura do município de Porto Alegre-RS  
Secretaria Municipal de Saúde  
Equipe de Controle Epidemiológico

Rosana lung Ouriques,  
Maria de Fátima de Bem Rigatti  
e Lisiane Acosta

*E-mail:* [debem@sms.prefpoa.com.br](mailto:debem@sms.prefpoa.com.br)

A infecção pela bactéria *Bordetella pertussis*, causadora da coqueluche, reemerge no mundo em resposta a vários fatores: perda gradual da imunidade adquirida; aumento gradual do número de portadores assintomáticos; seleção natural de variantes resistentes à vacina. A detecção de surtos familiares resultou na divulgação de alerta e no aprimoramento da investigação epidemiológica e laboratorial da coqueluche no município de Porto Alegre-RS, a partir do ano de 2004. O objetivo deste artigo é, ao descrever o perfil dos pacientes cuja investigação epidemiológica confirmou o caso no ano de 2004, chamar a atenção para a necessidade da implantação da vigilância epidemiológica dessa doença, considerada eliminada por muitos profissionais da saúde. Os casos confirmados de coqueluche, registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) são referentes a pacientes residentes em Porto Alegre, cuja data do início dos sintomas ocorreu em 2004. Essa casuística é descrita frente às seguintes variáveis: mês da notificação do caso; critério de confirmação do caso; idade; e condição vacinal do paciente.



# 4

## **Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses**



## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Controle da malária no Pará: avaliação das estratégias na diminuição das ocorrências da doença no estado**

Governo do Estado do Pará  
Secretaria Executiva de Saúde Pública

Elza Alves Pereira, Ana Paula Larêdo Américo  
e Bernardo da Silva Cardoso

*E-mail:* elzzapereira@hotmail.com

A malária ainda constitui um dos maiores problemas de Saúde Pública do Brasil e, muito provavelmente, o de maior magnitude no estado do Pará, apesar de todos os avanços que temos obtido nos últimos anos. Analisando a situação a partir do ano de 1999, observa-se que a notificação da doença (lâminas positivas), desde 1990, sempre esteve nas proximidades de 150 mil ocorrências, aproximando-se dos 250 mil casos absolutos em 1999, e dos 279.303 casos em 2000. O conhecimento do perfil epidemiológico e operacional da doença nos seus municípios levou o estado a pensar em estratégias para um novo processo de trabalho, com a finalidade de interromper a tendência de crescimento nos níveis epidêmicos, que ora se observa. Para tanto, foi elaborado o Plano de Intensificação das Ações de Controle, que permitiu, com o aporte de recursos e o desenvolvimento do trabalho aqui relatado, a realização das seguintes atividades: implantação de estrutura gerencial regional; implantação das gerências municipais; inserção das ações de controle da malária da rede de atenção básica, com dedicação especial às equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); estruturação das atividades de controle seletivo de vetores; implementação plena do Sistema de Informações de Malária (Sismal; Sivep/malária); capacitação de recursos humanos; implantação de equipes de educação em saúde; mobilização comunitária; entre outras. Finalmente, promoveu-se a reorganização conceitual e gerencial dos serviços de saúde para o controle da malária no estado. Conseqüente ao processo de trabalho, a redução do número de casos positivos, em 2004, foi de 61,5% em relação ao ano 2000. O risco de contrair a doença pela



população reduziu-se, mostrando que, se o número de pessoas que habitavam em municípios de alto risco, em 2000, era de 1.850.706 habitantes, em 2004, já era de 695.105 habitantes. A incidência parasitária anual (IPA) do estado reduziu-se, de 46,5 para 16,1 casos por 1 mil habitantes. Houve decréscimo nos casos de malária por *P. falciparum* e as internações diminuíram em 72,7%, no período avaliado, assim como o número de óbitos, cuja redução foi de 82,4%; o coeficiente de letalidade passou de 0,04 para 0,02%. Entretanto, como os fatores que contribuem para a manutenção da transmissão da malária ainda persistem, o desafio permanece; é mister a contínua manutenção das ações, para sustentar os ganhos obtidos e vislumbrar outros que ainda não foram possíveis.

## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Ação multisetorial para o controle da dengue**

Prefeitura Municipal de São Carlos-SP  
Secretaria Municipal de Saúde

Elisete Silva Pedrazzani, Edeltraut Nöthling Zóia  
e Marcelo Henrique de Paula

*E-mails:* sau\_vepi@saocarlos.sp.gov.br  
edel@linkway.com.br  
espedra@terra.com.br

O município de São Carlos-SP realiza, há quatro anos, o Mutirão Cidade Limpa – combate à dengue. O projeto, desenvolvido de forma integrada entre as Secretarias Municipais e unidades da administração indireta, tem por objetivos: remover os criadouros do mosquito transmissor da dengue e entulhos, entre outros, dos imóveis do município; promover a limpeza nas áreas públicas; preservar o meio ambiente; notificar os proprietários de terrenos particulares que necessitam de limpeza, operação tapa-buracos e outros serviços afins; e promover atividades de educação em saúde com os alunos da rede municipal de ensino, simultaneamente. A idéia inicial baseou-se no elevado Índice de infestação larvária (índice de Breteau) do município, registrado em fevereiro de 2002, de 9,63; em alguns bairros, esse índice chegou a 18,42, mostrando uma alta situação de risco. Ao longo dos anos, percebe-se uma significativa redução no índice de infestação larvária, até o valor mínimo de 2,82, alcançado em fevereiro de 2005. O resultado do Mutirão, realizado em conjunto com várias Secretarias, ao mesmo tempo, foi a limpeza e organização de toda a área trabalhada e conseqüente melhoria das condições de vida (ruas sem buraco, terrenos sem mato, guias e sarjetas reparadas, bueiros limpos, entulhos removidos), com a conseqüente redução na infestação, não só do mosquito transmissor da dengue, como dos demais animais inoportunos (baratas, ratos, escorpiões). Entre os avanços sociais, destacamos a mobilização da população, elemento fundamental para o alcance desses resultados, e a evolução do acompanhamento/notificação dos lotes particulares que necessitavam de limpeza: no ano de 2002, 5.913; em 2003, 9.607; em 2004, 11.179; e até março de 2005, foram notificados 8.971 lotes. Aproximadamente 6 mil crianças da rede pública

municipal receberam a cartilha educativa, em cada ano de execução do programa, culminando com a redução significativa do índice de Breteau e dos casos autóctones de dengue em São Carlos (de 21 casos em 2001, para dois casos em 2005). Recomendamos a continuidade do Mutirão Cidade Limpa – combate à dengue, com o envolvimento, cada vez maior, do serviço público e da sociedade civil, visando fortalecer as relações de trabalho e encontrar mecanismos que consolidem a cidadania no município.

## COMUNICAÇÃO ORAL

**Resultados da implantação do Programa de Vigilância de Quirópteros na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG, 2003-2005**

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais  
Superintendência de Epidemiologia

Michael Laurence Zini Lise, Ana Paula Machado Tancredi de Araújo,  
Maria do Carmo de Araújo Ramos, Varlei Antônio de Almeida Gomes,  
Marco Túlio de Oliveira, Ricardo Rodrigues Nascimento, Viginia Seixas  
Santana, Cássia Kataoui Madureira, Cristiana Ferreira Jardim de Miranda  
e Valéria de Melo Rodrigues e Oliveira

*E-mail:* lisemlz@yahoo.com.br

Atualmente, o morcego é o principal transmissor da raiva humana e risco potencial para outras zoonoses. O aumento e a adaptação desses animais em área urbana levou a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais a criar o Programa de Vigilância de Quirópteros, implantado em caráter piloto, pela Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Belo Horizonte-MG, a partir de 2003. O objetivo principal é a vigilância de quirópteros como fator de risco à população. Para a sua viabilização, foram elaborados protocolos de notificação, investigação e encaminhamento ao laboratório, quando da ocorrência de quirópteros em abrigos, achados, adentramentos, agressões. Essas informações foram repassadas a 23 técnicos em quatro cursos. Foram identificados 11 morcegos raivosos, em dois municípios: dez em Belo Horizonte – *Artibeus lituratus* (5), *Histiotus velatus* (1), *Nictinomops laticaudatus* (1), *Cynomops planirostris* (1), *Dasypterus spp* (1), *Myotis chiloensis alter* (1); e um em Contagem-MG – *Artibeus lituratus*. Feito o bloqueio para raiva animal sobre um raio de 500m e vacinados 9.773 animais em 484 quarteirões, desenvolveram-se ações educativas e geoprocessamento das áreas. Foram apreendidos 1.668 cães, nenhum deles raivoso. Os dados foram armazenados e analisados pelo programa Epi Info. Conclui-se que a vigilância de quirópteros em áreas urbanas deve ser intensificada, pois, nas áreas com boa cobertura vacinal canina e população bem-informada, a raiva deixa de ser principal risco à saúde da população.

## POSTER

**Estratégias de controle da malária  
no município de Palmas, Tocantins,  
no período de 2004 a 2005**

Prefeitura Municipal de Palmas-TO  
Secretaria Municipal de Saúde  
Centro de Controle de Zoonoses

Éldi Vendrame Parise

*E-mail:* eldivparise@ibest.com.br

A malária é uma doença que preocupa as autoridades de saúde, principalmente nos estados que fazem parte da Amazônia Legal, onde se concentram 99,5% dos casos do País. O estado do Tocantins faz parte da Amazônia Legal e mantém fronteira com o estado do Pará, de onde provieram, em 2004, 59,78% dos casos importados no município de Palmas-TO. Palmas, além de apresentar clima favorável a proliferação do mosquito, encontra-se em processo acelerado de desenvolvimento – e destruição do *habitat* natural e modificação do ecossistema. Esses fatores, somados ao grande fluxo de pessoas, determinam uma situação de vulnerabilidade e receptividade ao agravo, sobretudo pela constante circulação de portadores ativos e infectantes, deixando o município em estado de risco para malária. A vigilância permanece atuante e as ações, intensificadas a cada ano, como: detecção precoce dos focos; agilidade nas ações profiláticas; fornecimento de diagnóstico rápido e tratamento preciso, para cada tipo de plasmódio; encaminhamento do paciente confirmado para recebimento de prescrição médica adequada (em 2004, 87,23% iniciaram tratamento até 24 horas após a coleta); acompanhamento do paciente, por lâminas de verificação de cura; busca ativa na área do paciente, para detectar possíveis casos suspeitos; tratamento químico residual no foco e até a distância de um raio de 50 metros dele; palestras com agentes escolares e agentes de vigilância ambiental, para atuarem como multiplicadores na divulgação dos cuidados, sintomas e procedimentos a serem adotados diante de um caso suspeito; e em julho, especificamente, intensa atividade educativa nas praias de Palmas e *blitz* na saída do município (entrega de panfletos, viseiras, copinhos de isopor e sacolinhas), alertando sobre a importância do uso de repelente e dos horários

de banho. Com essas medidas, em 2004, Palmas teve uma redução de 50% dos casos autóctones e 12,96% do total geral, contribuindo para que Tocantins também reduzisse, em 33,47%, o número de casos. Precisamos dar continuidade aos trabalhos; os dados mostram que, se agirmos com determinação, selecionando métodos adequados, e se a população estiver consciente, é possível conter a malária: as pessoas deverão diminuir o contato com o vetor e, conseqüentemente, o risco de contrair a doença.

POSTER

**Atividades de informação, educação e comunicação em Saúde: uma estratégia para o controle da dengue**

Prefeitura Municipal de Divinópolis-MG  
Secretaria Municipal de Saúde

Celina Maria Pires dos Santos

*E-mail:* visadivinopolis@ig.com.br

O controle do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, um dos grandes problemas de Saúde Pública da atualidade no País, tem sido um desafio que não depende apenas do setor Saúde, mas da sua interface com outros segmentos; e, principalmente, com a população, por ser um vetor altamente domiciliado. Ainda que a doença venha sendo descrita no Brasil desde 1846, foram detectados focos no município de Divinópolis-MG em 1986, tão-somente. Em 1998, foram confirmados os primeiros casos autóctones da doença, com agravamento nos períodos seguintes. No ano de 2003, o município passou por uma situação crítica, com apresentações hemorrágicas e óbito. Para interrupção do problema, houve a necessidade de medidas rápidas e mais definitivas. O objetivo deste trabalho foi relatar, de maneira sucinta, com dados descritivos, como a Secretaria Municipal de Saúde, trabalhando com atividades de informação, educação e comunicação (IEC), conscientização e mobilização social, com os agentes de saúde e com a população, conseguiu diminuir os índices de infestação e reduzir em 98% o número de casos notificados de dengue, estabelecendo, em Divinópolis, o controle da doença. Também foi analisada a evolução do componente IEC e a sua relação com as diminuições no uso de larvicida/imóvel e a retirada de recipientes inservíveis, alcançando-se um resultado positivo.

POSTER

## **Controle integrado de *Culex quinquefasciatus*, vetor de *Wuchereria bancrofti*, no âmbito do Programa de Saúde Ambiental do Recife-PE, Brasil**

Prefeitura do Recife-PE/Secretaria de Saúde  
Programa de Saúde Ambiental

Sinara Batista da Silva, Ridelane Veiga Acioli,  
Mônica Maria Falcão, Osmar Cavalcanti da Costa Lima,  
João Alves do Nascimento Júnior e Tereza Maciel Lyra

*E-mail:* sinara@recife.pe.gov.br

A filariose bancroftiana representa grave problema de Saúde Pública, especialmente nas Américas. No Brasil, Recife-PE e Maceió-AL são consideradas áreas endêmicas. Inquérito realizado em Recife (1999-2000) apontou áreas com prevalência de microfilaremia de até 10%. O *Culex quinquefasciatus*, único vetor implicado na sua transmissão nas Américas, é também um dos vetores potenciais do *Flaviviridae*, causador da encefalite do Nilo Ocidental, e encontra, nas cidades onde o esgotamento sanitário é deficiente ou inexistente, condições propícias ao seu desenvolvimento e permanência. O Programa de Controle da Filariose Bancroftiana da cidade do Recife contempla ações contra a doença e pelo controle do vetor, associadas a atividades de educação em saúde e mobilização social. No controle do vetor, o objetivo é reduzir o risco de transmissão e o incômodo causado por esse inseto; e sua meta, ter reduzido a densidade para menos de 5 *Culex*/quarto/noite (C/q/n). As ações de controle de *Culex* são desenvolvidas pelos agentes de saúde ambiental (ASA) e agentes operacionais ambientais (AOA), do Programa de Saúde Ambiental (PSA) da Secretaria de Saúde do Recife. Todas as ações ocorrem em parceria com o Programa Saúde da Família (PSF) e outras Secretarias e setores da Prefeitura. A área-piloto do Programa compreende 13 bairros (8,6 km<sup>2</sup>) e teve o início das suas ações em abril de 2002, com a coleta de dados entomológicos, complementado em março de 2003, com o controle vetorial; o segundo grupo de bairros foi incorporado ao Programa em julho de 2004, atendendo 55% do total de bairros; e o terceiro, em julho de 2005, completando 100% da cidade. O contro-



le do vetor é feito com base em ações mecânicas e aplicação de larvicida biológico, à base de *Bacillus sphaericus*. São indicadores de acompanhamento/avaliação:

- 1) cobertura de visitas e de tratamento;
- 2) positividade de criadouros (presença de ovos/larvas/pupas);
- 3) densidade de mosquitos adultos (DA);
- 4) infecção vetorial;
- 5) densidade de larvas e pupas (DLP); e
- 6) monitoramento da susceptibilidade de *Culex* ao Bs. A DA é estabelecida em termos de *Culex*/quarto/noite (C/q/n) (capturas intradomiciliares, mensais, em armadilhas CDC).

Fêmeas de *C. quinquefasciatus* são capturadas para estimativa, por PCR, da infecção vetorial, antes e após o tratamento da população humana local com dietilcarbamazina-DEC. Nos criadouros sentinela avalia-se atividade larvicida e poder residual do larvicida. Testes de susceptibilidade da população local de *C. quinquefasciatus* ao larvicida estão sendo realizados semestralmente. Observa-se forte predominância de fossas e caixas de inspeção/passagem, que, juntas, totalizam >90% dos criadouros registrados na área, também os mais produtivos (até 600 larvas/pupas por concha de 150ml). Foi observada uma redução de 87% no índice de infecção vetorial pela *W. bancrofti*, caindo de 2,12%, no pré-tratamento, para 0,27%, oito meses após o tratamento. Quanto à atividade larvicida, esta é considerada excelente e o poder residual varia com o tipo de criadouro. A DA pré-intervenção foi de 12,6 C/q/n, com registro de até 180,7 C/q/n em uma das estações. Após 18 meses de iniciado o controle, foi registrada redução de 76% na densidade populacional de *Culex* da área, que se manteve, durante seis meses, abaixo de 2 C/q/n. A utilização da BR-OVT, armadilha para seqüestro de ovos de *C. quinquefasciatus*, tem-se mostrado uma ferramenta eficiente na coleta de material biológico para testes de susceptibilidade. Considerando seu potencial de atração de fêmeas de *Culex*, a BR-OVT será utilizada em larga escala, para o recolhimento massivo de ovos do ambiente, na perspectiva de auxiliar na redução da densidade vetorial.

POSTER

## **Programa Estadual de Supervisão e Assessoramento Técnico de Centros de Controle de Zoonoses (CCZ) do Espírito Santo**

Governo do Estado do Espírito Santo/Secretaria de Estado da Saúde  
Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde

Gilton Luiz Almada, Augusto Marchon Zago,  
Francisco Anilton Alves Araújo e Ricardo S. Teixeira Vianna

*E-mail:* giltonalmada@saude.es.gov.br

Os Centros de Controle de Zoonoses (CCZ) no estado do Espírito Santo atendem 57,7% da população. Em 2004, foi implantado o Programa Estadual de Supervisão e Assessoramento Técnico aos CCZ, objetivando melhorar a capacidade administrativa dos seus gerentes. A supervisão é feita pela Secretaria de Estado da Saúde. Foram elaborados formulários de diagnóstico situacional e de supervisão. Após supervisões semestrais, são elaborados relatórios, encaminhados aos gestores municipais. O assessoramento ocorre nos encontros de gerentes (trimestrais) e durante as supervisões. Além das palestras técnicas, são apresentadas experiências inovadoras dos CCZ e discutidos assuntos de relevância da rotina administrativa. Foi formada uma Comissão Estadual para discutir o planejamento estratégico dos CCZ. O primeiro encontro de gerentes de CCZ aconteceu em julho de 2004. Foram feitos outros dois encontros nos municípios de Cachoeiro de Itapemirim e de Colatina, com a participação maciça dos gerentes. A partir desses encontros, foram elaboradas as Normas Técnicas Estaduais referentes à eutanásia, destino de animais mortos, observação domiciliar de animais agressores, apresentações do Programa de Monitoramento de Areias de Áreas Públicas (Vitória-ES), do Programa de Monitoramento de Criptococose em fezes de Pombos (Vitória-ES), a proposta de implantação do Programa de Notificação de Zoonoses pelas Clínicas Veterinárias, além da notificação mensal de todas as ações desenvolvidas pelos CCZ. Dessa maneira, o estado cumpre o seu papel de supervisão e assessoramento técnico desses centros.

POSTER

**Práticas integradas no serviço de saúde: uma experiência para o controle da esquistossomose mansônica em Jaboatão dos Guararapes-PE**

Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes-PE  
Secretaria Municipal de Saúde  
Centro de Vigilância Ambiental

Nara Pedrosa Arruda, Mônica Cristina da Cunha,  
Jane do Carmo Montenegro Pereira,  
Jacyr Salucy Antunes Ferreira e  
Ulisses Tenório Albuquerque Neto

*E-mail:* naraarruda@gmail.com

A esquistossomose mansônica constitui sério problema sanitário no Brasil e o estado de Pernambuco possui áreas endêmicas da doença. No município de Jaboatão dos Guararapes-PE, em 2002, a partir da coproscopia em população residente nos arredores da Lagoa Olho D'Água, verificaram-se altas prevalências da doença; a área é formada por uma população que vive em condições socioeconômicas precárias e possui aspectos ambientais favoráveis à sua transmissão. Em 2005, visando à promoção de ações mais efetivas, o setor de Vigilância Ambiental (VA) da Secretaria Municipal de Saúde reformulou o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), utilizando, como principal instrumento estratégico, a integração da VA com as Equipes do Programa Saúde da Família (PSF). O bairro de Sotave possui cerca de 2.500 habitantes, assistidos por uma equipe do PSF que assume papel essencial para a saúde preventiva da comunidade, haja vista possuir uma percepção sobre os hábitos dos membros do território, além de ser bastante valorizada e ter o seu trabalho reconhecido pela população atendida. A VA e seus agentes, por sua vez, embora realizem ações de prevenção e controle de fatores de riscos de agravos à saúde decorrentes do ambiente no território sob sua responsabilidade, acabam por não estabelecer uma relação de confiança, em razão do caráter itinerante da sua atividade. Para a avaliação dessas ações, utilizaram-se, como parâmetro, os dados do PCE referentes a 2002, quando as ações eram realizadas

sem a participação da equipe do PSF. O estudo foi estruturado em duas etapas. Etapa I, que correspondeu à delimitação da área, diagnóstico dos fatores socioambientais, exame coproscópico em 100% dos residentes e tratamento de portadores; e a Etapa II, de construção da proposta de informação, educação e comunicação (IEC) pelas duas equipes, a partir dos laudos laboratoriais, de forma a reduzir a prevalência da doença mediante o direcionamento de ações específicas para cada faixa etária. A integração das equipes permitiu, em curto espaço de tempo, a busca ativa para diagnóstico e tratamento de portadores de *Schistosoma mansoni* em 1.792 moradores de Sotave; foram identificados e tratados 472 portadores. Também foi possível a troca de experiências entre as equipes e maior percepção dos riscos ambientais presentes na área, antes não observados.

POSTER

**Ocorrência de *Fasciola hepatica* no município de Canutama, estado do Amazonas**

Governo do Estado do Amazonas  
Fundação de Vigilância em Saúde

Bernardino Cláudio de Albuquerque, Adriana Aguiar de Oliveira,  
Adelaide da Silva Nascimento, Tânia Andreza Monteiro dos Santos,  
José Carlos Lopes Vitor, André Galindo da Silva,  
Nilton Ciríaco Pinto Ataíde e Rejane Maria de Souza Alves

*E-mail:* dipre.fvs@saude.am.gov.br

Em abril de 2005, a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM) foi notificada de exame parasitológico que identificou estruturas semelhantes a ovos de *Fasciola hepatica* em fezes humanas de moradores da área urbana do município de Canutama-AM. Confirmado o diagnóstico pelo Laboratório de Saúde Pública do Estado, desenvolveu-se investigação epidemiológica, interinstitucional e multidisciplinar – inquérito populacional, pesquisa de hospedeiro intermediário e de reservatório animal –, coordenada pela FVS/AM, para avaliar a prevalência da parasitose na população e investigar possíveis fatores de risco e identificar hospedeiro intermediário e reservatórios envolvidos na transmissão da doença. O estudo populacional foi do tipo transversal, de amostra sistemática simples de 15% dos domicílios urbanos. Das 732 pessoas entrevistadas, 76,2% tiveram as fezes coletadas para exame parasitológico. Entre os positivos para *Fasciola hepatica*, predominou o sexo feminino (72,7%) e a média de idade de 7,5 anos – mediana de cinco anos (crianças com idade igual ou menor que cinco anos apresentaram 6,63 vezes mais chance de ter um resultado positivo). Sobre os aspectos sanitários, 98,9% da água abastecida pelo sistema público provém de cinco poços artesianos, sem qualquer tratamento, e 50,3% dos entrevistados referiram destino dos dejetos humanos em solo ou fossa negra. Quanto aos hábitos alimentares, apenas 25,2% consomem verduras. Na busca pela definição de quadro clínico, 54,5% não relataram sintomatologia. As fezes de animais e os plânorbídeos coletados foram encaminhados a laboratórios de referência. O caráter

interinstitucional e multidisciplinar do estudo permitiu compreender a inter-relação entre os diferentes ciclos da doença; a próxima etapa da investigação na população humana – caso-controle – aprimorará a investigação de reservatórios e hospedeiro intermediário.



# 5

**Vigilância  
Epidemiológica,  
Prevenção e Controle  
da Tuberculose,  
Hanseníase e Hepatites**





## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Trilhando os caminhos da cura da tuberculose no estado da Paraíba: implantação e configuração da estratégia DOTS entre 1999 e 2003 e sua efetivação de controle em 2004**

Governo do Estado da Paraíba/Secretaria da Saúde do Estado  
Universidade Federal da Paraíba e Organização das Nações Unidas  
para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco)

Dinalva S. de Lima e Nilton S. Formiga

*E-mails:* dinalvina\_saude\_pb@yahoo.com.br  
nsformiga@yahoo.com

A evolução científica permitiu desenvolver perspectivas intervencionistas promotoras da manutenção da saúde humana, acompanhamento das dificuldades da extinção epidêmica, impacto social e econômico na sociedade contemporânea. A tuberculose é um exemplo, atingindo índices alarmantes no mundo, com mais de um milhão de pessoas levadas a óbito por sua causa, principalmente nos países do terceiro mundo. Apesar das condições de atendimento e apoio de profissionais interdisciplinares, vêm-se necessárias novas perspectivas técnicas e de saúde social que permitam à diagnose um modelo organizativo no controle dessa doença (por exemplo, detecção-diagnóstico-tratamento). A implantação da estratégia do tratamento diretamente observada (DOTS) tem sido a resposta. Em 1943, para pacientes acima de 15 anos, de ambos os sexos, identificados por baciloscopia positiva, administrou-se o DOTS durante seis meses. Com a administração dessa estratégia nas pessoas com o bacilo, observou-se: em 1999, 78% de cura; em 2000, 88%; em 2001, 94%; em 2002, 92%; em 2003, 92,8%; e em 2004, até outubro, 89% de curados da doença. Entre abandonos e óbitos, durante todos esses anos, observaram-se apenas 2% do abandono. No adoecer por tuberculose, a estratégia DOTS garante a cura, bem como a efetividade de fatores de proteção para a família do paciente e para a comunidade em geral.

## COMUNICAÇÃO ORAL

**Implantação do Programa de Hepatites Virais na DIR XXII, São José do Rio Preto-SP**

Governo do Estado de São Paulo/Secretaria de Estado da Saúde  
Direção Regional de Saúde XXII, São José do Rio Preto-SP

Margarida Georgina Bassi e Márcia Cristina F. Prado Reina

*E-mail:* margaridabassi@yahoo.com.br

Hepatites virais são consideradas um problema de Saúde Pública enquanto doença de transmissão interhumana. Estabeleceram-se articulações entre as esferas federal, estadual e municipal quanto à necessidade de se organizar e integrar as ações de prevenção e controle da doença, mediante a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, vigilância epidemiológica e sanitária. Essas ações foram regulamentadas pela Portaria MS/GM nº 263, de 6 de fevereiro de 2002. O Programa de Hepatites Virais na DIR XXII iniciou-se em 2002, a partir da discussão das necessidades para a sua implantação nos municípios, considerando-se a capacidade instalada, produção existente da rede e demanda de atendimento, conforme os níveis de complexidade propostos – Nível I, Nível II e Nível III. Para a implantação do Programa, visando à prevenção e controle das hepatites virais, lançou-se mão de levantamentos e análises dos dados de notificação disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e das coberturas vacinais de hepatite B [Avaliação do Programa de Imunizações (API)], além da coleta de informações sobre atividades educativas desenvolvidas pelos municípios. Foram definidas referências e contra-referências para diagnóstico sorológico e biologia molecular, tratamento, pólos de distribuição e aplicação de medicamentos. A proposta de implantação do Programa definiu o atendimento ao suspeito, paciente e comunicante de hepatites virais na rede assistencial e laboratorial de forma sistemática e hierarquizada, necessitando-se ampliar as atividades de imunização para crianças e adolescente.

## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Intensificação na descentralização das ações de eliminação da hanseníase em Aracaju-SE**

Prefeitura Municipal Aracaju-SE  
Secretaria Municipal de Saúde

Marco Aurélio de Oliveira Góes, Tânia Maria dos Santos,  
George César de Oliveira Costa e Maria do Carmo Cruz Campos

*E-mail:* marco.goes@aracaju.se.gov.br

Aracaju, capital do estado de Sergipe, possui uma área de 181,8 km<sup>2</sup> e uma população de 460.898 habitantes (IBGE, 2000). O município é considerado prioritário, pelo Ministério da Saúde, para as ações de eliminação da hanseníase. Aracaju tem cobertura de 80% do Programa Saúde da Família (PSF). A descentralização das ações de hanseníase para as equipes de atenção básica iniciou-se no ano 2000, mas, em muitos momentos, aconteceu apenas a “desconcentração” do atendimento, em lugar da incorporação dessas atividades à rotina das equipes. A grande rotatividade dessas equipes era mais um fator que dificultava a consolidação do processo. Em 2004, foi realizado concurso público para médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem. Após admissão, todos os profissionais passaram por um acolhimento com sensibilização para os vários programas da atenção básica, incluindo ações de vigilância da hanseníase. Em seguida, foi realizada capacitação de Ações Básicas em Hanseníase, para todos os médicos e enfermeiros, repassada aos agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, auxiliares de farmácia e auxiliares administrativos. Também foi promovida a capacitação dos assistentes sociais, responsáveis pela inserção entre os outros profissionais, nas reuniões dos conselhos locais de saúde, do tema Hanseníase. Logo, as equipes realizaram um mutirão para exame de contactantes dos pacientes no registro ativo. A avaliação do resultado dessas intervenções foi desenvolvida a partir da análise, pelo programa Tabwin, dos dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) referentes aos primeiros quadrimestres de 2000 a 2005. Verificamos, em 2005, incremento na busca ati-

va dos casos pela atenção básica (incremento de 53%), que diagnosticou 60% dos casos. Além do aumento da detecção de casos, houve, também, melhoria na avaliação do grau de incapacidade: nos últimos dois anos, 96% dos casos detectados tiveram o grau de incapacidade avaliado. A incorporação das ações de eliminação da hanseníase às atividades das equipes de saúde deve ser fruto de um trabalho contínuo e consolidado, para que não dependa apenas de um profissional sensibilizado, e sim de toda a equipe. Atividades de educação continuada e mobilização social garantem a sustentabilidade dessas ações.

POSTER

## **DOTS: Tuberculose no município de Caucaia-CE – redução da taxa de abandono após implantação**

Governo do Estado do Ceará/Secretaria da Saúde  
2ª Célula Regional de Saúde

Valderina Ramos Freire, Neyard Lourival Abreu Cavalcante,  
Luiza de Marillac Barros Rocha e Sônia Regina Miranda da Mota

*E-mail:* caucaia@saude.ce.gov.br

No município de Caucaia-CE, a tuberculose persiste como importante problema de Saúde Pública, também prioritário para o Ministério da Saúde. O município registra, anualmente, cerca de 188 casos novos, uma incidência de 67,9% de todas as formas; e 48,4% de bacilíferos, acima da incidência do estado do Ceará no ano de 2003, de 50% e 30%, respectivamente. A taxa de abandono de tratamento antes da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado – ou supervisionado – (DOTS) era, em média, de 19,05% a 14,95%. A Microrregional de Saúde sediada em Caucaia, preocupada com esse grave problema, resolveu, junto com a administração do município, implantar o tratamento diretamente supervisionado, comprovadamente exitoso na sua implantação em vários países do mundo, como a melhor estratégia para o controle da doença. O DOTS, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma das intervenções em quimioterapia mais eficazes para a Saúde Pública, contribuindo, substancialmente, para o controle da tuberculose resistente, preocupação maior dos órgãos de saúde na atualidade. O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados da implantação do DOTS sobre os índices de abandono de tratamento nos períodos anterior (1995 a 1999) e posterior à adição da estratégia (2000 a 2003). Para tanto, consultaram-se os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no banco da Microrregional de Saúde e no município, nos períodos referidos. O DOTS está implantado em 41 unidades básicas de saúde, representando 91,11% de pacientes assistidos com essa estratégia. A taxa de abandono de tratamento auto-administrado (TAA) era de 19,05% (20) em 1995, 12,05% (10) em 1996, 13% (13) em

1997, 13,9% (15) em 1998 e 14,97% (22) em 1999. Após a implantação do tratamento diretamente supervisionado, essas taxas decresceram para 8,08% (08) em 2000, 6,4% (08) em 2001, 5,37% (08) em 2002 e 4,17% (05) em 2003. A implantação do DOTS resultou na seguinte redução da taxa de abandono do tratamento por pacientes: 27,85% de decréscimo, verificado em 2003, em relação à análise do último ano de TAA (1999). A OMS afirma que o DOTS é o procedimento efetivo para impedir a propagação da tuberculose multiresistente, diminuir a mortalidade, aumentar os índices de cura e reduzir a taxa de abandono. Considera-se o DOTS, portanto, a base fundamental para o controle da tuberculose.

POSTER

## **Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase: uma ação bem-sucedida**

Prefeitura Municipal de Araguaína-TO  
Secretaria Municipal de Saúde

Chrissandra Rebouças de Souza

*E-mail:* chrisreboucas@uol.com.br

A hanseníase caracteriza-se como relevante problema de Saúde Pública no país. O Ministério da Saúde assumiu o compromisso de eliminá-la até o ano de 2005, o que significa alcançar um coeficiente de prevalência de menos de um doente para cada 10 mil habitantes. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Brasil apresenta um coeficiente de prevalência de 1,71/10 mil habitantes. No estado do Tocantins, na Região Norte, entre os seus municípios mais endêmicos para a doença destaca-se Araguaína, com 122.250 habitantes, clima tropical úmido e temperatura média anual de 32°C. O município é considerado, atualmente, um importante pólo na área da Saúde, tanto para Tocantins como para os seus estados vizinhos, Maranhão e Pará. Atendendo ao preconizado pelo Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, do Ministério da Saúde, que enfatiza a necessidade de descentralizá-lo, da referência para a atenção básica, definimos tal disposição como ação prioritária e identificamos alguns problemas, como a baixa detecção de casos de hanseníase, seguida de alta prevalência e insuficiente cobertura de ações de controle pelas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). O objetivo deste trabalho foi relatar que, após a realização da campanha do município de eliminação da hanseníase, descentralizamos o diagnóstico e o tratamento do hospital de referência para as 18 unidades de saúde municipais – 17 delas contando com equipes do PACS/PSF; e uma policlínica –, e aumentamos a taxa de detecção, quando foram descobertos mais de 80 casos. O índice de abandono, que era 30%, reduziu-se para 2%, e o índice de cura, que era 50%, aumentou para 98%. Foram capacitados cerca de 580 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem,



odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, médicos veterinários, assistentes sociais, etc. O alcance da meta preconizada pelo Ministério requer o esforço conjunto dos setores público e privado, de modo a superar fatores que dificultam uma ação decisiva sobre a doença, como diagnóstico e tratamento tardios dos pacientes, responsável por deformidades físicas às vezes irreversíveis, mesmo após a cura da doença.

POSTER

## **Orientação sobre biossegurança em salões de manicure**

Prefeitura da Estância de Atibaia-SP  
Secretaria Municipal de Saúde  
Divisão de Vigilância Epidemiológica

Carlos Valentino Valtingojer, Sônia Guedes,  
Rita de Cássia Faria Bergo e Flávia Alves Ferreira Rossini

*E-mail:* veatibaia@ig.com.br

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), 2 bilhões de pessoas foram contaminadas pelo vírus da hepatite B (VHB). Dessas, 400 milhões evoluíram para doença crônica. O vírus da hepatite C (VHC) está distribuído pelo mundo em larga escala; atinge cerca de 170 milhões de pessoas, sendo 2 milhões no Brasil. Os técnicos do Departamento Municipal de Vigilância em Saúde perceberam a necessidade de orientar os profissionais dos salões de beleza sobre os cuidados com instrumentais e o risco de transmissão de hepatites virais. Por não ter sido encontrado material direcionado a esses profissionais, pensou-se na elaboração de manual para ser distribuído entre eles. Constituíram fontes de consulta a legislação sanitária vigente, Internet e outros documentos técnicos. As etapas do processo, por ordem de seqüência, foram: busca nas fontes de consulta; ordenação do material; digitação do texto; revisão; preparação para a gráfica; impressão; entrega do manual nas vistorias sanitárias ou no departamento de renovação do alvará de funcionamento. O manual procura normatizar e padronizar condutas de biossegurança em serviços de manicure, pedicure, podologia, barbearias e cabeleireiros. As limitações apontadas foram o uso excessivo de termos técnicos e o enfoque maior sobre quadros sintomáticos das hepatites, que levaram aos autores a discutir uma revisão do manual, seu conteúdo e linguagem, com o objetivo de torná-lo mais apropriado ao seu público-alvo.



# 6

## **Aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde**



## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): qualificação das causas externas por acidentes de trânsito a partir da integração dos bancos de dados do SIM e da Empresa Pública de Transportes e Circulação (EPTC), Porto Alegre**

Prefeitura do município de Porto Alegre-RS  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde  
Sistema de Informação sobre Mortalidade  
Empresa Pública de Transportes e Circulação

Ana Sant'Anna, Denise Aerts, Rita Jobim,  
Patrícia Vieira, Eugênio Lisboa e Gilmar Cardoso

*E-mail:* anas@sms.prefpoa.com.br

As causas externas (CE) vêm-se constituindo em uma das principais causas de óbito no Brasil e nas suas grandes capitais. Apesar dos esforços na qualificação dos dados registrados nas declarações de óbito, no que tange aos acidentes de trânsito, não se identificam as circunstâncias do acidente, o tipo de veículo e a situação da vítima: pedestre, condutor ou passageiro. Entretanto, a parceria intersetorial com a Empresa Pública de Transportes e Circulação (EPTC), órgão gestor do trânsito em Porto Alegre-RS, possibilitou o resgate desses dados. Em 2003, a EPTC iniciou o repasse mensal de dados das vítimas fatais do sistema viário de Porto Alegre, por via eletrônica, à Secretaria Municipal de Saúde. Os resultados mostraram que, até 2002, a média da proporção de “acidentes de trânsito não especificados” (V89) era de 51,6%. A partir do ano de 2003, houve um decréscimo significativo dessa classificação, possibilitando identificar as situações das vítimas fatais por acidentes de trânsito. Em relação aos pedestres traumatizados, também houve melhora na informação, com identificação dos veículos envolvidos nos acidentes e local de ocorrência. Essa qualificação permitiu verificar o aumento da proporção dos atropelamentos nos anos de 2003 e 2004 (39%), e, principalmente, de outros acidentes de transporte (39,2%), onde foi possível especificar a condição da vítima

e o veículo envolvido no acidente. Os óbitos por acidentes de trânsito não-especificados em 2003 e 2004 (média de 22%) são referentes às ocorrências fora do sistema viário da cidade. Os resultados obtidos reforçam a importância do estabelecimento de ações intersetoriais, que têm início na identificação conjunta de situações, consideradas como “problemas”, e avançam no planejamento integrado de intervenções de promoção da qualidade de vida.

## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Resultados do Serviço de Epidemiologia Hospitalar do Hospital de Clínicas da UFPR, após um ano de sua implantação**

Universidade Federal do Paraná  
Hospital de Clínicas e  
Departamento de Saúde Comunitária

Suzana D. Moreira, Rosa Helena S. e Souza,  
Ana Valeska, Denise S. Carvalho, Sueli Silva,  
Mônica K. Fernandes e Luís H. Prudêncio

*E-mails:* epidemio@hc.ufpr.br  
sumoreira@brturbo.com.br

Em agosto de 2003, deu-se início à estruturação do Serviço de Epidemiologia Hospitalar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), dividido em quatro núcleos de atuação: Núcleo de Agravos de Notificação Compulsória (Nanc); Núcleo de Registro Hospitalar de Câncer; Núcleo de Estatísticas Vitais; e Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Área Hospitalar. A rotina do serviço relativa ao Nanc caracteriza-se pelo levantamento diário de relatórios de internamentos, ambulatório, farmácia e laboratório, repasse das notificações para a SMS – diariamente – e digitação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). No ano de 2004, foram notificados 2.479 casos; em 2003, foram 1.096. Considerando-se o banco de dados da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, foram notificados pelo HC, em 2003, 1.057 casos; e em 2004; 1.415. Em 2004 implantamos o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e a realização de busca ativa por resultados de anatomia patológica, listagens informatizadas pelo CID oncológico, Apac de quimioterapia, necropsias e laudos de tomografia – ano base de diagnóstico, 2003. O RHC investigou 1.029 prontuários e efetuou 883 registros, de 2003 até o momento deste estudo. Na mortalidade hospitalar, foram avaliadas as declarações de óbito (DO) de mulheres em idade fértil, mortalidade infantil, doenças de notificação compulsória, câncer e dificuldades de preenchimento ina-



dequado da DO; então, foram repassadas as correções necessárias à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Foram avaliados 1.397 óbitos de 2004. Entre as 122 mulheres de idade fértil, foram captados sete óbitos maternos. As DNC foram causa mortis em 108 casos (7,7%); e o câncer, em 321 (23%). O Serviço de Epidemiologia Hospitalar do HC/UFPR sedia o Projeto de Extensão Universitária, que, em 2004, contou com a participação de quatro alunos e um voluntário, e dispôs duas bolsas-trabalho e três monografias, em 2004. Em 2005, o mesmo Projeto teve cinco alunos, três voluntários e uma monitora, e dispôs duas bolsas-trabalho e duas monografias. Também em 2005, os acadêmicos do 6º ano iniciaram, em janeiro, estágio obrigatório de duas semanas. As atividades realizadas pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar do HC/UFPR têm apresentado reflexos importantes no monitoramento das doenças de interesse, na consecução do RHC, na avaliação da mortalidade e na formação do profissional de saúde, observando-se melhoria no número de notificações registradas no Hospital, como também na qualidade das informações obtidas.

## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Redução da proporção de óbitos por causas mal-definidas no SIM: estratégias desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do Recife**

Prefeitura do Recife-PE/Secretaria de Saúde

Conceição Oliveira, Maria J.B. Guimarães, Sony Santos,  
Tereza Lyra, Nara Melo, Patrícia Carvalho, Cristiane Ratis  
e Erlândia Oliveira

*E-mail:* dievs@recife.pe.gov.br

A proporção de óbitos por causas mal-definidas (CMD) é um marcador da qualidade do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Este relato tem por objetivo descrever as estratégias utilizadas pela Secretaria de Saúde do Recife para redução desse indicador, tendo como marco a municipalização do SIM. Desenvolveram-se três linhas de ação: capacitação de pessoal; incentivo à captação sistemática de dados ignorados nas declarações de óbito (DO); e análise da coerência dos bancos. As principais estratégias adotadas foram: articulação com a Corregedoria de Justiça e cartórios de registro civil; garantia da coleta diária das DO; resgate de dados e investigação de causas de morte; integração do SIM com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); e capacitação para o uso da DO e investigação de CMD. A proporção de óbitos por CMD, no período 1984-1993 (SIM operacionalizado pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco), aponta tendência crescente (média anual=2,77%), maior percentual em 1992 (6,31%) e menor em 1988 (1,76%). No período 1994-2004, o percentual de CMD apresenta valores decrescentes (média anual=1,57%), passando de 4,16% (1994) a 0,89% (2004). A inversão do comportamento da proporção de óbitos por CMD no Recife reflete o conjunto de estratégias bem-sucedidas adotadas após a municipalização do SIM, em 1994.

## POSTER

**Avaliação da subnotificação ao Sinan de casos de tuberculose confirmados pelo Laboratório Central de Saúde Pública do município de Campo Grande-MS, no ano de 2003**

Governo do Estado de Mato Grosso do Sul  
Secretaria de Estado de Saúde

Marli Marques

*E-mail:* marlale@terra.com.br

A incidência da tuberculose no município de Campo Grande-MS, nos últimos seis anos, manteve-se estável; as taxas de detecção oscilaram entre 69% e 98%. Tal comportamento pode não refletir a realidade, na medida em que está diretamente vinculado à busca e registro de casos no sistema informatizado. Foi realizado o confronto entre os casos confirmados de tuberculose pelo Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (Lacen/MS), os dados dos Livros de Registro de Controle da Tuberculose (LRCTB), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), todos referentes ao ano de 2003, em Campo Grande. Dos 133 casos confirmados pelo Lacen/MS, 45 (33,8%) não foram encontrados nos LRCTB; e 84 (63,1%) não foram encontrados no Sinan. Dos 45 desconhecidos pelos serviços, cinco (11,1%) foram identificados no SIM, sem menção à tuberculose como causa da morte. Após investigação, constatou-se um óbito por tuberculose como causa direta e quatro como causas antecedentes. O processo descrito resultou no resgate, para o Sinan, de 62% desses casos, e para o SIM, de 10% dos óbitos, representando 13% de incremento nas notificações gerais. Diante dessas evidências, a Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose (CE-PCT) passou a adotar, como rotina, o repasse mensal, ao município, da listagem de exames confirmados pelo Lacen/MS; e o monitoramento a inclusão desses casos no Sinan. Foi proposta, igualmente, a revisão da rotina de atendimento e do fluxo de informação do PCT.

POSTER

## **Avaliação da cobertura do Sinasc no DF em 2004**

Governo do Distrito Federal/Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Vigilância em Saúde  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Dalva Nagamine Motta, Luiz Augusto Copati Souza  
e Eneida Fernandes Bernardes

*E-mail:* sis-df@saude.df.gov.br

O registro de informações relativas aos partos e aos recém-nascidos é realizado em diversos setores, nos hospitais, o que sugere rigor no seu controle. A observação de redução do número mensal de nascimentos ocorridos em 2004, contudo, propiciou a formulação da hipótese de subnotificação no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc). Para recuperação de declaração de nascido vivo (DNV), realizou-se investigação nos livros dos centros obstétricos e nos livros das salas de situação em saúde do HRC, HRT, HRAS, HRG, HRBz e HRPa (hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal), e nos Hospitais Santa Lúcia e Santa Luzia (privados). Essas unidades são responsáveis por 63% dos nascimentos do DF. Aumentou-se a captação de nascidos vivos em 2,4%, ou seja, foram localizadas 1.291 DNV. No HRC (Hospital Regional de Ceilândia), a mudança do fluxo de documentos no hospital e a falta de manutenção dos computadores fizeram com que 849 DNV não fossem cadastradas no Sinasc. No HRAS (Hospital Regional da Asa Sul), 238 DNV estavam fora do Sinasc porque as vias brancas (da DNV) haviam sido arquivadas no prontuário da mãe e havia dificuldades na operação do sistema. Foram recuperadas mais 204 DNV no HRT (Hospital Regional de Taguatinga), HRBz (Hospital Regional de Brazlândia), HRG (Hospital Regional do Gama) e HRPa (Hospital Regional de Paranoá). Nos dois hospitais particulares, confirmou-se que todos os nascidos vivos se encontravam no Sinasc. Evidenciou-se a necessidade de conscientização e treinamento dos profissionais de saúde quanto à importância das DNV e do Sinasc, execução de ajustes no fluxo de informação e intensificação na supervisão das atividades inerentes ao sistema.

POSTER

**Organização da vigilância em saúde  
em um hospital geral público: a experiência  
do Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ)**

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro-RJ  
Secretaria Municipal de Saúde  
Núcleo de Programação e Epidemiologia  
Hospital Municipal Lourenço Jorge

Mayumi D. Wakimoto, Marina B. Azevedo,  
Rosária V. Vommaro, Júlia E. Dornas  
e Andrey M. Cardoso

*E-mails:* mayumidw@yahoo.com.br  
epidemiohmlj@rio.rj.gov.br

O Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), pertencente à rede de saúde do município do Rio de Janeiro, funciona como referência para atendimento de emergência e constitui importante porta de entrada de agravos de vigilância, sobretudo pelo momento oportuno para a sua identificação. Representa um elo fundamental no sistema de vigilância local, ao captar casos a serem investigados pela rede básica e propiciar a adoção de medidas de controle. A vinculação direta do Núcleo de Programação e Epidemiologia (NPE) à direção do HMJL garantiu a autonomia necessária para a construção de um espectro ampliado de atividades no ambiente hospitalar: vigilância de agravos de notificação; atendimento e prevenção de acidentes com material biológico e promoção da biossegurança; imunização; análise e acompanhamento de óbitos e dos indicadores gerenciais; e diagnóstico e avaliação em saúde. Este trabalho pretende descrever as ações realizadas pelo NPE/HMLJ e os resultados alcançados, mediante avaliação do seu processo de trabalho e da análise das bases de dados oficiais e próprias do Núcleo. No campo da vigilância, destaca-se a elevada sensibilidade para captação de agravos subnotificados, decorrente das seguintes estratégias implantadas: (1) busca ativa nos boletins de atendimento; (2) atuação integrada aos profissionais da assistência; (3) vigilância sentinela para influenza, desde 2001 (86 casos com isolamento viral), e para dengue, desde 2003; (4) organização de pólos de aten-

dimento de (a) profilaxia anti-rábica, resultando em queda de 70% no abandono de tratamento (1997 – 58%; 2004 – 17,4%), (b) acidentes com material biológico, resultando em estabilização do número de acidentes na unidade, apesar da rotatividade de profissionais, sendo observado incremento de 33,7% de profissionais acidentados com esquema vacinal completo para hepatite B, e (c) acidentes com animais peçonhentos, respondendo por 70% das notificações do município; (5) vigilância/assistência a agravos em períodos epidêmicos (sarampo – 208 casos em 1997; dengue – 16.769 casos em 2002). No campo da avaliação e gestão hospitalar, destaca-se a implementação de mudanças gerenciais (modificação do número de leitos hospitalares, queda no tempo médio de permanência no hospital, redução da proporção de causas de óbito mal-definidas) a partir das seguintes estratégias: (1) análise sistemática do censo hospitalar e construção de indicadores para vigilância da qualidade da atenção; e (2) monitoramento e revisão dos óbitos. A implantação e consolidação do NPE/HMLJ tiveram como base o trabalho de uma equipe de profissionais capacitados e motivados, a integração entre os diversos setores envolvidos e o compromisso com a disseminação da informação para o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde.

## POSTER

**Sinan e interfaces: revisão de estratégias na prática da equipe estadual**

Governo do Estado de Alagoas/Secretaria Executiva de Saúde

Denise Leão Ciríaco e Dayse Mércia Cavalcante de Oliveira

*E-mail:* denise.leao@saude.al.gov.br

O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), ao longo destes seis anos, mantém uma equipe estadual que gerencia e dá suporte aos técnicos, tanto do nível estadual como municipal. As rotinas são revistas anualmente, como mínimo, para atender as diferentes demandas; entretanto, a rotatividade de pessoal e as dificuldades no trato da informatização exigem um apoio rotineiro aos técnicos para lidar com os dados, criando o vínculo necessário com a vigilância na construção de uma informação fidedigna e que seja capaz de subsidiar intervenções. Este ano, adotou-se um formulário para encaminhamento das fichas aos municípios de residência dos casos notificados por outro município. Nessas rotinas, são utilizados os aplicativos Tabwin, exportador – Sinan –, Excel e Epi-Info. Resultados já têm sido observados, como o maior envolvimento no acompanhamento, melhor qualidade dos dados e aumento do encerramento oportuno dos agravos agudos de 53,8% em 2001 para 73,9% em 2004. Os casos atendidos fora dos seus municípios têm correspondido a uma média mensal de 5,5% dos agravos agudos, os quais são identificados e encaminhados às áreas técnicas para avaliação e fluxo de retorno. O cruzamento entre as bases de dados do SIM e do Sinan para os agravos de notificação compulsória no ano de 2005 levou à identificação de 56 casos que não constavam na base do Sinan. Para que esse sistema se transforme em ferramenta efetiva na realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, faz-se necessária uma sistematização e revisão contínua de estratégias que garantam a qualidade dos dados, pelas três esferas de governo. A adoção dessas rotinas não necessita de aplicativos sofisticados; antes de tudo, é mister a integração, envolvimento e compromisso com a qualidade da informação, que possibilitará o planejamento da saúde, com definição de prioridades de intervenção, e a avaliação do impacto das ações adotadas pela vigilância epidemiológica.

POSTER

## **Integração dos bancos de dados do SIM e do Sinan: a contribuição da vigilância dos óbitos relacionados às doenças de notificação compulsória no município do Recife**

Prefeitura do Recife-PE/Secretaria de Saúde

Conceição Oliveira, Luiz Cláudio S. Oliveira,  
Maria J.B. Guimarães e Tereza Lyra

*E-mail:* dievs@recife.pe.gov.br

A integração de sistemas de informação em saúde permite a construção de indicadores mais confiáveis no nível local. No Recife, capital do estado de Pernambuco, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) funciona como fonte notificadora complementar do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan). Toda declaração de óbito (DO) com doença de notificação compulsória (DNC) declarada ou suspeita é notificada ao setor de vigilância epidemiológica (VE), para investigação e incorporação ao Sinan dos casos desconhecidos e para melhoria das causas do óbito no SIM. Visando ao aprimoramento da vigilância dos óbitos por DNC e a integração dos bancos de dados do SIM e do Sinan, foram construídos um instrumento de coleta de dados e um questionário eletrônico (com base no aplicativo Epi-Info) para relacionar os registros do SIM e do Sinan de forma unívoca. Em 2003, foram notificados 477 óbitos de residentes no Recife com DNC declarada ou suspeita, dos quais 34,0% eram desconhecidos do Sinan. As investigações da VE confirmaram 89,3% das DNC notificadas e identificaram 23 casos subinformados nas DO, que, em conjunto com as DNC descartadas pelas investigações, geraram alterações da causa básica do óbito em 14,8% dos óbitos notificados. A estratégia de integração dos dois sistemas de informação contribuiu para a melhoria da cobertura e a qualidade dos dados, ao produzir informações mais precisas sobre a situação de saúde e, assim, subsidiar a gestão e o controle social.



POSTER

## **Avaliação dos sistemas de informações da vigilância epidemiológica do município de Esperança-PB**

Prefeitura Municipal de Esperança-PB  
Secretaria Municipal de Saúde

Patrícia Bezerra Teotônio

*E-mail:* patriciateotonio@ig.com.br

O município de Esperança, no estado da Paraíba, está habilitado à gestão plena de sistema municipal de saúde. Esperança-PB os demais municípios que estão se habilitando e se organizando para viverem a integralidade, equidade e universalidade – princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – sentem a responsabilidade de gerir seus recursos, mesmo contando com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) e as leis de números 8.080 e 8.142 que os orientam nesse processo de organização. Necessitam, também, dispor de dados e informações que permitam o delineamento da situação de saúde local, para priorizar ações e atender, de forma equânime, as demandas da sua população. O sistema de informações da vigilância epidemiológica, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) fornecem informações que, mediante a construção de indicadores, favorecem o conhecimento da situação de saúde do município. O objetivo deste trabalho foi avaliar o sistema de informações da vigilância epidemiológica da cidade de Esperança-PB, por meio de indicadores específicos para cada sistema, mensurar o grau de qualidade das informações e avaliar os resultados encontrados no período de 2002 a 2003.

POSTER

## **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): integração e qualificação dos Sistemas de Informação, Porto Alegre-RS**

Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS  
Secretaria Municipal de Saúde

Rita Jobim, Denise Aerts, Ana Sant'Anna,  
Patrícia Vieira e Eugênio Lisboa

*E-mail:* rdjobim@terra.com.br

Até o ano de 2004, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) qualificava os dados contidos nas declarações de óbito (DO), por meio de revisões dos prontuários ambulatorial, hospitalar e do Departamento de Medicina Legal (DML), de entrevistas com o médico assistente e de pesquisa junto aos seguintes sistemas de informação: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan); e da Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC). No primeiro semestre do ano de 2005, a equipe teve acesso ao banco de dados da Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde [Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)], o que permitiu conhecer a CID – classificação internacional de doenças – nas internações hospitalares que precederam o óbito. Essa informação mostrou-se bastante útil na qualificação da causa básica do óbito (campo 49, parte I) e das co-morbidades que contribuem para o óbito (campo 49, parte II), como também para os grupos de campos relacionados à identificação, óbito fetal, óbito em mulheres em idade fértil e assistência médica. Essa nova estratégia diminuiu o número de DO encaminhadas para revisão em prontuário. O objetivo deste estudo foi apresentar o processo de trabalho de qualificação dos dados do SIM utilizando, como estratégia, a integração dos diferentes sistemas de informação disponíveis e os principais resultados alcançados.

POSTER

**A importância do nível hospitalar no aprimoramento da vigilância epidemiológica: o caso do Hospital dos Servidores do Estado/MS/RJ (HSE)**

Ministério da Saúde  
Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro-RJ

Cláudia Caminha Escosteguy,  
Roberto de Andrade Medronho  
e Ricardo Campos Cerqueira Braga

*E-mail:* cescosteguy@hse.rj.saude.gov.br

Este estudo relata uma das experiências nacionais pioneiras em epidemiologia hospitalar: o Serviço de Epidemiologia/HSE, que serviu de base para a criação dos núcleos de vigilância epidemiológica (VE) dos hospitais municipais e estaduais do Rio de Janeiro. O serviço integra ações de VE, educação continuada, treinamento em serviço, pesquisa clínico-epidemiológica e avaliação dos serviços desde 1986; e participa da rede nacional de VE, utilizando dois sistemas de informações, o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) e um sistema local baseado no aplicativo Epi-Info. De 1990 a 2004, foram notificados 22.833 casos, a maioria por busca ativa. Análises sistemáticas a partir do Sinan, que avaliam a qualidade da informação, o perfil dos agravos e a qualidade da assistência, são divulgadas periodicamente. A rotina de VE está plenamente estruturada, sendo, atualmente, objeto de reavaliação; o Serviço foi indicado como Hospital de Referência de Nível II, dentro do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. Enfatiza-se que a integração dos vários níveis agiliza as atividades clássicas de controle das doenças de notificação compulsória e fornece instrumentos de avaliação da qualidade. O Sinan tem sido uma ferramenta útil no nível local, para avaliação de serviços, sobretudo para agravos como meningites, tuberculose e sífilis congênita. As informações por ele geradas têm sido discutidas com os serviços de assistência aos agravos e têm orientado a tomada de decisão gerencial, no sentido de corrigir eventuais distorções do processo de assistência.

POSTER

## **Análise do processo de implantação da vigilância dos óbitos hospitalares pelo Núcleo Central de Vigilância Hospitalar nas Unidades da Rede SES/RJ**

Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Núcleo Central de Vigilância Hospitalar

Claudia Beltri Alves e Patrícia Schettert

*E-mails:* cbeltri@ig.com.br  
nvh@saude.rj.gov.br

O conhecimento do padrão de mortalidade hospitalar é um importante indicador da qualidade da assistência, embora possa estar relacionado ao perfil da unidade hospitalar, bem como à gravidade dos casos tratados. Com o advento da Resolução SES/RJ nº 1.834, de 3 de julho de 2002, que instituiu os Núcleos de Vigilância Hospitalar (NVH) nas unidades da rede própria da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), a Comissão de Análise de Óbito (CAO) passou a integrar o NVH, juntamente com as comissões de vigilância epidemiológica, revisão de prontuário e controle de infecção hospitalar. A partir de então, o NVH, por intermédio da CAO, implantou a vigilância da mortalidade hospitalar com o objetivo de monitorar a mortalidade institucional, adotando indicadores específicos como a mortalidade por causa mal-definida – que aponta, também, para a qualidade do preenchimento das declarações de óbito (DO). Os Hospitais da rede SES/RJ situam-se em municípios que não possuem serviço de verificação de óbito, dificultando a classificação desses. Nesse sentido, a CAO, por meio da investigação, busca identificar as condições relacionadas ao óbito. O objetivo deste estudo foi descrever o processo e avaliar a implantação da Vigilância dos Óbitos em onze unidades hospitalares da rede SES/RJ, comparando dados de mortalidade por causa mal-definida no período de 2002 a 2004, utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) como fonte de dados.



# 7

## **Vigilância de Agravos e Doenças não Transmissíveis e Promoção da Saúde**



## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Idosos e cuidadores – uma relação delicada**

Prefeitura Municipal de Amparo-SP  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade de Saúde da Família de Arcadas

Maria Adelaide Pinheiro Lima, Eliana Rocha de Lima  
e Equipe do Programa Saúde da Família

*E-mail:* adelaidelima@uol.com.br

O trabalho desenvolvido pela unidade de Saúde da Família do Distrito de Arcadas, município de Amparo-SP, surgiu da pouca resolubilidade das ações preventivas e de proteção à saúde, pautadas nas práticas tradicionais, considerando-se que o objetivo maior do ato de cuidar é melhorar a autonomia, convivência social e preservar ao máximo a cognição na população. Tais ações não contribuíam para que os cuidadores e a comunidade se sentissem sujeito de mudanças no processo de melhoria da qualidade de vida; no caso particular deste estudo, da qualidade de vida da população idosa. A visão predominante de que o idoso é inútil foi o nosso grande obstáculo. De posse de nossa população de idosos, levantamos todos os indivíduos em situação de maior risco, como também todas as dificuldades dos cuidadores. Traçamos três estratégias: (1) capacitação de cuidadores dos idosos; (2) estímulo da comunidade para refletir e repensar a importância e o papel do idoso na sociedade atual; e (3) mobilização das instituições no sentido de discutirem sobre a melhoria dos espaços coletivos para os idosos. Utilizamos métodos de trabalho educativo que priorizavam a participação ativa dos cuidadores em debates, ou colocando-os no papel de idoso, em dramatizações/simulações da sua rotina. Essas intervenções, em 2004, zeraram os casos de violência física, a adesão do cuidador ao tratamento subiu 92% e a autonomia do idoso no domicílio, com redução de riscos, elevou-se em 86% – resultados analisados de amostra de 20% da população idosa acompanhada.



## COMUNICAÇÃO ORAL

**O processo de municipalização do registro de câncer de base populacional: a experiência do Recife-PE**

Prefeitura do Recife-PE/Secretaria de Saúde  
Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde

Cláudia Cristina Lima de Castro, Ana Antunes F. Lima,  
Maria José B. Guimarães, Denise Santos de Oliveira  
e Tereza Maciel Lyra

*E-mail:* dievs@recife.pe.gov.br

Em janeiro de 2003, a Secretaria de Saúde do Recife, estado de Pernambuco passou a operacionalizar o registro de câncer de base populacional, anteriormente operacionalizado pela Secretaria de Saúde do Estado, tendo como objetivo aumentar a sua cobertura e qualidade do serviço no âmbito do município. Para tanto, buscou implantar o sistema de informação de base populacional e identificar possíveis unidades notificantes de câncer localizadas no Recife. A coleta de dados, referente ao ano de 2002, foi iniciada em março de 2003, após contratação e treinamento de recursos humanos. Antes da municipalização do registro de câncer, existiam dez fontes ativas de coleta. Após a municipalização, o número de fontes passou para 19, havendo um incremento de 90%. Além do aumento de fontes, ocorreu, também, implementação da cobertura de algumas fontes anteriormente existentes, sendo incluídos setores em três fontes que, até então, não participavam da coleta. Outra rotina incorporada foi a introdução do endereço completo na ficha de coleta, para permitir a espacialização dos casos residentes no município. Para garantir a localização exata do bairro de residência, passou-se a validar os endereços, realizando-se revisão dos bairros de residência mediante a utilização dos cadastros oficiais de logradouros da cidade. O maior e mais importante avanço realizado, após o processo de municipalização, está sendo a construção de um programa de informática que: 1) lê o banco de dados do Sistema de Base Populacional (Base Pop); 2) realiza todas as funções da Base Pop (entrada de dados, crítica, validação, cruzamento entre variáveis); 3) realiza a identificação precisa de duplicidades do dado no momento de entrada; e 4) permite a saída de relatórios

parciais. Essas funções são de fundamental importância para o serviço, no sentido de agilizar a conclusão dos bancos de dados e a análise de dados. Esse programa também reúne, em sua base, dados de morbidade (coletados nas fontes) e de óbito [informados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)]. Diante dessa nova ferramenta, será possível realizar análises epidemiológicas de forma mais ágil. Atualmente, a coleta e a digitação de dados referentes aos anos de 2002 e 2003 foram concluídas com 2.295 e 2.521 registros, respectivamente. Os dados de 2004 ainda estão sendo trabalhados, com 2.080 fichas coletadas até o momento. Diante do quadro epidemiológico nacional, onde o câncer é a terceira causa de morte, sugere-se que seja desenvolvido um sistema de informação que possua simplicidade e flexibilidade, permitindo a utilização de informação pelo nível municipal e fortalecendo análises de situação de saúde no nível local, além das análises nacionais realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), do Ministério da Saúde.

## COMUNICAÇÃO ORAL

### **Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho – Sivat, Piracicaba**

Prefeitura do município de Piracicaba-SP  
Secretaria Municipal de Saúde  
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela,  
Clarice Aparecida Bragantino, Antenor Varolla,  
Ricardo Cordeiro, Celso Stephan,  
Ana Paula Conti Câmara, Cláudia Giglio Gonçalves  
e Moisés Taglietta

*E-mails:* crstpircicaba@yahoo.com.br  
ravilela@unimed.br

Os acidentes do trabalho (AT) constituem o principal agravo à saúde dos trabalhadores no Brasil. O objetivo desta apresentação é mostrar a experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) na vigilância e prevenção de acidentes do trabalho. O Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho (Sivat), operando nos moldes de evento sentinela, foi implantado mediante a articulação do CRST com o Ministério do Trabalho e Emprego, a Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep), a Universidade Estadual Paulista (Unesp)/Botucatu-SP e sindicatos de trabalhadores, contando, também, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). O Sivat consta da notificação e registro dos acidentes ocorridos nos hospitais e prontos-socorros. Trata-se de um sistema de caráter universal, que abrange todos os trabalhadores, independentemente do vínculo de emprego – formal, autônomo ou informal. Os casos graves, fatais e com menores de 16 anos são selecionados para a investigação das causas do AT; são utilizadas entrevistas, além da investigação no ambiente de trabalho. A partir da sua implantação, em novembro de 2003, o Sivat registrou uma média de 15,8 AT por dia, ou seja, 1,78 AT a cada hora trabalhada. Estima-se que em um ano, perderam-se cerca de 340.540 dias de trabalho, 127,25 anos; e se acumulou um prejuízo direto de R\$ 1.389.570,00. A rede municipal de pronto atendimento

do SUS foi responsável por atender 90% desses casos; alguns, mais graves, foram selecionados para inspeção e desencadearam ações coletivas ou intersetoriais, atualmente em desenvolvimento, com adesão e participação dos diversos segmentos. Essas ações apontam para a possibilidade de avanço nessa área; é o caso, por exemplo, do Comitê de Segurança Alimentar no setor de panificação, do Comitê Permanente da Construção Civil, das inspeções conjuntas na fabricação de domissanitários, bem como da resposta ao caso de intoxicação por agrotóxicos na produção de cana de açúcar.

POSTER

**Sivat – Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho**

Prefeitura da Cidade de São Paulo-SP  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde  
Gerência de Saúde do Trabalhador

Carlos Augusto Ferreira, Jenny Izumi Kose,  
José Luís de Andrade Silva, Magda Andreotti,  
Maria Lúcia Udihara, Maristela Maule,  
Ricardo Luiz Lorenzi e Rita de Cássia Bessa dos Santos

*E-mail:* [sivat@prefeitura.sp.gov.br](mailto:sivat@prefeitura.sp.gov.br)

Para enfrentar a falta de informações consistentes sobre a saúde dos trabalhadores e orientar a construção de um sistema de vigilância para acidentes no ambiente de trabalho, foi criado, em 2002, na cidade de São Paulo, o Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho (Sivat). Esse sistema tornou-se de notificação compulsória os acidentes de trabalho (AT) atendidos em serviços de saúde, no desempenho da atividade profissional. Ele conta com uma ficha e uma base de dados específicos, que são utilizados por toda a rede de saúde. Os critérios estabelecidos, publicamente, para investigação de AT são gravidade e idade, e procuram atender às metas de redução da letalidade/gravidade de acidentes nesses ambientes e erradicação do trabalho infantil, segundo a lógica dos diplomas legais correntes. Atualmente, o Sivat encontra-se estruturado e com um número significativo de notificações de boa qualidade, em tempo real, o que tem permitido a investigação de acidentes graves e fatais e a redução da subnotificação ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)/Ministério da Previdência Social. Outrossim, as atividades de capacitação da rede e o monitoramento das ações de vigilância epidemiológica têm repercutido positivamente, com a incorporação de ações de saúde do trabalhador nas unidades de saúde, e contribuído para fortalecer as ações de vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

POSTER

## **O papel estratégico do registro de câncer de base populacional: a informação sobre a incidência de câncer na Paraíba, 1999-2001**

Governo do Estado da Paraíba  
Secretaria da Saúde do Estado

Josefa Ângela Pontes de Aquino, Alana Soares  
Barreto Brandão e Lourdes de Fátima Souza

*E-mails:* [angela@saude.pb.gov.br](mailto:angela@saude.pb.gov.br)  
[vigsaude@saude.pb.gov.br](mailto:vigsaude@saude.pb.gov.br)

Os casos de óbito por câncer na Paraíba estão em segundo lugar entre as principais causas de morte no estado, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Nesta análise, não estão incluídos os casos de mortes mal-definidas e aqueles sem assistência médica, que, infelizmente, ainda representam um percentual importante no estado. Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a taxa de mortalidade por neoplasia (por 100 mil habitantes) em João Pessoa-PB e no estado, no ano de 2004, foi de 67,0 e 47,1 respectivamente, respondendo por 8,42% das mortes na Paraíba (1.670 de 19.839 casos). Em março de 2000, foi firmado convênio entre o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Secretaria da Saúde do Estado, que resultou na implantação do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). Atualmente, a Paraíba dispõe de dados dos anos 1999 a 2001, provenientes de 48 fontes notificadoras, todas do município de João Pessoa; em segundo lugar, aparece o município de Campina Grande, com 11% das internações. Para avaliar a qualidade das informações do RCBP, utilizaram-se os parâmetros recomendados pela Agência Internacional de Registro de Câncer (IARC). O RCBP de João Pessoa vem-se consolidando como um importante banco de dados sobre câncer; com o decorrer do tempo, produzirá uma série histórica confiável dos dados de incidência e mortalidade, que permitirá avaliar o impacto do câncer no perfil de morbimortalidade do estado; e subsidiar os gestores nas suas ações de prevenção, controle e tratamento dos casos, bem como a comunidade científica em geral, à qual servirá de base para estudos etiológicos, prognósticos e avaliativos.

POSTER

## **Vigilância de óbitos precoces por doenças e agravos não transmissíveis**

Prefeitura da Cidade de São Paulo-SP  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde  
Centro de Controle e Prevenção de Doenças

Pedro José Vilaça, Rosa Dias Nakasaki,  
Luís Gracindo Costa Bastos, Rosana Burgez Diaz  
e Cristina Martin Vidal França

*E-mail:* pvilaca@prefeitura.sp.gov.br

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) figuram entre as principais causas de morbimortalidade na sociedade atual; constituem fonte de mortalidade precoce são responsáveis, portanto, pela perda de grande número de indivíduos ainda em idade produtiva. Tal mortalidade costuma ser avaliada pelo indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Em São Paulo-SP, em 2004, houve um total de 12.315 APVP em razão de mortes por diabetes *Mellitus* em indivíduos menores que 65 anos. A doença cerebrovascular, do mesmo modo, foi responsável por 24.582 APVP nesse período. Contudo, observam-se variações importantes nos montantes e taxas de APVP, nas diferentes subprefeituras do município, cujos determinantes são conhecidos parcialmente, e os eventos que levaram à perda precoce do indivíduo não estão totalmente esclarecidos. O presente trabalho visa, inicialmente, proceder à investigação daqueles óbitos considerados precoces (ocorridos antes dos 65 anos de idade), em decorrência de diabetes *Mellitus*, doença cerebrovascular, quedas acidentais, homicídios e suicídios. Este estudo pretende desvelar a seqüência de eventos que culminou na perda da vida; e identificar os pontos passíveis de intervenção e/ou modificações. O principal instrumento da investigação constitui-se na autópsia verbal, realizada pela unidade básica de saúde, com os familiares ou cuidadores do caso. Entendemos a vigilância de óbitos precoces, incorporada como prática sistemática, como uma tecnologia leve e simples, factível, suficientemente potente para desencadear a discussão acerca do processo de atenção às pessoas com doenças crônicas.

# 8

**Prêmio Adolfo Lutz  
e Vital Brazil para  
investigações de surtos  
conduzidas pela Secretaria  
de Vigilância em Saúde  
do Ministério da Saúde**





## PRÊMIO ADOLFO LUTZ E VITAL BRAZIL

**Doença de Chagas aguda relacionada à ingestão de caldo de cana em Santa Catarina, março de 2005**

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde;  
Governo do Estado de Santa Catarina/Secretaria de Estado de Saúde  
Divisão de Vigilância Epidemiológica e  
Laboratório Central de Saúde Pública;  
Universidade Federal de Santa Catarina;  
Centers for Disease Control and Prevention  
Office of Global Health/Division of International Health, Atlanta, USA

Erica Tatto, José Alexandre Menezes, Beatriz Kitagawa,  
Daniel R. Coradi de Freitas, George Dimech, Marcelo Wada,  
Andreza Madeira, Maria José Burigo, Suzana Zeccer,  
Luís Antônio da Silva, Mário Steindel, Clarice Azevedo,  
Maria E. Macoviesky, Fernanda Laupert, Marli Aguiar,  
Marlei P. Anjos, Maria A. Pierri, Jorge Abrahão, Douglas L. Hatch

*E-mail:* erica.tatto@saude.gov.br

A doença de Chagas apresenta-se, geralmente, na forma crônica, com manifestações mais frequentes de cardiopatia chagásica, megaloesôfago e megacólon. Habitualmente, a transmissão dá-se durante o repasto sanguíneo de triatomíneos hematófagos (barbeiros), podendo ocorrer, também, a partir de transfusão de sangue, transplante de órgãos ou por via transplacentária. A doença de Chagas aguda (DCA) ocorre de forma inaparente em cerca de 50% dos casos. A transmissão por ingestão de alimentos contaminados já havia sido descrita em surtos anteriores, no Brasil. Em março de 2005, foi relatado um surto de doença febril íctero-hemorrágica relacionado à ingestão de caldo de cana no estado de Santa Catarina (SC), causa de três óbitos. As hipóteses iniciais levantadas foram de leptospirose e de hantavirose. Conduziu-se uma investigação epidemiológica com os objetivos de identificar o agente etiológico, caracterizar o quadro clínico, identificar fatores de risco e propor medidas de prevenção e controle. Definiu-se como caso suspeito de DCA toda pessoa que houvesse ingerido caldo de cana em alguns municípios

do litoral norte de SC, entre primeiro de fevereiro e 20 de março de 2005, e que apresentasse febre por mais de cinco dias e uma ou mais das seguintes alterações: icterícia; vômito; diarreia; hemorragia digestiva ou pulmonar; insuficiência cardíaca; miocardite; edema agudo de pulmão; derrame pleural; disfunção hepática ou renal; ou paciente com histórico de febre há mais de cinco dias que tenha evoluído para óbito com quadro de edema agudo de pulmão e/ou hemorragia digestiva e/ou pulmonar e/ou icterícia. Foram confirmados os casos suspeitos que apresentaram resultados positivos para exame parasitológico de sangue (esfregaço e gota espessa) corado ou para dois métodos sorológicos – imunofluorescência indireta (IFI) IgM específica para *T. cruzi*  $\geq 1/40$ ; e Elisa – ou, ainda, que evoluíram a óbito e apresentaram resultados positivos de PCR para *T. cruzi*, IFI IgM ou IgG, ou vínculo epidemiológico. Realizaram-se estudo descritivo e estudo de caso-controle intradomiciliar e extradomiciliar, com aplicação do questionário padronizado para a coleta de informações. Prontuários clínicos dos pacientes-caso foram avaliados. Para análise estatística, a medida de associação foi a *Odds Ratio* (OR), o grau de significância considerado foi o de valor de  $p < 0,05$ , com intervalo de confiança (IC) de 95%. Avaliaram-se amostras de vetores (parasitológico de conteúdo intestinal) e de reservatórios (sorologia, parasitológico de sangue e de secreção de glândulas anais); e genotipagem por PCR do parasito isolado por cultivo de amostras de vetores e de reservatórios, bem como de sangue dos pacientes-caso. Ocorreram 24 casos de DCA, dos quais 100% ingeriram caldo de cana no dia 13 de fevereiro de 2005, entre 16-19 horas, em um estabelecimento no município de Navegantes-SC. O consumo médio de caldo foi de 1,6 (0,5-5,0) copo de 300ml. Todos os casos vivos foram tratados com Benzonidazol; não ocorreram novos óbitos. O período de incubação foi de 3-17 dias (mediana=12). Alterações nas transaminases ocorreram em 88% dos casos, hiperbilirrubinemia com icterícia em 33% e alterações na coagulação em 54%. Ocorreu sangramento digestivo em 54% dos casos; em um deles, a biópsia gástrica acusou presença de formas amastigotas de *T. cruzi*. De 16 pacientes-caso avaliados, o eletrocardiograma estava alterado em 87% (distúrbio de condução de ramo em 30%) e o ecocardiograma em 87% (derrame pericárdico em 81%). Doze casos (50%) apresentaram resultados reagentes para leptospirose (teste Elisa), sendo que dez tiveram amostras pareadas testadas por microaglutinação negativas; cinco casos apresentaram Elisa IgM positivo para hantavirose, com RT-PCR negativos. Triatomíneos (*Triatoma tibiamaculata*) e marsupiais capturados nas proximidades do local de exposição estavam infectados com *T. cruzi* – cepas dos tipos I e II (Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro-RJ). Amostras de casos eram de *T. cruzi* do tipo II (UFSC). Observou-se diferença, estatisticamente

significativa, entre os pacientes-caso e os controles intradomiciliares [OR= $\infty$ (1,2- $\infty$ );p=0,007;IC95%] e extradomiciliares [OR= $\infty$ (16- $\infty$ );p<0,001;IC95%], quando da avaliação do consumo de caldo de cana no local e data suspeitos. Não houve diferença significativa na comparação de casos e controles quanto a idade e quantidade de caldo de cana ingerida. Não foram identificadas outras exposições de risco, incluindo as formas tradicionais de transmissão da doença. O estado de Santa Catarina não apresenta transmissão vetorial de doença de Chagas há vários anos. A transmissão de DCA por via oral requer maior atenção, em virtude da potencial gravidade dos casos, da forma incomum de apresentação clínica, do curto período de incubação e da manutenção do *T. cruzi* no ciclo silvestre no Brasil. É importante enfatizar a presença de sangramento digestivo, alterações da coagulação e icterícia, achados que, habitualmente, não são observados nos casos de DCA relatados no Brasil até então. Houve associação entre casos de DCA com exposição ao caldo de cana no dia 13 de fevereiro, em Navegantes-SC. Os autores do presente estudo recomendaram:

- a) suspensão da venda de caldo de cana pela vigilância sanitária do estado, no período da investigação – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), após a ocorrência do surto, promoveu a revisão das normas para venda do produto;
- b) fornecimento e aquisição de *kits* para realização de exames na população;
- c) garantia de tratamento específico e criação de protocolo de acompanhamento clínico para os casos; e
- d) pactuação para a realização de inquérito sorológico para doença de Chagas no estado.

## PRÊMIO ADOLFO LUTZ E VITAL BRAZIL

### **Surto de encefalomielite aguda envolvendo o vírus da dengue genotipo 3 (DEN-3) durante período epidêmico em Rondônia, de novembro de 2004 a março de 2005**

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis,  
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue e  
Instituto Evandro Chagas/Seção de Arbovírus e Febres Hemorrágicas;  
Governo do Estado de Rondônia/Secretaria de Estado da Saúde;  
Centers for Disease Control and Prevention/Office of Global Health  
Division of International Health, Atlanta, USA

Alessandro P. M. Romano, Rui. R. Durlacher,  
Greice M. I. Carmo, Ana C. Simplício, João B. Siqueira,  
Giovannini E. Coelho, Adriano M. Souza, Leonilto J. Assis,  
Sônia B. L. M. Silva, Ivani C. Gromman, Ivânia C. A. Storer,  
Augusta Ramalhaes, Suely Esashika, Pedro F. C. Vasconcelos,  
Suely G. Rodrigues, L. Davis, Douglas L. Hatch

*E-mail:* [alessandro.romano@saude.gov.br](mailto:alessandro.romano@saude.gov.br)

O estado de Rondônia apresentou um aumento no número de casos notificados de dengue a partir da semana epidemiológica 44 de 2004. Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), foram notificados 8.411 casos suspeitos entre novembro de 2004 e março de 2005 (incidência: 548,3/100 mil habitantes). Em dezembro de 2004, foram notificados dois casos de paralisia aguda em pacientes com histórico recente de infecção pelo vírus da dengue. Complicações em casos de dengue, geralmente, envolvem processos hemorrágicos que podem evoluir para o choque e óbito, embora manifestações neurológicas sejam incomuns e raros os achados de literatura que descrevem eventos semelhantes. Como a dengue é uma arbovirose endêmica de grande magnitude em diversas regiões do País, realizou-se uma investigação epidemiológica com os objetivos de caracterizar a síndrome, identificar o(s) agente(s) etiológico(s), avaliar os possíveis fatores

de risco e recomendar as medidas de prevenção e controle. Foram entrevistados os pacientes com histórico recente de dengue e manifestações neurológicas, seus familiares e os profissionais de saúde envolvidos. Definiu-se, para este estudo, a encefalomielite aguda (EMA) como manifesta em residente ou visitante do estado de Rondônia que, entre 15 de novembro de 2004 e 31 de março de 2005, apresentou doença febril aguda e mais dois dos seguintes sintomas: dificuldade de deambular; parestesia; paralisia; retenção urinária; obstipação; alteração do nível de consciência; e disfunção sexual. Foi instituída busca prospectiva para ampliar a capacidade de detecção de casos novos e implantar a vigilância de circulação viral; e estabelecido protocolo de atendimento, coleta de sangue, soro e liquor (LCR) e avaliação clínico-neurológica. A pesquisa de dengue, outras arboviroses e co-infecções foi realizada pelo Instituto Evandro Chagas (IEC), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, laboratório de referência nacional para essas doenças. O vírus foi isolado por inoculação em culturas de células C6/36 e detecção de ácido nucleico (RT-PCR); e a detecção de anticorpos por teste MAC-Elisa (dengue e West Nile) e inibição de hemaglutinação (*alphavirus* – EEE, WEE, Mayaro, Mucambo; *bunyavirus* – Guaroa, Maguari, Tacaiuma, Oropoche, Catu; e *flavivirus* – Ilhéus, Rocio, Saint Louis, genótipos do vírus da dengue (DEN) 1, 2, 3 e 4, e febre amarela). Co-infecções: HTLV; CMV; e HIV. Os casos suspeitos foram submetidos a avaliação clínico-neurológica e exames complementares de ressonância magnética e eletroneuromiografia. A partir dos casos de EMA, definiu-se como controle todo morador da mesma residência; e como caso-controle extradomiciliar, os resultantes de sorteio aleatório na proporção de 3:1, a partir de uma lista de pacientes que apresentaram IgM+ (MAC-Elisa) contra dengue, durante o período do estudo. A medida de associação utilizada foi a *Odds Ratio* (OR), o teste utilizado para as variáveis categóricas foi o qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Para as variáveis contínuas, aplicou-se o teste *t-student* ou Kruskal-Wallis. O grau de significância foi de  $p < 0,05$ , com intervalo de confiança IC95%. Foram registrados 41 casos de EMA, com média de idade de 38 anos (intervalo: 14 a 70 anos); e 27 (68%) do sexo feminino. As ocupações mais frequentes foram as seguintes: do lar; doméstica; aposentado; e desempregado. Juntas, elas representaram 56% (23) dos casos. O intervalo entre o quadro febril agudo e o quadro neurológico foi, em média, de dez dias (intervalo: 1 a 36 dias). Os sintomas mais frequentes durante o quadro febril agudo foram: febre (100%); mialgia (100%); astenia (98%); cefaléia (90%); náusea (88%); dor retro-orbitária (80%); exantema (63%); vômito (59%); diarreia (42%); e sangramento (32%). Quanto aos sintomas do quadro neurológico, observou-se: parestesia (98%); paralisia (98%);

dificuldade de deambulação (98%); retenção urinária (66%); disfunção sexual (61%); obstipação (49%); insônia (46%); hiperestesia (44%); alteração de memória (44%); paralisia (42%); confusão mental (27%); e dificuldade de falar (24%). Quando comparados com outros membros da família, os casos de EMA tinham maior idade – média de 38 anos (intervalo: 14 a 70 anos) e 28 anos (intervalo: um a 70 anos), respectivamente ( $p < 0,001$ ) –, ocorrência mais freqüente em mulheres – 68% de casos femininos *versus* 37% masculinos, respectivamente ( $p = 0,004$ ) –, e se para 88% dos casos, o teste das respectivas amostras de soro teve resultado IgM+ para a dengue, entre os controles, essa proporção foi de 37% ( $4,1 < OR < 42,3$ ) ( $p < 0,01$ ). Não existiu diferença significativa, contudo, entre a média de idade dos casos de EMA e a dos controles [37 anos (intervalo: 2 a 77)] ( $p = 0,9$ ); ou na proporção de casos femininos (64%) ( $p = 0,6$ ). Ao avaliar outras variáveis, nos dois estudos, não foi observada associação entre a exposição e a doença. As amostras de soro revelaram 88% de IgM positivas para dengue, como já foi dito, e 100% negativas para West Nile, pelo método MAC-Elisa. Entre as amostras de LCR, 35% (06/17) foram reagentes para *flavivirus*, pelo método de inibição de hemaglutinação. O vírus da dengue genótipo 3, ou DEN-3, foi isolado de amostra de soro e detectado por RT-PCR, assim como IgM+ para dengue foi detectado em LCR de um dos casos de EMA; não foram identificados outros fatores de risco ou exposições que pudessem sugerir outras arboviroses, ademais de os testes realizados não demonstrarem evidência de outro agente ou co-infecções. Esses achados sugerem que a causa mais provável do surto foi o DEN-3; sem embargo, durante o surto, foram identificados 41 casos de uma doença consistente com encefalomyelite aguda. Os autores concluíram o estudo com as seguintes recomendações: a) ampliação da vigilância de casos graves de dengue e monitoração da ocorrência de manifestações neurológicas; b) avaliação dos pacientes e seu acompanhamento por neurologistas, para eliminação de outras causas potenciais; c) coleta oportuna de amostras clínicas e identificação de causa; d) realização de estudos prospectivos, visando à identificação da ocorrência de eventos semelhantes e associação com o vírus da dengue; e, finalmente, e) realização do seqüenciamento de genoma dos vírus isolados e inclusão de testes de soroneuralização.

## PRÊMIO ADOLFO LUTZ E VITAL BRAZIL

### **Investigação de casos de eventos adversos da vacina tríplice viral durante a campanha de seguimento contra sarampo em 2004**

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis;  
Governo do Estado do Paraná/Secretaria de Estado da Saúde;  
Governo do Estado de Santa Catarina/Secretaria de Estado da Saúde;  
Governo do Estado de São Paulo/Secretaria de Estado da Saúde;  
Prefeitura Municipal de Curitiba/Secretaria Municipal de Saúde;  
Centers for Disease Control and Prevention/Office of Global Health/  
Division of International Health, Atlanta, USA

Daniel R. Coradi de Freitas, Gisele Cássia Barra Araújo,  
Alessandra Viana Cardoso, José Evoide Moura Junior,  
Iolanda Novadzki, Elizabeth Ferraz, Penélope Scheidt,  
Geraldine Madalosso e Douglas L. Hatch

*E-mail:* daniel.freitas@anvisa.gov.br

As vacinas estão entre os produtos biológicos mais seguros e eficazes no controle de doenças transmissíveis. Os eventos adversos pós-vacinais (EAPV) são raros; alvos de atenção, sua importância aumenta com a eliminação da doença-alvo da vacina, pois o risco de EAPV torna-se maior que o de adoecer. Na campanha nacional de vacinação contra sarampo de 2004 (16 de agosto a 3 de setembro), um número inesperado de eventos adversos de reações de hipersensibilidade (EARH) com vacina tríplice viral (VTV) foram informados ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) no dia 21 de agosto, Dia “D” da campanha. A maior frequência de notificações com VTV do laboratório A (VTV-A), comparada com as dos laboratórios B e C, levou o PNI a suspender o uso da VTV-A e promover sua substituição imediata, antes de a campanha seguir normalmente. Uma investigação epidemiológica foi realizada com os objetivos de descrever os casos (tempo, lugar e pessoa), avaliar os fatores de risco e os componentes implicados; e propor e avaliar medidas de prevenção e controle. Um estudo caso-controle (1:4) foi realizado em



Curitiba, capital do estado do Paraná, e 13 cidades do estado de Santa Catarina. Os casos de EARH foram de crianças de 1-4 anos de idade, vacinadas com VTV-A entre os dias 16 e 23 de agosto daquele ano e que apresentaram manchas vermelhas pelo corpo e/ou edema de face e/ou de extremidades e/ou de órgãos genitais em até 24h pós-vacinação. Controles assintomáticos foram obtidos na vizinhança – mesma faixa etária, vacina e período de vacinação. Questionário com informações demográficas, clínicas e vacinais foram respondidos pelos responsáveis. A *Odds Ratio* (OR) ou a OR ajustada (ORa) foram utilizadas [significância  $p < 0,05$ ; intervalo de confiança de 95% (IC95%)] como medidas de associação. Um estudo sobre dados do Sistema de Informação de EAPV (SI-EAPV) no período de 2000 a 2004 comparou proporções de EARH por doses distribuídas de VTV de diferentes laboratórios. Foram utilizados o qui-quadrado e o *t student* como testes estatísticos. Amostras de diferentes lotes da VTV-A foram analisadas pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS). Estudos laboratoriais complementares para quantificação de anticorpos IgE contra componentes vacinais [*radioallergosorbent test* (RAST)] e verificação da resposta imunológica à vacina (teste Elisa) foram realizados com amostras de soro dos casos e controles. Investigaram-se 234 crianças (49 casos e 185 controles). Dados demográficos como sexo, raça/cor e renda familiar mostraram-se homogêneos entre casos e controles. A média de idade, em meses, foi de 30 (DP±15) para casos e 36 (DP±14) para controles ( $p=0,007$ ). A mediana do tempo de início dos sintomas pós-vacinação foi de 42 minutos (intervalo: 5min-24h), 75% em até duas horas. Manchas vermelhas apareceram em 96% dos casos; hiperemia ocular, edema de face, prurido/coceira pelo corpo e febre foram citadas em mais de 50%. Procuraram atendimento médico 94% dos casos, 6% ficaram internados e 79% receberam medicamentos – entre os quais, mais freqüentes os anti-histamínicos (71%), os antitérmicos (35%) e os corticóides (15%). Um percentual superior a 90% dos casos e controles recebeu a segunda dose da VTV na campanha, sem diferença significativa com relação ao laboratório fabricante da primeira dose; contudo, houve diferença entre casos e controles no intervalo de tempo médio da primeira para a segunda dose, de 16 meses (DP±14) para casos e de 22 (DP±13) para controles ( $p=0,005$ ). Ajustada para idade na análise de regressão logística, um intervalo  $\leq 6$  meses entre 1ª e 2ª doses mostrou uma ORa de 3,2 ( $\beta=1,17$ ; IC95%=1,2-8,8;  $p=0,02$ ). Outras variáveis avaliadas não mostraram diferenças significativas, estatisticamente. Entre os anos de 2000 e 2003, a proporção de EARH da VTV-A foi de  $0,95/10^5$  doses distribuídas; maior que a proporção correspondente de todos os demais laboratórios juntos, de  $0,08/10^5$  ( $p < 0,001$ ). Em 2004, a VTV-A apresentou proporção de  $15,28/10^5$  doses distribuídas, mais que a VTV-B ( $1,16/10^5$ ) e a VTV-C ( $0,64/10^5$ )

( $p < 0,001$ ). Nos estudos laboratoriais, a VTV-A apresentou qualidade e identidade adequadas, para os padrões preconizados; o RAST ainda não foi concluído. A resposta imunológica à vacina encontra-se dentro dos padrões esperados ( $\geq 95\%$ ). O sistema de vigilância de EAPV foi oportuno na detecção do aumento do número de casos de EARH e o PNI agiu corretamente, na suspensão da vacinação com a VTV-A. A investigação dos casos sugere que os EARH foram de hipersensibilidade do tipo I; as crianças que apresentaram EARH tiveram maior chance de serem vacinadas com intervalo  $< 6$  meses entre a primeira e a segunda doses de VTV. A VTV-A apresentou proporção de EARH maior que outras VTV utilizadas no Brasil. A VTV-A não apresentou qualquer irregularidade, de acordo com os resultados dos testes realizados pelo INCQS. É necessária a utilização sistemática das informações do SI-EAPV como um dos parâmetros de escolha, para compra de imunobiológicos. Estudos laboratoriais devem ser concluídos e outros estudos epidemiológicos realizados, para evidenciar possíveis associações semelhantes às encontradas por esta investigação.



# 9

**Prêmio Carlos Chagas para  
investigações de surtos  
conduzidas pelas esferas de  
gestão descentralizada –  
Secretarias de Estado  
e Municipais de Saúde**



PRÊMIO CARLOS CHAGAS

## **Investigação de surto de diarreia no município de Colônia de Leopoldina, Alagoas**

Governo do Estado de Alagoas  
Secretaria Executiva de Saúde

Fabiula Maria H. Tormena

*E-mail:* [fabiuila@saude.al.gov.br](mailto:fabiuila@saude.al.gov.br)

Por meio da Monitoração das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA), foi identificada, na 6ª semana epidemiológica de 2005, mudança no comportamento das diarreias em Colônia de Leopoldina, estado de Alagoas. Situado em região limítrofe ao estado do Pernambuco – que se encontrava, no período, sob surto de cólera com registro de três casos confirmados –, e por ser classificado como de alto risco para diarreia (coeficiente de incidência acima de 601/100 mil habitantes), o município foi incluído entre 18 sob risco de reintrodução da cólera em Alagoas. O presente estudo descritivo realizou-se a partir de levantamento de dados dos prontuários médicos da Unidade Mista de Saúde, das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e de informações dos agentes comunitários de saúde (ACS), referentes à 1ª a 25ª semanas epidemiológicas de 2005. Foi definido caso de diarreia aguda a pessoa residente no município que apresentasse os seguintes sinais e sintomas: diarreia mucopiosanguinolenta; vômitos incoercíveis; febre; prostração; e dor abdominal. Foram utilizadas as seguintes variáveis: semana epidemiológica; incidência; procedência; plano de tratamento; faixa etária; e diagnóstico laboratorial (clínico e ambiental). Até a semana epidemiológica 25 de 2005, foram notificados 2.169 casos de diarreia, um acréscimo de 135% em relação ao mesmo período do ano anterior. A mudança de comportamento das diarreias observada a partir da 6ª semana epidemiológica (33 casos) até a 12ª (302 casos) indica a ocorrência de surto, com acréscimo súbito e evolução para quadro epidêmico. Após a adoção das medidas de controle, o número de casos decresceu a partir da 13ª semana, voltando aos limites normais na 25ª semana. Houve concentração dos casos nas áreas de atuação das equipes do PSF-1 e do PSF-3, onde foram

observadas precárias condições da qualidade da água oferecida à população no período do surto, principalmente pela manipulação para a troca do sistema de abastecimento hídrico (canos de amiantos por tubulações de PVC), com períodos de intermitência do abastecimento público e inúmeros vazamentos na rede. O resultado da análise laboratorial de 23 amostras da água evidenciou presença de coliformes fecais em 87% delas; coletadas 79 amostras clínicas, seis foram positivas para rotavírus e 26 para protozoários. Diante do surto de diarreia instalado, a implementação oportuna do manejo adequado de pacientes, os achados clínicos, a mobilização social, a educação em saúde e a monitorização ambiental, adotadas em parceria com o estado, contribuíram de forma importante para minimizar um grau maior de morbidade e mortalidade – sem registro de óbitos – da doença no município. Diante do exposto recomenda-se a implementação de vigilância ambiental, a distribuição de hipoclorito de sódio, a realização rotineira de ações educativas, a melhoria da qualidade da assistência hospitalar e a otimização do monitoramento das diarreias pelo MDDA.

## PRÊMIO CARLOS CHAGAS

### **Surto intrafamiliar de psitacose**

Governo do Estado do Rio Grande do Sul  
Secretaria de Estado da Saúde  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
Divisão de Vigilância Epidemiológica  
e Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde

Marilina Bercini, Maria Tereza Schermann,  
Tani Ranieri e Marco Antônio Barreto de Almeida

*E-mail:* marilina-bercini@saude.rs.gov.br

A psitacose é uma doença infectocontagiosa bacteriana, causada pela *Chlamydia psittaci* (mudança recente de gênero – nome antigo: *Chlamydia psittaci*), cujos reservatórios são pássaros, principalmente os psitacídeos – papagaios, araras, periquitos. Suas manifestações clínicas são: febre alta; cefaléia; tosse; dores lombares e nas extremidades; sudorese; inapetência e fraqueza; e comprometimento pulmonar (pneumonia atípica). Os grupos de risco para psitacose são os donos de pássaros e empregados de lojas de animais e abatedouros, além de veterinários. Nos Estados Unidos da América, notificam-se menos de 50 casos confirmados por ano; provavelmente existirão mais casos naquele país, incorretamente diagnosticados ou não notificados. No Brasil, embora a psitacose não seja doença de notificação compulsória e sejam registrados casos esporádicos, sua importância reside em ser uma causa de pneumonia atípica, nem sempre lembrada em quadros arrastados, com má resposta aos antibióticos usuais e com história de exposição aos psitacídeos. Este relato, que descreve um surto intrafamiliar de psitacose ocorrido no Rio Grande do Sul (RS) em 2003, chama a atenção para o inusitado do fato, já que a literatura descreve, na maioria das vezes, apenas casos esporádicos. Em 29 de dezembro de 2003, foi notificado um surto de doença respiratória não usual, em família residente no município de Cachoeirinha-RS. Foram realizadas visitas hospitalares e domiciliares com objetivo de verificar o número de expostos e doentes, descrever o quadro clínico, coletar espécimes clínicos e desencadear as medidas de controle pertinentes. Concomitantemente à investigação epidemiológica, desenvolveram-se várias ações em conjunto com as



equipes de vigilância ambiental e sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeirinha, além da parceria interinstitucional com o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), do Ministério do Meio Ambiente. Realizou-se uma 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 identificar outros possíveis compradores. De um total de 13 membros da família, sete adoeceram (54%) e destes, três foram hospitalizados (43%); todos apresentaram boa evolução após uso de antibiótico adequado. Houve predomínio do sexo feminino (71%) sobre o masculino (29%) e as idades variaram entre 11 e 77 anos. O quadro clínico cursou com febre (100%), acompanhada de cefaléia, mialgia, prostração, tosse produtiva e pneumonia prolongada – que não respondeu aos antibióticos usuais. 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. Os exames laboratoriais realizados pelo Instituto Adolfo Lutz, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, evidenciaram anticorpos da fase aguda para *Chlamydophila psitacii* em alguns dos pacientes, confirmando a hipótese de psitacose. Durante a inspeção no estabelecimento, não se encontrou qualquer periquito, animal silvestre cujo comércio é proibido. A vigilância sanitária autuou o estabelecimento devido às péssimas condições de higiene. O proprietário e sua filha, únicos funcionários da loja, encontravam-se assintomáticos e não se obteve relação de nomes de outros compradores. A rede de serviços de saúde dos municípios de Cachoeirinha, Porto Alegre e Gravataí foi alertada sobre a necessidade de investigar exposição a periquitos em casos de infecção respiratória com sintomas prolongados. No acompanhamento, não foram registrados novos casos. O processo de investigação dos casos e levantamento de dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais permitiu a confirmação da ocorrência de surto intrafamiliar de psitacose. Este relato constitui um alerta para profissionais, criadores e proprietários que manipulam aves silvestres sem a adoção de medidas adequadas de biossegurança. A exposição a animais domésticos ou silvestres sempre deve ser lembrada em casos de pneumopatias de apresentação atípica. Os casos suspeitos de psitacose devem ser diagnosticados e tratados precocemente, para evitar sua fácil transmissão e diminuir complicações de saúde, especialmente em pacientes idosos. Salienta-se a importância da articulação dos serviços de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, além dos demais setores envolvidos, na identificação, investigação e execução das medidas de controle pertinentes a esses eventos.

PRÊMIO CARLOS CHAGAS

## **Malária autóctone por *Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax* nos municípios de Prata e Monte Alegre de Minas, Minas Gerais, 2005**

Governo do Estado de Minas Gerais/Secretaria de Estado de Saúde;  
Prefeitura Municipal de Uberlândia/Secretaria Municipal de Saúde  
Centro de Controle de Zoonoses

Jean Ezequiel Limongi, Adalberto de Albuquerque Pajuaba Neto,  
Alcides de Assis e Silva, Cristiane Soares Araújo, Fernando Rodrigues,  
Iris de Sousa Lopes, Kátia Maria Chaves e Maria Angélica Montes Resende

*E-mail:* jeanlimongi@yahoo.com.br

Nos dias 4 e 8 de março de 2005, foram notificados à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) dois casos autóctones de malária, um por *Plasmodium vivax* e o outro por *P. falciparum*, procedentes dos municípios de Monte Alegre de Minas e Prata, respectivamente. Esses municípios são altamente receptivos à malária, cujo diagnóstico precoce e tratamento adequado são decisivos para evitar a gravidade da doença e interromper sua transmissão. Imediatamente após o conhecimento dos primeiros casos autóctones, os serviços de vigilância em malária da SES/MG e das secretarias municipais de saúde envolvidas iniciaram as medidas necessárias para conter a transmissão dessa doença na região. O sistema de saúde e a comunidade dos municípios de Prata, Monte Alegre de Minas e municípios limítrofes foram alertados sobre os riscos da doença e a importância da notificação de casos febris. Agentes de saúde de Prata e Monte Alegre de Minas foram capacitados na coleta de amostra de sangue para diagnóstico parasitológico. Foi realizada busca ativa de casos, casa a casa, em um raio de 5 km a partir do local provável de infecção do caso índice, com abertura de outro raio de 5 km, quando se detectava outra provável área de transmissão. Essa busca teve duração de dois meses, em ciclos quinzenais. O diagnóstico parasitológico (gota espessa) de todos os casos suspeitos foi realizado em regime de plantão 24h no laboratório de referência regional em malária do Centro de Controle de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG. Os casos positivos tiveram terapêutica e acompanhamento de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Foram

realizados inquérito entomológico e borrifações em todas as localidades necessárias. A identificação dos anofelinos foi realizada no laboratório macrorregional de Saúde Pública de Uberaba-MG. Essas ações ocorreram em localidades situadas em um raio de 110 km<sup>2</sup> ao longo do rio Tejuco, na divisa entre os dois municípios. Dois garimpeiros – positivos para *P. vivax* – que se infectaram nos estados do Pará e de Mato Grosso do Sul foram os prováveis casos importados, que originaram o surto. A origem dos casos por *P. falciparum* permaneceu indeterminada. No município de Prata, foram confirmados seis casos – três por *P. vivax*; dois por *P. falciparum*; e um por ambas as espécies –, o último diagnosticado em 14 de março de 2005. Oito localidades foram pesquisadas, 126 casas borrifadas e 70 casos descartados. Em Monte Alegre de Minas, cinco casos foram confirmados – todos por *P. vivax* –, o último em 18 de março de 2005. Cinco localidades foram pesquisadas, 104 casas borrifadas e 78 casos descartados. Em ambos os municípios, as principais espécies de anofelinos encontradas foram *Anopheles darlingi* e *A. albitarsis*. A região chamada do Triângulo Mineiro apresenta vários fatores de risco associados à transmissão de malária. A presença de anofelinos antropofílicos, coleções de água, além da extensa malha rodoviária e a presença freqüente de indivíduos infectados por *Plasmodium* oriundos de regiões endêmicas, exigem intensa vigilância epidemiológica para evitar o restabelecimento da malária na região.

PRÊMIO CARLOS CHAGAS

## **Primeiro surto de difilobotríase registrado no estado de São Paulo, Brasil – aspectos epidemiológicos e medidas de controle, 2004-2005**

Governo do Estado de São Paulo  
Secretaria de Estado da Saúde

Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar  
Centro de Vigilância Epidemiológica e Instituto Adolfo Lutz;  
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo  
Centro de Prevenção e Controle de Doenças  
Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos;  
Centro de Medicina Diagnóstica Fleury;  
Centers for Disease Control and Prevention/Office of Global Health  
Division of International Health, Atlanta, USA

Maria Bernadete de Paula Eduardo, Jorge Luiz Mello Sampaio,  
Maria Lúcia Vieira S. César, Eliana Suzuki, Suely Miya S. R. Albuquerque,  
Eliana Izabel Pavanello, Domingas M. A. G. Vieira Torres,  
Vera Lúcia Pereira Chioccola e Alexandre J. da Silva

*E-mail:* meduardo@saude.sp.gov.br  
mbpeduardo@uol.com.br

A difilobotríase é uma parasitose intestinal adquirida por ingestão de peixe cru ou mal cozido infectado por larvas plerocercóides de um cestódio do gênero *Diphyllobothrium*. O homem e várias espécies de animais piscívoros podem ser hospedeiros definitivos. Entretanto, esse parasita tem ciclo de vida complexo com hospedeiros intermediários como copépodes e espécies de peixes predadores com fase de vida na costa marítima e/ou em água doce. Conhecido como “tênia do peixe”, pode atingir até dez metros de comprimento e permanecer no intestino delgado humano por dez anos. Os ovos da tênia são eliminados nas fezes humanas a partir da 5ª ou 6ª semana de ingestão do peixe contaminado. Na América do Sul, há registro de casos autóctones provenientes do Peru, Argentina e Chile, porém, não do Brasil. Este trabalho tem por objetivo apresentar os resultados da inves-

tigação epidemiológica do primeiro surto de difilobotríase registrado no estado de São Paulo, associado ao consumo de peixe importado. Entre março de 2004 a junho de 2005, casos identificados mediante vigilância ativa com base em laboratório foram entrevistados para identificar possível associação entre eles. Considerou-se como caso autóctone aquele com ovos ou estróbilos de *Diphyllbothrium sp.* nas fezes, residentes no estado de São Paulo, sem evidência de ter adquirido a doença no exterior; e como surto dois ou mais casos da doença por ingestão de alimento comum. Análises de biologia molecular (PCR e seqüenciamento de DNA) foram desenvolvidas pelo Instituto Adolfo Lutz, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IAL/SES/SP), e pelo Laboratório Fleury, com a colaboração dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, Estados Unidos da América, com a finalidade de confirmar e genotipar a espécie. Rastreamentos por local de consumo e fonte comercial de aquisição de peixes foram conduzidos para estabelecer a origem do produto associado ao surto. Foram identificados, no período, 50 casos de difilobotríase, dos quais 41 (82%) residiam em São Paulo (taxa de incidência de 4,1 casos por 100 mil consumidores de peixe cru) e nove (18%) em outros municípios do estado. Observou-se maior concentração de casos entre janeiro e abril de 2005 – 50% dos casos. A idade mediana foi de 30 anos – faixa de variação de 6 a 77 anos. Todos os casos – dos quais 55% eram do sexo masculino – eram consumidores habituais de sushi/sashimi: 92% freqüentavam restaurantes japoneses e os demais adquiriram o produto em mercados, para preparação em casa; 24 (48%) comiam salmão e outras espécies de peixes crus; e 26 (52%), somente salmão cru. Não foi encontrado caso de difilobotríase que não tenha ingerido salmão. Do total de casos, 34 (68%) nunca viajaram ao exterior. Trinta e dois casos (64%) eliminaram o parasita – *D. latum*, confirmado por PCR. O rastreamento de peixes mostrou que o salmão utilizado nos estabelecimentos comerciais envolvidos no surto era procedente de uma única região, Puerto Mont, ao sul do Chile. O estudo de casos mostrou que o surto de difilobotríase em São Paulo estava associado ao consumo de salmão importado. Implementaram-se várias medidas de prevenção da parasitose de peixe: a) comunicado conjunto do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) N° 1/2005, sobre a necessidade de cozimento adequado ou congelamento prévio do peixe a -20°C por uma semana (se consumido cru); b) alerta aos órgãos federais – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; e Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento –, recomendando o congelamento de pescados para inativação de parasitas e a investigação do processo de produção/importação do salmão; c) alerta a médicos e laboratórios para o diagnóstico precoce e tratamento correto da

doença; d) alerta à população sobre os riscos de consumo de produtos de origem animal, crus ou mal-cozidos, e formas de prevenção; e) ações em restaurantes que assumiram o compromisso de aquisição do produto congelado; f) integração dos vários órgãos e níveis de governo, na inclusão da difilobotríase entre as doenças de notificação compulsória; g) regulamentação sanitária para comercialização de pescados, importados e nacionais; e h) ampla divulgação do surto na mídia, bem como das formas de prevenção da parasitose. Métodos de biologia molecular foram implementados no IAL/SES/SP, desenvolvendo-se um protocolo de análise da difilobotríase e outras parasitoses transmitidas por peixes. Entre as limitações do estudo, a identificação de casos com base no quadro clínico é difícil, pois a difilobotríase é uma doença de longa duração, em geral assintomática, ou com manifestações gastrointestinais triviais; sua detecção, exclusivamente por meio de testes laboratoriais, pode ser acidental. Outrossim, é difícil para o paciente lembrar características clínicas relevantes e correlacionar uma data específica de exposição; e, por se tratar de doença com manifestações tardias, é inviável analisar, em quaisquer circunstâncias, sobras dos peixes consumidos nos surtos. Este surto está relacionado a uma mudança nos hábitos alimentares em curso nos últimos dez anos no estado de São Paulo: o aumento do consumo de salmão, especialmente cru, e a adesão à culinária japonesa como sinônimos de comida saudável.



[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)  
disque saúde: 0800.61.1997

ISBN 85-334-1246-0



9 798533 412469



Secretaria de  
Vigilância em Saúde

Ministério  
da Saúde