

5º Encontro Científico do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde



6-036.22:614(81)

23q

r. 2011

2

março a 01 de abril de 2011



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica



5º Encontro Científico do EPISUS

Caderno de Resumos

Brasília – Brasil | 28 de março a 01 de abril de 2011

AG

616-036.22:614(81)

B823q

mar. 2011

e.2



Programa de Treinamento em
Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS - EPISUS

©2011 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs

Tiragem: 270 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

Departamento de Vigilância Epidemiológica - DEVEP

Coordenação Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública - CGVR

Produção: CGVR e Núcleo de Eventos e Cerimonial/SVS

Endereço

Secretaria de Vigilância em Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício Sede, sobreloja

CEP: 70058-900, Brasília - DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Internet: www.saude.gov.br

Coordenador do CGVR

Wanderson Kleber de Oliveira

Comissão Científica

Coordenador da Comissão Científica: Eduardo Marques Macário

Membros da comissão científica: Aglaêr Alves da Nóbrega, Dalva Maria de Assis, Elizabeth David dos Santos, Verena Maria Mendes de Souza e Wildo Navegantes de Araújo

Comissão Organizadora do CGVR

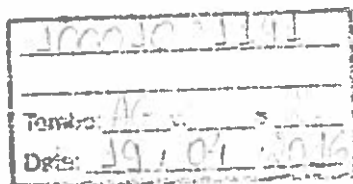
Coordenadora: Graciete Aparecida Leonel Oliveira Soares

Membros da comissão organizadora: Andréia Helena Campestrini e Iara Kely de Melo Ferreira

Comissão Organizadora do NEC

Coordenadora: Eunice de Lima

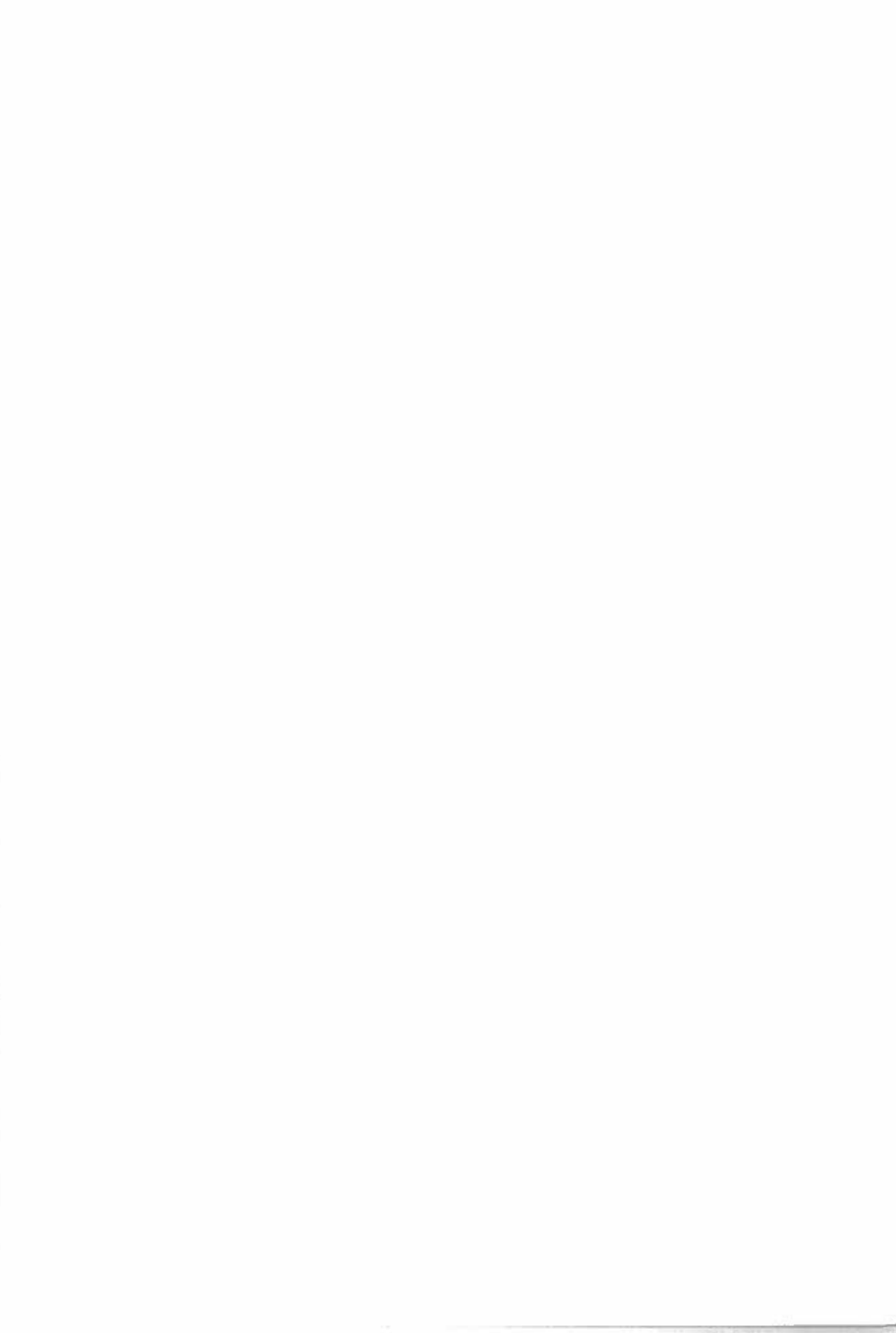
Membros da comissão organizadora: Carolina Oliveira Gontijo, Cristiane Martins de Souza, Everton Araújo Fontinele, Marcus Vinicius de Paiva, Luiz Paulo de Oliveira Pereira e Thiago Alves Freitas





AGRADECIMENTOS

A todos que colaboraram para a realização do
5º Encontro Científico do EPISUS, em especial
a equipe CIEVS.



PREFÁCIO

Caros participantes

Sejam bem-vindos ao 5º Encontro Científico do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS) promovido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). Neste evento será realizada a cerimônia de encerramento da 8ª turma do EPISUS, quando os 14 treinandos se tornarão egressos do Programa.

O Encontro contará com a participação de treinandos e egressos do EPISUS, além de profissionais do Ministério da Saúde, de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e professores de renomadas Instituições de Ensino Superior, sendo uma oportunidade para compartilharmos os resultados dos projetos de longo prazo e das avaliações de sistemas de vigilância de saúde pública realizados pelo treinandos em 2010.

Nesse ano contaremos a participação internacional de treinandos dos programas de FETP da Argentina (PRESEC), Colômbia (SEA) e Moçambique (M-FELTP) que, juntos com o Brasil (EPISUS), apresentarão suas experiências em investigação de surto. Também contaremos com a participação de Egressos do EPISUS que apresentarão estudos desenvolvidos em seus locais de trabalho após a conclusão do treinamento.

Aproveitando a ocasião, gostaria de dar as boas vindas aos oito profissionais selecionados para a 10ª turma (2011/2013) que iniciarão o treinamento em abril de 2011 e se juntarão aos nove técnicos da 9ª turma (2010/2012) que está em andamento.

Este caderno apresenta as atividades que serão promovidas durante o evento e pode orientá-lo para a apreciação das atividades do 5º Encontro Científico do EPISUS.

Bom evento para todos!

Eduardo Marques Macário

Coordenador do EPISUS

EPISUS

O Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS) foi instituído no ano 2000, visando contribuir com o fortalecimento do sistema nacional de vigilância epidemiológica, prestando apoio a Estados e Municípios em investigações de surto, realizando análise de dados de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, doenças e agravos não-transmissíveis, e de vigilância ambiental em saúde. O EPISUS é essencialmente prático e fundamenta-se na aplicação de métodos epidemiológicos no dia-a-dia.

Ao longo de 10 anos, fizeram parte do EPISUS profissionais das áreas de Biomedicina, Ciências Biológicas, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Medicina Veterinária, Odontologia e Nutrição. Sete turmas concluíram o treinamento, totalizando 75 egressos, que hoje atuam em diversas áreas da saúde pública, nas três esferas de governo. Em 01 de abril de 2011, mais uma turma com 14 profissionais será concluída, e outra com oito profissionais iniciará o treinamento, se juntando aos nove que estão passando para o segundo ano do treinamento.

A experiência bem sucedida do EPISUS conjectura na realização de seu 5º Encontro Científico, que tem como objetivo ser um fórum para difusão dos resultados de trabalhos científicos, possibilitando a troca de conhecimentos e experiências bem como o surgimento de novas idéias.

É com muita alegria e entusiasmo que recebemos cada um de vocês. Sejam bem vindos e aproveitem o evento.

Comitê Científico

GRADUANDOS, 2011

8ª Turma do Episu 2009/2011

Amanda Priscila de Santana Cabral

André Peres Barbosa de Castro

Carina Guedes Ramos

Carolina Monteiro da Costa

Cristine Nascente Igansi

Felipe Teixeira de Mello Freitas

Gilmara Lima Nascimento

Lacita Menezes Skalinski

Marcelo Augusto Nunes Medeiros

Márcia de Cantuária Tauil

Noely Fabiana Oliveira de Moura

Patricia Marques Ferreira

Renata Tiene de Carvalho Yokota

Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade

PROGRAMAÇÃO

Pré-Encontro Científico do Episus

Segunda-feira – 28 de março de 2011

10h00 - 18h00 Workshop: Desenhos de estudo aplicados à investigação em Saúde Pública: Abordagem teórico-prática – Prof. Dr. José Ueleses Braga (UERJ)

Terça-feira – 29 de março de 2011

09h00 - 18h00 Workshop: Desenhos de estudo aplicados à investigação em Saúde Pública: Abordagem teórico-prática – Prof. Dr. José Ueleses Braga (UERJ)

5º Encontro Científico do Episus

Quarta-feira – 30 de março de 2011

08h00 – 09h00 Credenciamento

09h00 – 09h30 Abertura: Boas vindas

09h30 – 10h30 Conferência de abertura

Moderador: Claudio Maierovitch Pessanha Henriques – Diretor de Vigilância Epidemiológica /SVS/MS

O Panorama das Doenças Negligenciadas no Brasil - Jarbas Barbosa da Silva Jr, Secretário de Vigilância em Saúde

10h10 - 10h30 Intervalo

10h30 – 12h00 Mesa 1 – Avaliação de sistemas de vigilância (9ª Turma 2010/2012)

Moderador: Daiva Maria de Assis, Supervisora do EPISUS – SVS/MS

Debatedor: Ana Carolina Faria e Silva Santelli, Coordenadora do Programa Nacional de Controle da Malária

10h30 – 10h50 Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Febre Maculosa Brasileira, Brasil, 2007 a 2009 – Gabriela Baruque Villar

10h50 – 11h10 Avaliação do Sistema de Vigilância de Epizootias de Primatas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2006 a 2010 – João Carlos Guedes de Oliveira

11h10 – 11h30 Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Doença de Chagas Aguda- Brasil, 2007-2009 – Viviane Gomes Parreira

11h30 - 11h50 Considerações do debatedor

11h50 - 12h00 Debate geral

12h00 - 14h00 Almoço

14h00 – 15h30 Mesa 2 – Avaliação de sistemas de vigilância (9ª Turma 2010/2012)

Moderador: Verena Maria Mendes Souza, Supervisora do EPISUS – SVS/MS

Debatedor: Suely Hiromi Tuboi, Professora Assistente da Universidade Federal Fluminense

- 14h00 – 14h20** Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos. Brasil, 2008 a 2009 – **Fernanda Santos Bordalo**
- 14h20 – 14h40** Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Varicela, Araucária-PR, 2003 a 2009 – **Priscila Leal e Leite**
- 14h40 – 15h00** Avaliação do Sistema de Vigilância das Intoxicações Exógenas no Brasil, 2007-2009 – **Hiane Santos de Jesus**
- 15h00 – 15h20** *Considerações do debatedor*
- 15h20 – 15h30** *Debate geral*
- 15h30 – 15h50** *Intervalo*
- 15h50 – 17h20** **Mesa 3 – Avaliação de sistemas de vigilância (9ª Turma 2010/2012)**
- Moderador: Aglaêr Alves Nóbrega, Supervisora do EPISUS – SVS/MS
- Debatedor: Márcio Denis Medeiros Mascarenhas, Coordenador do CIEVS/URR da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI
- 15h50 – 16h10** Avaliação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena, Distrito Sanitário Especial Indígena/Cuiabá, 2000 a 2009 – **Veruska Maia da Costa**
- 16h10 – 16h30** Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, Brasil, 2008 e 2009 – **Andréa de Paula Lobo**
- 16h30 – 16h50** Avaliação do Sistema de Vigilância da Tuberculose, Porto Alegre/RS, 2006 a 2009 – **Juliana Alves Dias**
- 16h50 – 17h10** *Considerações do debatedor*
- 17h10 – 17h20** *Debate geral*

Quinta-feira – 31 de março de 2011

- 09h00 – 10h20** **Painel Internacional REDSUR/TEPHINET**
- Moderador: Jonas Lotufo Brant de Carvalho, Consultor REDSUR/TEPHINET
- 09h00 – 09h20** Reemergencia de sarampión en Argentina: brote en Buenos Aires, 2011. **Josefina Blanco** – FETP Argentina (PRESEC)
- 09h20 – 09h40** Investigação de surto de Sarampo na província de Manica, Moçambique -**Sin sia José** - FELTP Moçambique (M-FELTP)
- 09h40 – 10h00** Casos de pneumonia eosinofílica de causa desconhecida, Manaus, julho e agosto, 2010. **Priscila Leal e Leite** FETP Brasil (EPISUS)
- 10h00 – 10h20** Brote de miocarditis chagastica aguda de posible transmisión oral en Aguachica Colombia, mayo de 2010. **Pilar Zambrano** – FETP Colombia(SEA)

10h20 – 10h30

Intervalo

10h30–12h30

Painel Egressos EPISUS

Moderador: Wanderson Kleber, Coordenador do CGVR – SVS/MS

10h30 – 10h50

Curso básico de resposta ao evento de saúde (CBRES) - Matheus de Paula Cerroni - 6ª turma (2007/2009) – CIEVS/DEVEP/SVS/MS

10h50 – 11h10

Implantação do CIEVS no município do Rio de Janeiro: dois anos de experiência, avanços e desafios - Márcio Henrique de Oliveira Garcia - 5ª turma (2006/2008) – CIEVS/SMS/Rio de Janeiro

11h10 – 11h30

Análise de sobrevivência como instrumento para avaliação do risco acumulado para leptospirose no Rio de Janeiro, 2000 a 2010 - Jean Carlos dos Santos Barrado - 6ª turma (2007/2009) – CIEVS/SMS/Rio de Janeiro

11h30 – 11h50

Promoção da saúde do viajante e trabalhador: a epidemiologia como ferramenta à fiscalização sanitária em navios de cruzeiro no Brasil - temporadas 2008/2009/2010 - Julio Cesar Colpo da Silveira - 5ª turma (2006/2008) - ANVISA

11h50 – 12h10

Influenza pandêmica A (H1N1) 2009: situação epidemiológica e análise da resposta em Teresina-PI, 2009-2010 - Marcio Denis Medeiros Mascarenhas - 4ª turma (2005/2007) – CIEVS/SMS/Teresina

12h10 – 12h30

Perfil epidemiológico dos atendimentos médicos no 45º Campeonato Mundial Militar de Tiro, Rio de Janeiro, 2010 - Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira – 6ª turma (2007/2009) - CIEVS/DEVEP/SVS/MS

12h30 – 14h00

Almoço

14h00 – 15h40

Mesa 4 – Trabalhos de longo prazo (8ª Turma 2009/2011)

Moderador: Deise Aparecida dos Santos, Consultora – CIEVS/SES/MG

Debatedor: José Cássio Moraes, Professor – FCMSCSP

14h00 – 14h20

Fatores associados à gravidade após vacina Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, Brasil, 2010 – Lacita Menezes Skalinski

14h20 – 14h40

Excesso de Mortalidade atribuído à Influenza no Brasil, 1980-2008 – Felipe Teixeira de Mello Freitas

14h40 – 15h00

Tuberculose meningoencefálica: estimativa do número de casos e fatores associados ao óbito, Brasil, 2002-2008 – Noely Fabiana Oliveira de Moura

15h00 – 15h20

Efetividade da vacina oral monovalente contra rotavírus humano, Brasil, 2007-2009 – Patrícia Marques Ferreira

15h20 – 15h40

Considerações do debatedor

15h40 – 15h50

Debate geral

15h50 – 16h10

Intervalo

16h10 – 17h30

Mesa 5 – Trabalhos de longo prazo (8ª Turma 2009/2011)

Moderador: Marcelo Yoshito Wada – Assessor Técnico – UV-GT-Zoonoses Vetoriais e Raiva /CGDT/DEVEP

Debatedor: Pedro Tauil – Professor– Universidade de Brasília

- 16h10–16h30** Morbimortalidade de acidentes por animais peçonhentos. Brasil, 2000-2009 – **Cristine Nascente Igansi**
- 16h30–16h50** Estudo de Morbidade Hospitalar e Mortalidade por Esquistossomose Mansonii no Brasil de 1997 a 2008 – **Gilmara Lima Nascimento**
- 16h50–17h10** Prevalência de *Salmonella* spp. e de resistência antimicrobiana em carcaças de frango congelado no varejo do Brasil – **Marcelo Augusto Nunes Medeiros**
- 17h10 – 17h30** *Considerações do debatedor*
- 17h30 – 17h40** *Debate geral*
- 17h40 – 19h30** *Reunião: Coordenação e Egressos do Epibus*

Sexta-feira – 01 de abril de 2011

- 09h00–10h30** **Mesa 6 – Trabalhos de longo prazo (8ª Turma 2009/2011)**
- Moderador: Greice Madeleine Ikeda do Carmo – Gerente, UHA/CGDT/DEVEP/SVS/MS
- Debatedor: Expedito José de Albuquerque Luna, Professor da Universidade de São Paulo
- 09h00 – 09h20** Impacto da vacinação de mulheres em idade fértil na prevenção da síndrome da rubéola congênita no Brasil, 2007 a 2009 – **Carolina Monteiro da Costa**
- 09h20 – 09h40** Fatores de Risco para eventos adversos graves à vacina febre amarela – **Carina Guedes Ramos**
- 09h40 – 10h00** Mortalidade por hepatite B no Brasil, 2000 a 2009 – **Márcia de Cantuária Tauil**
- 10h00 – 10h20** *Considerações do debatedor*
- 10h20 – 10h30** *Debate geral*
- 10h30 – 10h40** *Intervalo*
- 10h40 – 12h30** **Mesa 7 – Trabalhos de longo prazo (8ª Turma 2009/2011)**
- Moderador: Márcio Henrique de Oliveira Garcia – Coordenador do CIEVS/SMSDC/RJ
- Debatedor: José Uelers Braga – Professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- 10h40 – 11h00** Fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis em município de pequeno porte, 2010 – **Renata Tiene de Carvalho Yokota**
- 11h00 – 11h20** Utilização de árvore de decisão para modelo de predição para grau de incapacidade em pessoas com hanseníase – **André Peres Barbosa de Castro**
- 11h20 – 11h40** Dengue em Belo Horizonte/MG: Aglomerados espaciais e fatores associados, 2007 a 2010 – **Amanda Priscila de Santana Cabral**
- 11h40 – 12h00** Fatores associados à violência física entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009 – **Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade**

12h00 – 12h20	<i>Considerações do debatedor</i>
12h10 – 12h20	<i>Debate geral</i>
12h30 – 14h00	<i>Almoço</i>
14h00 – 17h00	Sessão de apresentação das Áreas Técnicas da SVS (10ª Turma 2011/2013) Moderador: Eduardo Macário, Coordenador do EPISUS/CIEVS
14h00 – 17h20	Áreas da SVS
17h20 – 19h00	Intervalo
19h00 – 23h00	Cerimônia de Encerramento da 8ª Turma (2009/2011) do EPISUS

5º Encontro Científico do Episu

Programa de Treinamento em
Epidemiologia aplicada aos Serviços
do Sistema Único de Saúde

RESUMOS

Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Febre Maculosa Brasileira, Brasil, 2007 a 2009

Gabriela Baruque Villar¹, Stefan Vilges de Oliveira², Verena Maria Mendes de Souza¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Vigilância da Febre Maculosa Brasileira e outras Rickettsioses - Zoonoses por Roedores e Outros Agravos de Importância Epidemiológica, DEVEP, SVS, MS.

Introdução: A febre maculosa brasileira (FMB) é uma doença infecciosa febril aguda, de elevada letalidade, causada pela *Rickettsia rickettsii* e transmitida por carrapatos, principalmente o *Amblyomma cajennense*. Os objetivos do estudo foram descrever e avaliar o sistema de vigilância epidemiológica da Febre Maculosa Brasileira (SV-FMB), de 2007 a 2009. **Métodos:** Para avaliação dos atributos qualitativos e quantitativos, utilizamos as Diretrizes para Avaliação de Sistemas de Vigilância propostas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2001). As fontes de dados e informações foram o banco nacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET) e o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005). **Resultados:** A FMB foi incluída na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em 2001 e a partir de 2007 passou a integrar o Sinan-NET. Trata-se de um sistema de vigilância passivo e universal e todo caso suspeito deve ser notificado imediatamente, desencadeando investigação do local provável de infecção (LPI) e busca ativa de casos, e devem ser coletadas duas amostras de sangue com intervalo de 14 a 21 dias para análise pareada. No período avaliado, a completude das variáveis ambiente de exposição e evolução do caso foi 10% e 9%, respectivamente, e a duplicidade de registros foi 1,5%. Em relação à inconsistência, 55% dos casos notificados não preencheram a definição de caso suspeito segundo a ficha de investigação epidemiológica (FIE); o encerramento dos casos por critério clínico-epidemiológico ou em branco entre aqueles que apresentavam diagnóstico laboratorial=sim foi 16%; e 23% não foram considerados doença ocupacional apesar de possuírem LPI em ambiente de trabalho. Desde a inclusão da FMB no Sinan-NET houve atualização das definições de caso mas sem ajuste da FIE. A sensibilidade da definição de caso suspeito, segundo a FIE, foi 56% para presença da tríade clínica febre + cefaléia + mialgia e contato com carrapato/animais; e o valor preditivo positivo (VPP) foi 7%. O sistema apresentou oportunidade de 77%, 71% e 66% em relação a suspeita diagnóstica, coleta da primeira e coleta da segunda amostras de sangue, respectivamente. **Conclusões:** O sistema é complexo, com qualidade de dados ruim, oportuno, possui baixo valor preditivo positivo e regular sensibilidade para definição de caso. O sistema é subutilizado e a dificuldade para o diagnóstico e tratamento precoces contribui para a manutenção da elevada letalidade da doença.

Palavras chave: avaliação de sistema de vigilância; febre maculosa brasileira; letalidade.

Processo CNPq: 105766/2010-0

Anotações

Avaliação do Sistema de Vigilância de Epizootias de Primatas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2006 a 2010

João Carlos Guedes de Oliveira¹, Alessandro Pecego Martins Romano², Marco Antônio Barreto de Almeida³, Edmilson Santos³, Aglaêr Alves da Nóbrega¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS).

Introdução: Epizootias de primatas não humanos (PNH) é um evento que compõem a Lista de Notificação Compulsória Imediata. O Rio Grande do Sul iniciou em 2001 a Vigilância de Epizootias (VEPZ) de PNH como evento sentinela para febre amarela. **Objetivos:** Os objetivos desse estudo foram descrever o sistema de VEPZ desse Estado entre 2006 e 2010 e avaliar os atributos qualitativos, quantitativos e sua utilidade. **Métodos:** Utilizou-se o Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems of CDC (2001) para avaliar os atributos qualitativos, quantitativos e utilidade. Utilizamos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), sistema alternativo Estadual e Federal e um questionário padronizado, aplicado aos coordenadores estaduais e regionais. **Resultados:** O sistema de VEPZ de primatas é passivo, universal e apresenta um componente complementar de vigilância ativa. A definição de epizootia suspeita: PNH de qualquer espécie, encontrado doente ou morto (incluindo ossadas), em todo território nacional. Houve mudanças na ficha de notificação, na legislação e adequação da definição de caso. A completude foi acima de 90% em 11 das 13 variáveis analisadas. Identificamos inconsistências (10,4%) na data de notificação que se apresentou anterior a data de início da epizootia. Os coordenadores regionais referiram: utilizar a ficha do Sinan (100%), investigar as notificações (100%) e ter apoio da chefia para investigar (100%). Não foi possível calcular a sensibilidade. O valor preditivo positivo (VPP) foi de 17%. O período de maior notificação foi de dezembro a abril (82,3%). O PNH mais acometido foi do gênero *Alouatta* (99,4%). A oportunidade de notificação foi de 39,3% e de coleta de amostra 99,6%. Os coordenadores regionais relataram carência de recursos humanos (63%) e materiais (47%), mas possuem veículos disponíveis para investigações (100%) e vínculo empregatício permanente com o Estado (100%). A mediana do tempo de serviço na VEPZ foi de 5 anos (1-10). A planilha de monitoramento do estado possui 3% a menos de notificações que a do Ministério, e 92% a mais que a base nacional do Sinan. A VEPZ identificou precocemente a circulação viral em 67 municípios, destes 59 (88%) não registraram casos humanos. Nos 8 municípios restantes todas as notificações de epizootias (100%) precederam os casos humanos. **Conclusão:** O sistema de VEPZ é complexo, flexível, representativo e oportuno para a coleta de amostras na investigação. Tem boa qualidade dos dados, aceitabilidade e estabilidade. O VPP é baixo. Foi útil na detecção precoce da circulação viral, embora casos humanos tenham ocorrido em municípios com epizootias registradas.

Palavras chaves: Vigilância epidemiológica, epizootias de primatas, febre amarela, avaliação de sistema

Processo CNPq: 105767/2010-7

Anotações

Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Doença de Chagas Aguda-Brasil, 2007-2009

Viviane Gomes Parreira^{1,2}; Marcelo Yoshito Wada²; Priscilleyne Ouverney Reis²; Renato Vieira Alves²; Verena Maria Mendes de Souza²; Aglaêr Alves da Nóbrega²

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Unidade Técnica de Zoonoses Vetoriais e Raiva, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Coordenação Geral das Doenças Transmissíveis, DEVEP/SVS, MS.

Introdução: A doença de Chagas é uma zoonose causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* e possui um curso clínico bifásico: fase aguda, podendo evoluir para uma fase crônica. As formas mais comuns de transmissão são: vetorial, oral e vertical. Os casos suspeitos de doença de Chagas aguda (DCA) são de notificação compulsória e imediata. **Objetivos:** Avaliar o Sistema de Vigilância Epidemiológica de DCA, no Brasil, de 2007 a 2009. **Métodos:** Utilizaram-se as recomendações do guia do CDC (2001) para avaliação dos atributos qualitativos e quantitativos. As fontes de dados foram o Sistema de Informação de Agravos de Notificação de DCA (Sinan/DCA) e um questionário padronizado aplicado para os responsáveis pela DCA nas unidades da federação (UF). Os registros duplicados no Sinan foram excluídos. Foram utilizados os parâmetros do Sinan para avaliar a completitude das variáveis, sendo considerado como excelente um preenchimento (igual ou superior a 90%), regular (70 e 89%) ou ruim (inferior a 70%). Os softwares utilizados foram Epi Info 3.5.1 e ReLink III. **Resultados:** Na avaliação da simplicidade verificou-se que as definições de caso confirmado da ficha de investigação e do guia de vigilância epidemiológica são divergentes. No período do estudo foram notificados 8.832 casos suspeitos em 25 Unidades Federadas, e verificou-se 191 (2%) registros com duplicidade. Foram confirmados 940 (11%) casos. Dentre estes, a mediana de idade foi de 39 anos, no qual a transmissão oral foi responsável por 397 (42%) casos confirmados e 394 (99%) na região norte. A completitude das variáveis essenciais variou de 47% a 96%. Encontrou-se 8% de inconsistência para datas de encerramento e diagnóstico e 24% entre os critérios de confirmação e/ou descarte do caso. O valor preditivo positivo foi 11%. A oportunidade de notificação (≤ 7 dias do início de sintomas) foi 53%, a de investigação (até 2º dia após a notificação) foi 95% e de diagnóstico (até 84 dias após início de sintomas) e de encerramento (até 60 dias após data de notificação) foi 99% e 56%, respectivamente. Entre os 26 responsáveis pela DCA nas unidades federadas que responderam ao questionário, 11 (42%) relataram número de técnicos suficiente, entretanto em 15 (58%) o sistema sofreu interrupções por falta de pessoal e em 10 (38%) por falta de material. **Conclusão:** O SVE/Chagas de 2007 a 2009 foi considerado complexo, com regular aceitabilidade, qualidade dos dados e oportunidade. Valor preditivo positivo bom e estabilidade ruim. Apesar do sistema não cumprir com todos os objetivos propostos, permite a investigação dos casos agudos visando à adoção de medidas de controle e possibilitando caracterizar a situação epidemiológica da DCA no Brasil.

Palavras chaves: doença de chagas aguda, sinan, sistema de vigilância

Processo CNPq: 105769/2010-0

Anotações

Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos. Brasil, 2008 a 2009

Fernanda Santos Bordalo¹, Greice Madeleine Ikeda do Carmo², Andréia Kelly Roberto Santos², Walquiria Delnerio Almeida Prado², Aglaêr Alves da Nóbrega¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ² Unidade Técnica de Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar, Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis, DEVEP, SVS, MS.

Introdução: As doenças transmitidas por alimentos (DTA) são afecções sindrômicas provocadas pelo consumo de alimentos contaminados por microrganismos patogênicos e/ou suas toxinas, parasitas ou substâncias tóxicas em quantidade que afete a saúde do consumidor. Apesar da alta incidência das DTA, a maioria dos casos não é notificada, estimando-se que a frequência real seja 350 vezes maior que a indicada nos relatos oficiais. Os objetivos do trabalho foram descrever e avaliar o sistema de vigilância epidemiológica das DTA (VE-DTA), no Brasil de 2008 a 2009. **Métodos:** Para avaliar os atributos qualitativos e quantitativos foram utilizadas as Diretrizes para Avaliação de Sistemas de Vigilância propostas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2001). As fontes de dados foram o banco nacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-Net) e questionário padronizado (FORMSUS) enviado aos Coordenadores Estaduais do Programa. **Resultados:** A VE-DTA foi implantada em 1999 em parceria com outras instituições. É um sistema de vigilância passivo, universal com enfoque na notificação e investigação de surtos. Opera em três níveis de gestão, integrado a vigilância sanitária e laboratórios de saúde pública. Para a notificação e investigação são utilizados dois formulários e a Ficha de Notificação e Investigação do Sinan-Net que possui 161 variáveis. Quanto à qualidade dos dados, a completude das variáveis essenciais variou de 57,4 a 93,3%; a duplicidade de registros foi 49%; quanto às inconsistências, observou-se que dos surtos encerrados por critério de confirmação laboratorial, 15% não tiveram coleta de amostras e 26% e 38% estavam sem identificação do agente etiológico e do alimento causador, respectivamente. Dos 1274 surtos notificados no Sinan-Net, 1120 (87,9%) foram investigados. Quanto às capacitações promovidas pelo nível nacional, dos 11 coordenadores estaduais que responderam, 90% participaram. A estabilidade do sistema de informação foi avaliada comparando-se o número de surtos da base estadual com a nacional. Foi observado que, em 91% dos estados avaliados, houve discordância entre as duas bases de dados. Quanto à oportunidade, 91% dos surtos foram investigados em até 24 horas e 76% encerrados em até 60 dias. O sistema é utilizado para conhecer o comportamento das DTA nos estados (81,8%), direcionar capacitações para profissionais de saúde (91%), planejar e implementar ações (100%). **Conclusões:** O sistema é complexo, com qualidade de dados ruim, com boa aceitabilidade, oportuno quanto à investigação e útil para prevenir a ocorrência de casos e surtos de DTA através de ações integradas com a vigilância sanitária.

Palavras chaves: avaliação de sistema de vigilância, doença transmitida por alimento, DTA, surto

Processo CNPq: 105808/2010-5

Anotações

Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Varicela, Araucária-PR, 2003 a 2009

Priscila Leal e Leite¹, Fabiano Marques Rosa², Tereza Cristina Vieira Segatto², Luiz Alberto Cordeiro³, Danizete Batista da Silva³, Carmem Adriana Cordeiro³, Verena Maria Mendes de Souza¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Unidade Técnica das Doenças de Transmissão Respiratórias e Imunopreveníveis (URI), Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT), DEVEP, SVS, MS; ³Vigilância Epidemiológica de Araucária, Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR.

Introdução: A varicela é uma doença exantemática aguda, contagiosa, causada pela infecção do vírus da varicela zoster (VZV). No Brasil, apesar da varicela não fazer parte da Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória, o município de Araucária/PR instituiu a notificação compulsória em 2003. **Objetivos:** Descrever e avaliar o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Varicela (SVEV) em Araucária, no período de 2003 a 2009. **Métodos:** Utilizou-se o Guidelines for evaluating public health surveillance systems of CDC (2001) para avaliação dos atributos qualitativos e quantitativos. As fontes de dados e informações foram o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), documentos da vigilância epidemiológica, informações dos técnicos e questionários com os profissionais de saúde. **Resultados:** O SVEV-Araucária é passivo e seus objetivos e definições de casos seguem os descritos no guia de vigilância epidemiológica (VE) nacional. São utilizados dois instrumentos de coleta: a Ficha de Notificação Individual do SINAN (FNI/Sinan) e a Ficha de Notificação e Investigação criada pela VE municipal (FNI/Araucária), o que gera um duplo trabalho para os técnicos da VE. O sistema de informação (Sistema Araucária) que armazena a FNI/Araucária não permite a emissão de relatórios e análise dos dados. As fichas são encaminhadas semanalmente a VE e os dados da FNI/Sinan seguem o fluxo de informação do Sinan. Existem três definições de casos e não é necessária a confirmação laboratorial para estabelecer o diagnóstico. Não foram incorporadas mudanças no sistema necessárias para as ações de vigilância. 100% das unidades de saúde notificaram casos de varicela e 54% dos profissionais de saúde responderam aos questionários. Todas as variáveis essenciais apresentaram completude >90%, não foram encontradas inconsistências e a duplicidade foi de 0,7%. Entre os casos, 51% eram do sexo masculino e a faixa etária mais acometida foi de 5 a 9 anos (45%). A oportunidade de investigação foi de 92% entre 2007 e 2009. Não houve rotatividade dos técnicos da VE, os vínculos são efetivos e o sistema está operando completamente há sete anos. O sistema é capaz de descrever a ocorrência da doença por faixa etária e sazonalidade. **Conclusões:** O SVEV-Araucária foi considerado simples, boa qualidade dos dados, aceitabilidade regular, representativo, oportuno e estável. É subutilizado, limitando sua capacidade em responder aos seus objetivos. A indisponibilidade dos dados do Sistema Araucária impossibilita análise das características clínicas da doença, complicações e situação vacinal.

Palavras chaves: varicela, sistema de vigilância epidemiológica da varicela, sinan, vigilância epidemiológica

Processo CNPq: 105764/2010-8

Apresentação do dia 30 de março de 2011

Anotações

Avaliação do Sistema de Vigilância das Intoxicações Exógenas no Brasil, 2007-2009

Hiane Santos de Jesus¹, Henrique de Barros Moreira Beltrão², Marilisa Fonseca de Lima Lange³, Dalva Maria de Assis¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ² Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; ³Vigilância Epidemiológica das Zoonoses e Intoxicações Exógenas. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR

Introdução: Intoxicação Exógena (IE) é a manifestação clínica dos efeitos produzidos no organismo após exposição a substâncias químicas. Em 2004, sua notificação tornou-se compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e restrita à saúde do trabalhador em Serviços Sentinela (Renast). **Objetivos:** Avaliar o sistema de vigilância das IE no Brasil de 2007 a 2009 através de atributos quantitativos e qualitativos. **Métodos:** Foram utilizadas as diretrizes do Update Guidelines for Evaluating Disease Surveillance Systems (CDC, 2001). Para qualidade de dados, utilizaram-se os parâmetros do Sinan e para sensibilidade, os registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Questionários eletrônicos estruturados foram enviados aos técnicos responsáveis dos 27 estados. Softwares utilizados: Epi-Info, TabWin, ReLink III, FormSUS, Office 2007. **Resultados:** Dos 27 estados, 16 responderam os questionário. Destes, 79% consideraram suficiente o número de variáveis da Ficha Individual de Investigação (FII). Os técnicos estaduais negam ou desconhecem a prestação de assistência técnica (69%), confecção de boletins epidemiológicos (94%) e material educativo (75%) sobre as IE. O tempo mediano entre a entrada e o armazenamento dos dados da FII foi de 15 minutos (3 min – 30 dias) e a mediana de tempo de trabalho na vigilância foi de 0,5 ano (0,25 - 5) para o nível central e um ano (0-15) para o estadual. Os recursos humanos foram considerados insuficientes (81%). Além da Renast, serviços de saúde diversos, estabelecimentos industriais e agropecuários notificaram 96.048 casos de IE, sendo 3.012 (3%) duplicidades. Observou-se que 26 (37%) variáveis apresentaram completude inferior a 70%. A mediana da oportunidade de notificação foi de zero dia (0 - 1095), a de investigação de zero dia (0 - 731) e a de encerramento de um dia (0-937). Os dados do Sinan referentes à intoxicação em trabalhadores se diferem significativamente em sexo e escolaridade comparados com literatura, mas revela a distribuição espaço-temporal das lavouras no país. A sensibilidade do sistema foi 23% e o Valor Preditivo Positivo (VPP) foi 60%. Os dados seguem o fluxo estabelecido pelo Sinan, mas não há definição de uma coordenadoria estadual. Não foi possível avaliar a utilidade devido à ausência de documentos oficiais com a descrição dos objetivos do sistema. **Conclusão:** O sistema de vigilância das IE é simples, flexível, oportuno e instável. A qualidade de dados e a representatividade são regulares. A sensibilidade e o VPP são baixos. Recomenda-se estabelecer o fluxo do sistema de vigilância dentro das secretarias estaduais e elaborar Guia das IE definindo os objetivos para esta vigilância.

Palavras chave: intoxicações exógenas, saúde do trabalhador, avaliação de sistemas de vigilância em saúde, sinan

Processo CNPq: 105765/2010-4

Anotações

Avaliação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena, Distrito Sanitário Especial Indígena/Cuiabá, 2000 a 2009

Veruska Maia da Costa¹, Eduardo Marques Macário¹, Osmara Aparecida Grecco Nogueira², Dalva Maria de Assis¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ² Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), MS; ³Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGSAI), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), MS.

Introdução: O Sistema de Informação de Saúde Indígena (Siasi) faz parte de um subsistema de saúde criado para atender populações vulneráveis – indígenas aldeados. Este subsistema é organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), dos quais Cuiabá é um dos que utilizam o Siasi desde sua criação. **Objetivos:** Avaliar o Siasi no Dsei/Cuiabá no período de 2000 a 2009. **Métodos:** Baseado no Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems of CDC (2001), utilizou-se base de dados do Siasi, do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); documentos técnicos e questionário padronizado. Usou-se, o Epiinfo 3.5.1, Access 2007 e o Reclink III. **Resultados:** O objetivo do Siasi é monitorar a saúde dos povos indígenas pelo cadastramento individual, cobertura vacinal e; perfil de natalidade e morbimortalidade. A coleta de dados é realizada nas aldeias por equipes multiprofissionais e a inserção dos dados é centralizada no Dsei. O sistema emite relatórios e, mesmo tendo sofrido quatro atualizações, não exporta o banco de dados. A completitude média das variáveis de cadastro individual foi de 85%, e não foram observadas inconsistências entre datas (nascimento posterior ao óbito). Para variáveis de óbitos, a CID teve 70% de completitude e, 22% tiveram inconsistências por apresentar mais de uma causa básica. As causas mal definidas representam 30% dos óbitos registrados. O preenchimento de lote de vacina foi de 10% e, 9% de inconsistências em indivíduos não vacinados com registro de lotes. As planilhas paralelas do Dsei/Cuiabá geram divergências na informação como, por exemplo, na cobertura vacinal. A sensibilidade para nascidos vivos e óbitos foi de 35% e 46%, respectivamente. Relatou-se perdas de informações, descontinuidade das análises e inexistência de rotina de envio dos dados para base nacional. A permanência média dos profissionais é de um ano, sendo que 85% deles possuem contratos temporários. Cerca de 50% das aldeias foram visitadas a cada mês, e as parasitoses, as mais frequentes na população assistida, corroborando com a literatura. **Conclusão:** O Siasi foi considerado complexo, com baixa aceitabilidade e estabilidade, porém flexível. É parcialmente representativo, com baixa sensibilidade e qualidade de dados ruim, no entanto é útil para cadastrar indígenas, nascimentos e óbitos, pois contém mais registros que os sistemas oficiais (Sinasc e SIM). Portanto, recomenda-se capacitar os profissionais, estabelecer rotina de exportação dos dados permitindo análises, integração com demais sistemas nacionais aumentando a qualidade das informações e investigar óbitos com causa mal definida.

Palavras chaves: Siasi, sistema de informação, avaliação de sistema

Processo CNPq: 105768/2010-3

Apresentação do dia 30 de março de 2011

Anotações

Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, Brasil, 2008 e 2009

Andréa de Paula Lobo¹, Fernando Ribeiro de Barros²; Polyanna Christine Bezerra Ribeiro²; Flávia Kelli Alvarenga Pinto²; Verena Maria Mendes de Souza¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, DEVEP, SVS, MS.

Introdução: O ambiente hospitalar é uma importante fonte de Doença de Notificação Compulsória-DNC, principalmente casos graves. A Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar-VEH foi instituída, nacionalmente, pela Portaria GM nº 2.529/2004 bem como a Rede de Referência Nacional (RRN) para VEH, composta por 190 hospitais, que dispõem de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia-NHE que são unidades operacionais da VEH. Compete ao Ministério da Saúde a avaliação da VEH. **Objetivos:** Avaliar a VEH desenvolvida pelos hospitais que compõem a RRN, 2008 e 2009. **Método:** A avaliação dos atributos quantitativos e qualitativos seguiu as diretrizes do "Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance System" (CDC, 2001). Utilizou-se dados secundários sobre dengue originados pela RRN. A dengue foi selecionada por ser a DNC mais notificada pela RRN. As fontes de dados e informação foram a base nacional do Sinan, a Portaria nº2.529/2004 e entrevistas não-estruturadas com informantes chave. **Resultados:** O objetivo do NHE é realizar ações de vigilância epidemiológica de DNC em âmbito hospitalar. Os 190 hospitais da RRN são distribuídos em todo País e recebem incentivo financeiro específico para o desenvolvimento das ações. Foram encontrados 2% de registros de dengue duplicados; a completude das variáveis referentes à febre hemorrágica, dengue com complicações e síndrome do choque do dengue foi considerada excelente; foram encontrados 15% de inconsistências (casos de FHD que não atendiam aos critérios de confirmação). Das Unidades Federadas seis (22%) possuem número de hospitais que compõem a RRN abaixo do mínimo preconizado e cinco (18%) apresentam número além do mínimo esperado. Não houve interrupção do repasse financeiro para as ações do NHE, porém não há rotina de análise dos dados da VEH, principalmente quanto à captação e notificação de doenças e agravos de notificação imediata. O valor preditivo positivo dos casos de dengue notificados pela RRN foi de 47% (38.468/81.191) e 55% (21.745/39.561), em 2008 e 2009, respectivamente. A notificação de casos de dengue hospitalizados na RRN ocorreu em até 24 horas em 61% do total e a investigação ocorreu em até 24 horas em 93% dos casos notificados. **Conclusão:** A VEH foi considerada complexa, com regular qualidade dos dados, estável, representatividade e oportunidade regulares. Considerando os objetivos e avaliação dos atributos, a VEH foi considerada subutilizada. Recomenda-se ao Ministério da Saúde rever os objetivos da VEH, priorizando a detecção e investigação de doenças e agravos de notificação imediata, incentivar a utilização do Sinan nos NEH e estabelecer rotina de análise e crítica dos dados dos NHE.

Palavras chave: Vigilância epidemiológica hospitalar; avaliação; Núcleos hospitalares de epidemiologia

Processo CNPq: 105806/2010-2

Apresentação do dia 30 de março de 2011

Anotações

Avaliação do Sistema de Vigilância da Tuberculose, Porto Alegre/RS, 2006 a 2009

Juliana Alves Dias¹, Patrícia Bartholomay Oliveira², Gisele Pinto de Oliveira², Stefano Barbosa Codenotti², Dalva Maria de Assis¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS);

²Programa Nacional de Controle da Tuberculose, DEVEP, SVS, Ministério da Saúde

Introdução: O Brasil encontra-se na 19ª posição entre os 22 países de maiores cargas de casos de tuberculose (TB) no mundo. Porto Alegre/RS possui a maior incidência de TB dentre as capitais brasileiras. **Objetivo:** Avaliar o sistema de vigilância (SV) da TB em Porto Alegre/RS, no período de 2006 a 2009. **Métodos:** Foram utilizadas as diretrizes do Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems (CDC 2001), como fonte de dados utilizou-se informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) municipal, estadual e nacional, Sistema de Informações de Mortalidade e SV-TB Multirresistente. Adicionalmente foram coletadas informações pontuais em visita ao município e relatórios de dados laboratoriais. **Resultados:** O SVTB em Porto Alegre tem como objetivos diminuir a transmissão do bacilo, pela detecção precoce e tratamento adequado. O caso confirmado por critério clínico laboratorial ou clínico-epidemiológico deve ser notificado no Sinan e o encerramento, bem como a atualização das informações de acompanhamento, ocorre ao fim do tratamento. Na qualidade dos dados, variáveis avaliadas da ficha de notificação e boletim de acompanhamento apresentaram completitude $\geq 90\%$ e inconsistências inferiores a 0,3%. Entre os 5.792 casos novos diagnosticados no período, 82% foram notificados em hospitais e centros de referência, o Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi realizado em 7,6% dos casos e 27,4% dos contatos identificados foram examinados, caracterizando baixa aceitabilidade. Na transição para o Sinan-Net foram incluídas as variáveis TDO realizado e contatos examinados, demonstrando flexibilidade do sistema. A sensibilidade do sistema em captar casos que evoluíram a óbito foi de 76,4% e de casos de TBMR 66,7%. O sistema foi considerado representativo, quando comparado com estudo realizado em hospital terciário de Porto Alegre. A oportunidade de inclusão de notificações em até sete dias, encerramento dos casos curados em 180-270 dias e início do tratamento em 24 horas a partir do diagnóstico foi inferior a 90%. Os casos notificados no período, utilizando para o cálculo as bases municipal, estadual e nacional demonstraram variações inferiores a 5%. **Conclusões:** O sistema é complexo, possui excelente qualidade de dados, baixa aceitabilidade e é flexível. Apresenta baixa sensibilidade para captar casos que evoluíram a óbito ou tornaram-se TBMR, é representativo, de oportunidade regular e estável. O sistema é subutilizado, considerando os objetivos propostos. Recomenda-se a descentralização das ações de vigilância, com o objetivo de melhorar a aceitabilidade, oportunidade e utilidade do sistema.

Palavras chave: tuberculose, vigilância, avaliação de sistema

Processo CNPq: 105763/2010-1

Anotações

Reemergencia de Sarampión en Argentina: Brote en Buenos Aires, 2011.

Josefina Blanco¹, Silvina Bernasconi¹, María Florencia Pérez¹, María Virginia Sciarretta¹, Ana Paula Morra¹, Andrea Rodriguez Llach¹.

¹Residente de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Introducción: El sarampión es una enfermedad infecciosa de la cual Argentina estaba libre de circulación desde el año 2000 y toda América desde el año 2002. El día 06/08/2010, se detectó un caso sospechoso en el partido de Vicente López, Provincia de Buenos Aires. El objetivo del trabajo fue confirmar la existencia del brote, interrumpir la cadena de transmisión e implementar medidas de vigilancia intensificada, prevención y control. **Métodos:** Se realizó una búsqueda activa de nuevos casos entre todos los contactos de los casos sospechosos, tomándose como caso sospechoso a *todo paciente con fiebre >38°, exantema o enantema (Manchas de Koplik), o en la que el profesional de la salud sospeche sarampión o rubeola, y como caso confirmado a todo aquel caso sospechoso con confirmación de laboratorio o nexa epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.* Se utilizaron para la confirmación de casos los métodos de diagnóstico ELISA y PCR a partir de muestras de hisopado nasofaríngeo, sangre u orina. Se realizaron monitoreos rápidos de cobertura. **Resultados:** Se estudiaron 1115, de los cuales 17 fueron confirmados y 355 descartados según el algoritmo de diagnóstico. Todos los casos confirmados fueron residentes de la provincia de Buenos Aires. El caso índice correspondió a un varón de 33 años proveniente de Sudáfrica. El genotipo aislado fue el B3 (INEI/ANLIS) en todos los casos. Se realizaron acciones de bloqueo en cada caso sospechoso, a cargo de las autoridades municipales. Se realizaron campañas de vacunación, agregándose una dosis de vacuna antisarampionosa a los niños de entre 6 meses y 5 años, residentes de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se alcanzó una cobertura del 100% en el grupo de 6 a 12 meses de edad, en las regiones sanitarias afectadas. **Conclusión:** Se confirmó la existencia de un brote de sarampión con transmisión autóctona. Los resultados epidemiológicos y de laboratorio indicaron su importación desde Sudáfrica. El brote se limitó a la provincia de Buenos Aires. Las medidas de vacunación implementadas lograron un nivel óptimo de cobertura antisarampionosa.

Palabras clave: sarampión – brote – triple catarro – Koplic.

Anotações

Investigação de surto de Sarampo na província de Manica, Moçambique

Sinésia José¹, Thebora Sultane¹

¹FELTP Moçambique

Introdução: Até Outubro de 2010 Moçambique reportou 1500 casos suspeitos, dos quais 660 foram IgM+ para o Sarampo. No país, a província mais afectada foi a de Tete, e na região o Zimbabwé e o Malawi tiveram epidemias de grande magnitude. O objectivo desta investigação foi caracterizar o surto do Sarampo na província de Manica, distrito de Barué, uma vez que esta faz fronteira com a província de Tete, e com o país vizinho, Zimbabwé. **Métodos:** Foi feita a listagem dos casos através da revisão dos livros de registo, Boletim Epidemiológico Semanal (BES) e Ficha de Investigação de Caso (FIC), no período de 1 de Agosto a 10 de Dezembro de 2010 no distrito de Barué. Adicionalmente, efectuou-se a colheita de amostras de secreção nasofaríngea dos casos recentes e enviadas ao laboratório regional para genotipagem. **Resultados:** Foram encontrados para o mesmo período 90 casos pela listagem, 71 no BES e 9 pelas FIC com as maiores taxas de ataque nas semanas 42, 45 e 46 (Novembro). Os grupos de idade com maiores taxas de ataque foram os <1 ano e 15 a 29 anos com taxas de ataque de 2.1 e 2.0 por 1000 habitantes respectivamente. As áreas de saúde de Catandica e de Nhampassa foram as mais atingidas com taxas de ataque de 1.4 e 1.0 por 1000hab. As 6 amostras foram todas PCR positivas para o sarampo, e o genótipo encontrado foi o B3. **Conclusão:** Houve falhas no processo de vigilância. O BES é um instrumento importante para tomada de decisão a todos os níveis. O vírus circulando em Barué é consistente com o genótipo típico da África Austral.

Palavras-chave: Sarampo, surto, BES, genótipo

Anotações

Casos de Pneumonia Eosinofílica de Causa desconhecida, Manaus, julho e agosto, 2010

Priscila Leal e Leite¹; Carina Guedes Ramos¹; Dalva Maria de Assis¹; Wildo Navegantes de Araújo¹; João Hugo Abdalla Santos²; Liane Socorro Souza³; Bernardino Cláudio de Albuquerque^{3,4}; Marcelo Cordeiro dos Santos^{3,5,6}

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS), Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS), Brasília/DF; ²Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado, Amazonas/AM; ³Fundação de Vigilância em Saúde, Amazonas/AM; ⁴Universidade Federal do Amazonas, Amazonas/AM; ⁵Universidade do Estado do Amazonas, Amazonas/AM; ⁶Centro Universitário Nilton Lins, Manaus/AM

Introdução: Pneumonia Eosinofílica (PE) se define como infiltração pulmonar por eosinófilos podendo ou não estar associada à eosinofilia periférica. Por se tratar de doença rara, a prevalência é desconhecida. O diagnóstico diferencial inclui exposição a parasitas, produtos tóxicos inalados, medicamentos e drogas ilícitas, história de asma e alergias. Dentre as infecções parasitárias, a Síndrome de Löeffler (SL) caracteriza-se pela migração de larvas de helmintos pelos pulmões, desencadeando, em alguns casos, uma reação de hipersensibilidade como a PE transitória. **Objetivo:** Descrever os casos ocorridos em 2010 e levantar hipóteses sobre a etiologia da doença. **Métodos:** Estudo descritivo do tipo série de casos de indivíduos com o diagnóstico de PE em Manaus/AM, entre junho e julho de 2010. Como fonte de dados utilizou-se prontuários médicos, entrevistas e registros do seguimento dos casos por quatro meses. **Resultados:** Foram registrados 21 casos suspeitos de PE, destes 16 foram confirmados. Nove (56%) casos eram do sexo masculino, a mediana de idade foi de 40 (19-57) anos, anos de estudo foi seis (2-15) anos e renda familiar mensal de R\$570,00 (300,00-3.000,00). Quatorze (88%) casos consomem água da torneira e poço e 8 (50%) fazem o tratamento desta água para consumo. Todos os casos apresentaram febre, tosse, dispnéia, infiltrado pulmonar e eosinofilia periférica acima de 10%. Achados radiológicos de tórax evidenciaram que nove (56%) casos tinham infiltrado intersticial e sete (44%) misto, todos com comprometimento bilateral. A mediana de eosinofilia periférica foi de 33% (13-60). Onze (69%) casos negaram uso de medicamentos, 15 (94%) não relataram asma e 14 (88%) alergia. Todos os casos foram tratados com corticóides, evoluindo com melhora clínica, radiológica e normalização dos níveis séricos de eosinofilia. Dos 12 pacientes que aderiram ao seguimento clínico, todos apresentaram sintomatologia gastrointestinal, como náusea, vômitos, diarreia dor abdominal e parasitológico de fezes positivo para ovos e larvas de *Ascaris lombricoides*. Em todos os pacientes, no momento da ascarirose intestinal, foi observado eosinofilia periférica sem comprometimento pulmonar. **Conclusão:** Ocorreu um surto de PE em Manaus. Não foi identificada exposição a produtos tóxicos ou uso de drogas e medicamentos recentes que estivessem ligados ao adoecimento. A baixa condição sócio-econômica dos casos, com manifestação clínica moderada e auto-limitada de PE, e a ocorrência posterior de ascarirose, sugerem a hipótese de SL. Recomenda-se continuidade de investigação clínica dos casos para melhor caracterização quanto ao agente etiológico e fatores associados ao adoecimento.

Palavras chaves: Pneumonia eosinofílica, Síndrome de Löeffler, eosinofilia.

Anotações

Brote de miocarditis chagásica aguda de posible transmisión oral en aguachica colombia, mayo de 2010.

Pilar Zambrano^{1, 2}, Martha Ayala², Carolina Flórez², Marleny Montilla², Claudia Alvarez², Jackeline Bracho³, Hugo Soto³, Maria Teresa Garcés³

¹FETP (c) Colombia, ²Instituto Nacional de Salud, ³Secretaría de Salud de Cesar.

Introducción: La enfermedad de Chagas es una zoonosis causada por el *Trypanosoma cruzi*, durante el año 2004 se estimó en Colombia cerca de 3 millones de personas en riesgo de contraer la enfermedad y 1.3 millones infectados. (1) Evidencias experimentales sugieren que la transmisión oral ocurre a partir de formas tripomastigotas, epimastigotas, y de amastigotes de masas celulares de mamíferos o vectores contaminados (2). El objetivo del estudio fue caracterizar el brote debido a que en los últimos 3 años, se incrementaron de manera inusitada los brotes de posible transmisión oral (3). **Métodos:** Se realizó un estudio de foco que incluyó investigación epidemiológica, búsqueda activa comunitaria e institucional, diagnóstico parasitológico directo e indirecto, estudio entomológico, de reservorios, y consumo de alimentos en una cohorte retrospectiva. **Resultados:** Se confirmaron 12 casos, habitantes del barrio Jerusalén de Aguachica. La mayor parte mujeres 75%. El promedio de edad 31.9 años, rango entre 2 - 76 años. El 100% de los pacientes hospitalizados. La infección ocurrió entre el 14 y el 26 de abril de 2010. La confirmación diagnóstica se realizó mediante pruebas directas 33% e indirectas 100%. Síntomas: fiebre 83%, edema en cara 50%, edema miembros inferiores 42%, alteración del EKG 58%, derrame pericárdico 17%, disnea, dolor abdominal y osteomiasias 50%. La letalidad fue de 8,3%. En el estudio entomológico identificó *Rhodnius pallescens* no domiciliado, 30.4% infectados con *Trypanosoma sp.* El estudio de reservorios no logró capturas. Los RR del estudio de consumo de alimentos en una cohorte de 18 personas fueron: jugo banano (RR 2.4, IC95% 0.47-12.3), guarapo (RR 1.05, IC95% (0.54-2.01); Jugo de maracuyá (RR 1.28, IC95% 0.68-2.73), jugo de tomate de árbol (RR 1.12, IC95% 0.58-2.1); el RR para consumo de masato fue significativo 1.41 IC95% (1.04-1.92). **Conclusión:** El brote se definió como de posible transmisión oral debido a la presentación simultánea de casos, ausencia de triatominos domiciliados, ausencia de puerta de entrada del parásito, cuadro clínico severo, y ausencia de otra vía de transmisión. No se lograron analizar alimentos, debido al tiempo prolongado entre la infección y la confirmación de los casos.

Palabras clave: *Trypanosoma cruzi*, transmisión oral, miocarditis aguda.

Anotações

Curso Básico de Resposta ao Evento de Saúde (CBRES)

Matheus de Paula Cerroni¹, Rodolfo Navarro Nunes², Verena Maria Mendes de Souza¹, Jean Carlos dos Santos Barrado³

¹Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde – CIEVS; ²Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; ³Coordenação de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde do município do Rio de Janeiro.

Introdução: O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) afirma o compromisso de o Estado Brasileiro estar integrado a uma rede mundial de vigilância de agravos a saúde. Uma estratégia para atender o RSI no país foi à abordagem integrada de vigilância e resposta em saúde e a criação da rede do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS) por todo país. Ainda visando compor a rede proposta pelo RSI, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, vêm realizando várias atividades conjuntas, entre estas, a capacitação de recursos humanos para resposta técnica integrada diante dos riscos e emergências em saúde pública. Nomeado de Curso Básico de Resposta ao Evento de Saúde (CBRES) é a proposta de capacitação de método participativo e predominantemente prático. Esta proposta com uma inovação metodológica vem sendo aplicada no Brasil desde 2008 no Estado do Rio Grande do Norte. **Objetivos:** Capacitar profissionais de saúde à realização de investigação epidemiológica básica de emergências de saúde pública local, apoiando investigações mais complexas. E ampliar a integração inter e intra-institucional das vigilâncias com a resposta integrada a riscos e emergências em saúde pública. **Métodos:** Com técnica pedagógica construtivista também são utilizadas atividades práticas e participativas. O curso possui uma carga total de 40 (quarenta) horas ministradas em uma semana corrida. O público alvo é profissional que atue na resposta aos riscos para a saúde pública e às situações de emergência em saúde pública nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras. **Resultados:** O aluno ou treinando? ao final do curso deverá estar apto a detectar a ocorrência de surto ou evento inusitado, conhecer as etapas de uma investigação. Saber elaborar uma definição de caso e descrever detalhadamente o evento por pessoa, tempo e lugar. Além de levantar hipóteses gerando pelo menos um relatório epidemiológico com recomendações e medidas de prevenção e controle do evento. **Conclusão:** A investigação de Eventos de Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional exige diversos atributos e qualificações dos profissionais envolvidos em uma investigação. Além dos elementos conceituais de formação e experiência, exige-se postura ética frente às pessoas e instituições, além da sabedoria de trabalhar em equipe.

Palavras chave: capacitação, estudo descritivo, investigação de surto.

Anotações

Implantação do CIEVS no município do Rio de Janeiro: dois anos de experiência, avanços e desafios

Márcio Henrique de Oliveira Garcia¹, Ana Wieczorek Torrens¹, Débora Araújo de Medeiros¹, Jean Carlos dos Santos Barrado¹, Joelma Ferreira Gomes Castro¹, Juliana Dias Vieira¹, Marcos Vinicius de Barros Pinheiro¹, Paulo Roberto de Almeida Barbosa¹, Thainá Alves Malhão¹

¹Coordenação de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Introdução: Com o objetivo de aprimorar as respostas às emergências em saúde pública do Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, inaugurou em 2005, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs). Em março/09, foi criado o Cievs do município do Rio de Janeiro corroborando com a implementação da Rede Nacional de Alerta e Resposta (Rede Cievs). **Métodos:** Estudo descritivo com ênfase na estruturação física e tecnológica, recursos humanos, estrutura organizacional e principais atividades desenvolvidas. Período: março/09 a dezembro/10. **Resultados:** A estrutura física e tecnológica é composta por 03 salas integradas (comando, operações e reuniões), com capacidade para 35 pessoas e equipamentos específicos: computadores, telefones, impressoras, equipamentos de áudiovisual, áudio e videoconferência, redes de internet com e sem fio (institucional e particular), TV por assinatura, GPS e rádios comunicadores. A equipe é formada por 10 profissionais, sendo 09 de nível superior (saúde pública). A estrutura organizacional é composta pela Coordenação, 02 Divisões (Informação Estratégica e Resposta Rápida), Plantão (04 técnicos com remuneração específica) e o Setor Administrativo. Dentre as atividades, destaca-se o monitoramento e a resposta de potenciais emergências em saúde pública (Anexo 2 - Portaria nº 104/GM/MS) com 49 eventos monitorados, sendo 13 com o desenvolvimento de atividades de campo (investigação e controle). Em especial, destaca-se em 2009, a epidemia de Influenza H1N1 com 868 casos e 64 óbitos confirmados. Diariamente, realiza-se a captura na mídia de notícias de importância para saúde pública. No período foram elaborados 47 informes semanais com um total de 531 notícias enviados para 251 endereços eletrônicos (profissionais de saúde e e-mails institucionais). No âmbito das capacitações, foram realizados 02 Cursos Básicos de Investigação de Surtos, 01 de Epiinfo e 01 Seminário sobre Saúde do Viajante, totalizando 185 participantes. Para melhorar o desempenho das atividades e para o fortalecimento institucional foram e/ou estão sendo elaborados procedimentos operacionais padrão e resoluções para instituição do Cievs e do Comitê Permanente de Emergência e Eventos de Massa. **Conclusão:** O Cievs do município do Rio de Janeiro está em estágio avançado de estruturação, tendo como prioridade atual o aprimoramento das relações institucionais (internas e externas) para melhor definição de papéis e competências específicas. O maior desafio é o fortalecimento da Rede Municipal de Alerta e Resposta de forma a garantir oportunidade e qualidade nas ações de monitoramento e resposta frente às emergências de saúde pública.

Palavras chaves: Emergências; Vigilância Epidemiológica; Saúde Pública

Anotações

Análise de sobrevivência como instrumento para avaliação do risco acumulado para leptospirose no Rio de Janeiro, 2000 a 2010.

Jean Carlos dos Santos Barrado^{1,2,3}, Wildo Navegantes de Araújo³

¹Coordenação de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro; ²Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; ³Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS), Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde

Introdução: A leptospirose é uma doença febril aguda causada por diversos sorovares da bactéria *Leptospira interrogans*, de ampla distribuição, e envolve animais sinantrópicos em sua cadeia de transmissão. Vários fatores influenciam a epidemiologia da doença como as condições de saneamento que foram avaliadas neste trabalho com intuito de verificar se o gradiente de exposição ao longo dos anos favorece a ocorrência deste agravo. **Métodos:** Realizado uma coorte dos casos suspeitos de leptospirose residentes no município do Rio de Janeiro, notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação no período de 2000 a 2010. Foram usadas as variáveis da ficha de notificação (dados truncados) e do censo do IBGE de 2000. Usamos a estimativa de sobrevivência e a função de risco pelo estimador de Kaplan Meier. O teste de log-rank foi usado para avaliar diferenças de sobrevivência. Descrevemos brevemente os grupos, seguindo com um modelo univariado e multivariado, usando modelo de riscos proporcionais de Cox. As análises foram feitas no software R 2.11.0. **Resultados:** Foram incluídos na coorte 1411 casos suspeitos, 1085 (77%) são do sexo masculino, 71 (5%) residentes em área não urbana considerada rural. Vinte e três por cento (322) das pessoas não possuíam escolaridade, 576 (23%) não possuíam coleta de esgoto pela rede pública, e 511 (10%) não tinham acesso a coleta de lixo. O risco para ter leptospirose foi constante e quase nulo dos dois aos 12 anos de idade. Acima dos doze até os 75 anos o risco cresce exponencialmente. A diferença de sobrevivência envolvendo as variáveis sexo, renda per capita (até 1 salário), analfabeto e não ter acesso a coleta de lixo foram significativas. O modelo multivariado de escolha eliminou a variável escolaridade. Ao final, os fatores de risco independentemente associados a infecção precoce por leptospirose foram ser do sexo masculino (OR=1.6, intervalo de confiança (IC) 95%: 1.4-1.8), renda do chefe da família até um salário mínimo (OR=2.2, IC95% 2.0-2.4) e coleta de lixo em casa (OR=2.0, IC95 1.8-2.2). **Limitações:** As variáveis de exposição apresentam uma medida constante para as pessoas do estudo. O truncamento e a censura a direita são limitações do estudo. **Conclusão:** O risco para leptospirose cresce exponencialmente após os 20 anos. Ser do sexo masculino, ter chefe de família com renda de até um salário mínimo e não ter acesso a coleta de lixo demonstraram fazer as pessoas adoecerem mais precocemente. O uso da análise de sobrevivência pode demonstrar o gradiente de exposição relacionado à idade fazendo que populações de baixa renda, homens e que vivem em áreas sem saneamento permanecem sob risco para leptospirose.

Palavras chaves: leptospirose, sobrevida, análise de sobrevivência

Anotações

BIBLIOTECA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Promoção da saúde do viajante e trabalhador: a epidemiologia como ferramenta à fiscalização sanitária em navios de cruzeiro no Brasil - temporadas 2008/2009/2010

Julio Cesar Colpo^{1,2}, Fabio Rocha², Camila Lacerda², Karla Baeta², Leonardo Leitão², Noemi Cabral², Viviane Marques², Janaina Pacheco², Cristiano Gregis², Enedina Reis², Ana Clara Bello²

¹Egresso do EPISU/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde; ²Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde.

Introdução: O governo federal é responsável pelos pontos de entrada e cabe à ANVISA executar ações de vigilância em saúde. Visando à promoção da saúde a luz do RSI-2005, a GCOVI/ANVISA desenvolveu estratégias para vigilância sanitária em navios de cruzeiro, pois o extenso litoral, clima tropical e cenário natural favorecem o desenvolvimento do turismo marítimo no Brasil e, concomitante, podem ocorrer eventos de interesse à saúde pública. **Objetivos:** Aplicar as ferramentas da epidemiologia para identificar situações ou fatores de risco favoráveis ao adoecimento, subsidiando a ação fiscal e promover a saúde dos viajantes/trabalhadores a bordo dos navios de cruzeiro. **Métodos:** Realizado estudo de corte transversal em navios de cruzeiro que atracaram no Brasil (anos 2008 à 2010). Dados coletados por meio de instrumento padronizado contendo variáveis demográficas e relacionadas à: Saúde do Viajante/trabalhador, Água, Alimentos, Climatização, Efluentes, Resíduos, Vetores. Análise pelo EpiInfo 6.04d. Testes estatísticos: Qui-quadrado, Exato de Fisher, Kruskal Wallis. Medidas de associação: Risco Relativo(RR). Intervalo de Confiança(IC) 95%. **Resultados:** Em 77% das 138 inspeções nos navios provenientes de portos estrangeiros o índice de segurança foi >85 pontos (0-100). Medianas avaliadas: idade do navio 14(1-49) anos, passageiros a bordo: 1600(23-4800), tripulantes: 670(48-3700), metragem: 210m(66-345). Em 45% ocorreu DDA e 18% doença respiratória a bordo. Navios grandes, com maior nº de viajantes apresentaram risco para evento a bordo($p < 0,05$). Navios >20 anos apresentaram sistema de tratamento de resíduos, PLD, índice de segurança, saúde do trabalhador, sistema de água insatisfatórios($p < 0,05$), bem como infraestrutura da cozinha de tripulantes(RR=2; IC95% 1.5-4) e área de climatização(RR=2; IC95% 1,3-4) inadequadas. Associações entre DDA e: área de recebimento de alimentos(RR=4; IC95% 1.3-14), gerenciamento de resíduos(RR=5; IC95% 1.6-16), cloração da água(RR= 2; IC95% 2-3) insatisfatórios. Navios com mais de 1000 tripulantes foram associados a ocorrência de eventos respiratórios(RR=2; IC95% 1.1-5). Empresa com mais de 5 navios apresentaram deficiência de insumos para controle de vetores(RR=4; IC95% 1,1-13). **Conclusão:** O estudo além de permitir descrever e analisar os processos de trabalho identificando os pontos críticos e estabelecendo associações entre as irregularidades, exposição a eventos, possibilitou apresentar resultados com embasamento científico e maior credibilidade técnica fiscal e implementação de medidas sanitárias. Com o fornecimento do índice de segurança as CIA marítimas apresentaram maior resolutividade e agilidade na correção de irregularidades.

Palavras chaves: saúde do viajante; saúde do trabalhador; epidemiologia, vigilância sanitária

Anotações

Influenza pandêmica A (H1N1) 2009: situação epidemiológica e análise da resposta em Teresina-PI, 2009-2010

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas^{1,2}, Polyanna Campos Gonçalves Sousa¹, Ricardo Brito Soares¹, Alessandra Tabatinga Aguiar¹, Amélia Francisca Barbosa e Silva¹, Cleidinalva Maria Teixeira Aguiar¹, Francisco Formiga de Sá Júnior¹, Nayara Fernanda Monte¹, Neile Socorro Alves Bezerra¹, Amariles de Souza Borba¹, Maria do Amparo Salmito¹, Maria Márcia Pereira de Araújo³

¹Fundação Municipal de Saúde, Teresina-PI, ²Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, ³Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, Teresina-PI

Introdução: Em abril/2009, divulgou-se a ocorrência de uma emergência de saúde pública de importância internacional, causada pela infecção por um novo vírus influenza A (H1N1). Mediante as primeiras declarações e recomendações do Ministério da Saúde, a Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI iniciou ações destinadas ao enfrentamento da pandemia de influenza A (H1N1) no âmbito municipal e em articulação com a Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. **Objetivo:** Descrever a situação epidemiológica dos casos confirmados e as atividades de resposta frente à emergência da pandemia de influenza A (H1N1) no município de Teresina-PI, no período de maio/2009 a setembro/2010. **Metodologia:** Consultaram-se dados de casos confirmados de Influenza A (H1N1) notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (versão on-line) entre residentes de Teresina-PI e relatórios sobre as ações desenvolvidas no enfrentamento da pandemia. Adotaram-se as definições de caso estabelecidas pelo Ministério da Saúde nas diferentes fases de enfrentamento da pandemia : a) Até semana epidemiológica (SE) 28/2009: paciente com febre (> 38°C) e tosse acompanhada ou não de dor de cabeça, dores musculares e nas articulações ou dificuldade respiratória, e contato próximo com pessoa infectada ou procedente de países com casos documentados nos últimos 10 dias antes do início dos sintomas; b) SE 29 a 52/2009: surtos de Síndrome Gripal (SG) e casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – paciente com febre (> 38°C), tosse e dispnéia, acompanhada ou não de dor de garganta ou manifestações gastrointestinais, taquipnéia e hipotensão em relação a pressão arterial habitual; c) A partir de janeiro/2010, passou-se a notificar somente os casos de SRAG hospitalizados. **Resultados:** Dos 516 casos notificados, 145 foram confirmados laboratorialmente. A mediana de idade foi de 21 anos (intervalo: 1 mês a 83 anos), sendo 51% do sexo feminino, com predomínio da raça parda em (49%). Os maiores coeficientes de incidência (CI) foram registrados em setembro/2009 (CI=2,1/100 mil habitantes) e maio/2010 (CI=1,1/100 mil habitantes). Os adolescentes (10-19 anos) apresentaram maior risco de infecção (CI=30,8/100 mil habitantes). Houve hospitalização em 34,5% dos casos e 98,6% evoluíram para cura. A taxa de letalidade foi de 1,4%. As ações de resposta foram oportunas quanto a: notificação/investigação, hospitalização e coleta de amostra para o diagnóstico laboratorial (mediana=2 dias). **Conclusão:** O perfil epidemiológico da influenza pandêmica em Teresina foi semelhante ao apresentando em âmbito nacional. As ações de vigilância epidemiológica e assistência foram oportunas.

Palavras chave: influenza A (H1N1), influenza pandêmica, influenza, epidemiologia

Anotações

Perfil epidemiológico dos atendimentos médicos no 45º Campeonato Mundial Militar de Tiro, Rio de Janeiro, 2010

Patricia Pereira Vasconcelos de Oliveira¹, Jaqueline Oliveira Braga², Paulo Roberto de Almeida Barbosa², Márcilio Xavier Furtado², Márcio Henrique de Oliveira Garcia²

¹Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde – CIEVS; ²Coordenação de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Introdução: De acordo com a OMS, os eventos de massa de qualquer natureza constituem desafios para os Governos que os sediam. Ações de monitoramento e resposta a possíveis emergências de saúde pública devem ser planejadas a fim de se evitar a disseminação de doenças/agravos que constituem riscos à saúde da população. Em novembro de 2010 aconteceu o 45º Campeonato Mundial Militar de Tiro (CMMT) no município do Rio de Janeiro, que contou com a participação de 316 pessoas oriundas de 28 países e considerado teste para os 5º Jogos Mundiais Militares que ocorrerá em julho de 2011. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos médicos ocorridos no 45º CMMT por pessoa, tempo e lugar. **Métodos:** Estudo descritivo considerando todos os atendimentos ocorridos no posto médico do Centro Nacional de Tiro Esportivo no Rio de Janeiro/RJ no período de 27 de novembro a 04 de dezembro de 2010. Os dados foram coletados a partir do boletim de atendimento, digitados e analisados no EpiInfo versão 3.5.2. **Resultados:** Identificou-se um total de 76 atendimentos, sendo 54 (75%) do sexo feminino. A mediana de idade foi de 35 anos (intervalo: 19 a 70 anos). Vinte (48,8%) eram das delegações e 16 (39%) eram força de trabalho. Quanto ao país de origem, 34 (51,5%) dos atendimentos eram do Brasil. As principais queixas foram: cefaleia 26 (34,2%), febre 13 (17,1%), tosse e dor de garganta oito (10,5%) e astenia seis (7,9%). A média de atendimento por dia foi de 12,7 (DP \pm 5,3) sendo maior no dia 02/12 com 19 (26,3%) entre os primeiros períodos da manhã e da tarde. **Conclusão:** Apesar da especificidade do 45º CMMT, a coleta e análise dos dados nos postos médicos permitiu o conhecimento do perfil dos atendimentos de saúde, constituindo-se em uma importante ferramenta para a tomada de decisão e o monitoramento de eventos de saúde pública, oportunizando assim, a avaliação do trabalho desenvolvido, o fortalecimento das ações e o planejamento dos eventos subsequentes, a exemplo, dos Jogos Mundiais Militares.

Palavras chaves: Eventos de massa, perfil epidemiológico, Jogos Mundiais Militares

Anotações

Fatores associados à gravidade após vacina Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, Brasil, 2010

Lacita Menezes Skalinski¹, Sandra Deotti Carvalho², Verena Maria Mendes de Souza¹, Brendan Flannery³

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização, DEVEP, SVS; ³Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Introdução: Uma pandemia por um novo subtipo de influenza A (H1N1) identificado em 2009 foi associada com alta mortalidade em grupos da população menos afetados pela influenza sazonal. Para prevenir mortalidade e doença grave pelo novo subtipo de influenza, o Ministério da Saúde adquiriu 110 milhões de doses de vacinas contra influenza Pandêmica (H1N1) 2009. A utilização de diferentes tipos de vacina de três produtores no Brasil ofereceu a oportunidade de comparar o perfil da reatogenicidade dessas vacinas. **Objetivos:** Descrever os Eventos Adversos Pós-vacinação (EAPV) de Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, estimar a incidência de EAPV por laboratório fabricante e identificar fatores de risco para a ocorrência de EAPV graves. **Métodos:** Inicialmente foi feito um estudo de coorte histórica com todos os vacinados e posteriormente foi realizado um estudo de caso-controle aninhado a coorte com apenas aqueles que tiveram EAPV, sendo classificados como caso aqueles que apresentaram EAPV grave e como controles os que apresentaram EAPV leves ou moderados. As fontes de dados incluíram os bancos de doses aplicadas e de notificações de EAPV (Formsus e SI-EAPV). Na análise foi calculada a incidência de EAPV, análise bivariada e regressão logística, ajustando a OR por sexo e faixa etária. **Resultados:** Foram aplicadas 89.579.758 doses da vacina, distribuídas 31% no grupo de doentes crônicos referidos e 30% no grupo de 20 a 29 anos. Foram notificados 8.306 EAPV e confirmados 91%. Destes, 95% foram considerados leves/moderados e 5% intensos/severos. A incidência estimada por 100.000 doses aplicadas foi de 11,7 EAPV na vacina GlaxoSmithKline (com adjuvante), 7,0 EAPV na Sanofi-Pasteur/Butantan (sem adjuvante), 4,1 na Novartis (com adjuvante) e 0,1 na Novartis (sem adjuvante). Tanto na análise bivariada quanto na multivariada, foram associados à gravidade a administração de outra vacina simultaneamente à Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 (AOR=2,2; IC95%=1,6-3,0), sexo masculino (AOR=1,4; IC95%=1,1-1,8) e as faixas etárias: menor de 2 anos (AOR=3,9; IC95%=2,9-5,2), 2 a 4 anos (AOR=3,3; IC95%=2,0-5,4) e 5 a 19 anos (AOR=1,8; IC95%=1,2-2,8). Gestação, doena cr nica e administrao de vacina com adjuvante não estiveram associados à gravidade. **Conclusão:** A incidência de EAPV variou de acordo com a presena de adjuvante e laboratório fabricante. Porém, a incidência no Brasil esteve dentro do esperado pela OMS. Quanto menor a faixa etária, maior foi a associao com EAPV graves. Além disso, a administrao concomitante com outra vacina esteve associada   EAPV grave até 19 anos. Recomendamos ateno para os indivíduos que tiverem administrao de mais de uma vacina contra Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, especialmente crianas.

Palavras chave: Vírus da Influenza A Subtipo H1N1, Vacinas contra Influenza, Eventos Adversos, Vigilância

Processo CNPq: 105779/2010-5

Anotações

Excesso de Mortalidade atribuído à Influenza no Brasil, 1980-2008

Felipe Teixeira de Mello Freitas¹, Líbia Roberta de Oliveira Souza², Eduardo Azziz-Baumgartner³, Po-Yung Cheng³, Wanderson Kleber de Oliveira², Wildo Navegantes de Araujo¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Unidade de Doenças Respiratórias e Imunopreveníveis, Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis, DEVEP, SVS, MS; ³Centers for Disease Control and Prevention

Introdução: No Brasil há poucos dados sobre o impacto da influenza. Eles são necessários para guiar as medidas de controle, sobretudo as estratégias de vacinação. **Objetivo:** Estimar o excesso de mortalidade atribuído à influenza de 1980 a 2008. **Métodos:** Foi aplicado um modelo de regressão de Serfling para estimar o excesso de mortalidade atribuído à influenza no norte tropical (regiões norte e nordeste) e sul subtropical (regiões centro-oeste, sudeste e sul) do Brasil. Foram utilizados os dados mensais do Sistema de Informação sobre Mortalidade para a modelagem de duas categorias: óbitos por pneumonia e influenza (P&I) e óbitos por doenças respiratórias e circulatórias (R&C), estratificados em três faixas etárias: ≤ 19 , 20 a 59 e ≥ 60 anos. Foram comparados os períodos pré (1980-1998) e pós-vacinal (1999-2008). **Resultados:** A taxa de excesso de mortalidade atribuída à influenza por P&I para todo o período de estudo foi 2,1 vezes maior no sul do que no norte do país (1,7 versus 0,8 por 100.000 pessoas-anos respectivamente; $p < 0,01$). No sul do Brasil as taxas de excesso de mortalidade atribuídas à influenza por P&I e R&C diminuíram de 2,2 e 13,7 no período pré-vacinal para 1,1 e 8,0 por 100.000 pessoas-anos no período pós-vacinal, respectivamente ($p < 0,01$). A maior parte desta redução foi observada na faixa etária alvo da vacinação, ≥ 60 anos. A taxa de excesso de mortalidade atribuída à influenza por P&I e R&C nesta faixa etária, passou de 16,5 e 147,6 para 9,2 e 55,9 por 100.000 pessoas-anos respectivamente entre os dois períodos estudados ($p < 0,01$). Porém, no norte do Brasil não foi observado redução na taxa de excesso de mortalidade atribuída à influenza por P&I entre os períodos pré e pós-vacinal (0,9 versus 0,7 por 100.000 pessoas-anos; $p = 0,07$) e em ≥ 60 anos foi observado um aumento de 2,9 para 5,5 por 100.000 pessoas-anos entre os períodos ($p < 0,01$). **Conclusões:** Estes dados mostram a magnitude da doença no Brasil, principalmente no sul do país que apresentou taxas de excesso de mortalidade atribuídas à influenza semelhantes às encontradas em outros países de diferentes climas. As menores taxas encontradas no norte do país sugerem um diferente comportamento da influenza ou de seu impacto em regiões tropicais e em desenvolvimento. A atual estratégia de vacinação para o norte do país deve ser reavaliada.

Palavras chave: Influenza, Mortalidade, Brasil

Processo CNPq: 105773/2010-7

Anotações

Tuberculose meningoencefálica: estimativa do número de casos e fatores associados ao óbito, Brasil, 2002-2008

Noely Fabiana Oliveira de Moura¹, Patrícia Bartholomay Oliveira², Gisele Oliveira², Stefano Conedotti², Wildo Navegantes de Araújo¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS);
²Programa Nacional de Controle da Tuberculose, DEVEP/SVS/MS

Introdução: A tuberculose meningoencefálica (TBM) é a forma clínica mais grave dentre as tuberculoses, apresentando letalidade entre 17% a 77%. Os casos de TBM podem ser notificados tanto no sistema de informação da tuberculose (Sinan-tb) quanto das meningites (Sinan-menin), o que dificulta avaliar em uma única fonte, a magnitude da doença. Os objetivos desse estudo foram: estimar o número de casos de TBM, descrever os casos concordantes entre as fontes de dados e avaliar os fatores associados ao óbito. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo e um caso-controle, utilizando como fonte de dados o relacionamento entre os bancos de dados do Sinan-tb e Sinan-menin nos anos de 2002 a 2008. Para a estimativa do número de casos foi utilizado o método de captura-recaptura. Na seleção dos casos e controles foram considerados os registros da interseção entre as fontes, com confirmação laboratorial por cultura e/ou PCR. Foram excluídos os registros com inconsistência na variável evolução (óbito/cura). Foram avaliadas a idade, sexo, comorbidades, vacinação e sinais e sintomas. Testes estatísticos utilizados foram qui-quadrado ou teste t Student e exato de Fisher, como medida de associação a odds ratio (OR) e intervalo de confiança 95% (IC 95%). **Resultados:** O Sinan-tb notificou 6.302 casos de TBM e o Sinan-menin 2.727 casos. Para o período foram estimados 7.995 casos de TBM. Dos 2.181 registros da interseção, a mediana de idade foi de 33 anos (intervalo 0 – 88) e 1.346 (63%) eram do sexo masculino. HIV+ foi a coinfeção mais frequente com 848 (39%), seguido de comorbidades como a Aids 830 (38%) e alcoolismo 101 (5%). Considerando a seleção dos casos e controles, foram incluídos 234 registros (71 casos: 163 controles). Apesar de apresentar baixo percentual de preenchimento dos dados (47%) Aids apresentou-se associada ao óbito na análise univariada (OR 4.1; IC95% 1.31–13.0; p=0.02). **Conclusão:** Os casos de TBM notificados no Sinan estavam subestimados no período estudado, mesmo com duas fontes de notificação. Apesar de apresentar limitação na qualidade de preenchimento das variáveis, a Aids apresentou-se como fator associado ao óbito, enfatizando a importância dessa comorbidade no prognóstico de TBM. Recomenda-se integrar as fontes de dados para análise mais consistente sobre a epidemiologia da doença.

Palavras chave: tuberculose, meningite, estimativa, vigilância, mortalidade

Processo CNPq: 105771/2010-4

Anotações

Efetividade da vacina oral monovalente contra rotavírus humano, Brasil, 2007-2009

Patrícia Marques Ferreira^{1,2}, Aglaêr Alves da Nóbrega¹, Alessandra Araújo Siqueira², Aline Maria Souza da Silva², Brendan Flannery³

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS), Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Unidade técnica de doenças de veiculação hídrica e alimentar (UHA), Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis (DEVEP/SVS/IMS); ³Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

Introdução: Em março de 2006, o Brasil introduziu no calendário a vacina oral monovalente contra rotavírus humano (VORH). A cobertura vacinal anual, entre 2007 e 2009, foi de 82% (80-84). **Objetivo:** Avaliar a efetividade da VORH contra casos de doença diarreica aguda (DDA) por rotavírus. **Métodos:** Foi realizado um estudo caso-controle a partir de registros da vigilância epidemiológica das rotaviroses. Um caso foi definido como indivíduo entre 6 a 45 meses com suspeita de DDA que recebeu rehidratação endovenosa, confirmado através de ensaio imunoenzimático (ELISA). Os grupos de casos e controles foram comparados na análise bivariada quanto à idade, sexo, aleitamento materno e região. Através de um modelo de regressão logística incondicional foi estimada a Odds ratio ajustada (Ora) pelas variáveis com nível de significância menor que 0,20 na análise univariada. A efetividade da VORH foi definida como $(1 - Ora \times 100)$. **Resultados:** No período de 2007 a 2009, foram notificados 6.219 casos suspeitos com idade entre 6 e 45 meses. Foram elegíveis para o estudo 517 (37%) casos e 1461 (73%) controles. Houve diferença entre os grupos de casos e controles em relação à região e idade média. Em relação à vacina, 357 (69%) dos casos e 1104 (76%) dos controles eram vacinados. A efetividade, independente do número de doses, variou de 27% (9-42) a 30% (11-44). Na faixa etária de 6 a 11 meses a efetividade vacinal foi maior, variando de 28% (14-56) a 41% (16-58), quando comparada à faixa etária de 12 e 45 meses, que variou de 14% (-28-42) a 33% (-2-42). O genótipo foi identificado em 100 (19%) dos casos confirmados, sendo o rotavírus G2 o mais frequente (67%). A efetividade contra rotavírus dos tipos G2 foi de -50% (-180-22). **Conclusões:** A efetividade da VORH foi baixa comparada com outros estudos, onde foi avaliada a efetividade contra rotavírus em indivíduos que apresentaram DDA com quadro clínico severo. Houve predominância do rotavírus G2 entre os casos confirmados cuja amostra foi enviada para identificação. Os resultados encontrados podem sugerir que houve diversidade na severidade do quadro clínico entre os indivíduos notificados ou predominância de genótipos circulantes cujo a vacina não confere proteção cruzada. Recomendamos a continuidade do monitoramento de efetividade da VORH, inclusão da variável: "Hospitalização" na ficha de investigação individual e reavaliação da proporção de amostras positivas encaminhadas ao LRN. Além disso, a capacitação de profissionais de saúde para classificação correta de severidade do quadro clínico, administração de tratamento compatível e melhoraria da qualidade e completude dos dados na ficha de investigação.

Palavras chave: Rotavírus, vacina, efetividade, Brasil

Processo CNPq: 105809/2010-1

Anotações

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

Morbimortalidade de acidentes por animais peçonhentos. Brasil, 2000-2009

Cristine Nascente Igansi¹, Daniel Nogoceke Sifuentes², Guilherme Carneiro Reckziegel³, Wildo Navegantes de Araújo¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (Episus), Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Pesquisa e Desenvolvimento da Embrapa Agroenergia; ³Sub-Coordenação de Zoonoses, Doenças Transmitidas por Roedores e Acidentes por Animais Peçonhentos (Sub-ZRA), Devep, SVS, MS

Introdução: Os acidentes por animais peçonhentos representam um agravo tropical de importância para saúde pública, porém negligenciado, que acomete populações de países em desenvolvimento. Na literatura científica são escassos os estudos sobre a morbimortalidade a partir de dados de vigilância dos acidentes por animais peçonhentos para o país. **Objetivos.** Descrever a morbimortalidade de acidentes por animais peçonhentos no Brasil, de 2000 a 2009. **Métodos.** Foi realizado um estudo descritivo contendo uma série histórica no período de 2000 a 2009, utilizando-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan. Analisou-se a distribuição temporal do número de casos e óbitos por tipo de acidente e para as regiões brasileiras de ocorrência, as características sócio-demográficas e do acidente. Os coeficientes de incidência, mortalidade e a letalidade para cada tipo de acidente foram calculadas para o período. **Resultados.** Foram registrados 842.768 acidentes por animais peçonhentos, com um incremento de 27 vezes no número de casos no período. A incidência registrada no ano 2000 foi de 19 casos por 100 mil habitantes, passando para 64 em 2009. O escorpionismo apresentou o maior registro de casos, com letalidade média para o período de 0,2% e predominou nas regiões Nordeste e Sudeste; o ofidismo no Norte e Centro-Oeste, com letalidade de 0,5%; o araneísmo no Sul e letalidade de 0,1%; lagartas no Sul e Sudeste e letalidade de 0,1%; e as abelhas no Sul, Sudeste e Nordeste com letalidade de 0,4%. A população masculina e a faixa etária de 20-39 anos representaram os maiores registros de acidentes. No período ocorreram 1.895 óbitos e o sexo masculino também foi o mais atingido, sendo que no escorpionismo 58,4% eram crianças entre 1 a 9 anos; no ofidismo e araneísmo, 40 a 59 anos; e abelhas e lagartas em ≥ 60 anos. **Conclusões.** Houve um aumento na incidência de acidentes e óbitos ao longo do período, sendo a população jovem a mais atingida. Esse fato pode estar relacionado à sensibilização da vigilância, à periferização urbana e adaptação dos animais ao meio antropizado. Entretanto, a carga global de doença para o agravo ainda permanece desconhecida, sendo necessários investimentos e estudos para estimar a real magnitude dos acidentes na população. Dessa forma será possível direcionar ações de controle e prevenção eficazes, minimizando a ocorrência de acidentes graves, seqüelas e óbitos. Recomendase ao Grupo Técnico de Animais Peçonhentos dar seguimento às capacitações sobre identificação, controle e tratamento, bem como reforçar junto aos estados a importância do preenchimento da ficha de notificação e incentivar a realização de trabalhos sobre morbimortalidade.

Palavras chave: animais peçonhentos, epidemiologia, morbimortalidade

Processo CNPq: 105772/2010-0

Anotações

Estudo de Morbidade Hospitalar e Mortalidade por Esquistossomose Mansoní no Brasil de 1997 a 2008

Gilmara Lima Nascimento¹, Maria José Menezes de Carvalho², Verena Maria Mendes de Souza¹, Wildo Navegantes de Araujo¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose, DEVEP, SVS, MS

Introdução: A prevenção das formas graves de esquistossomose é realizada por meio do diagnóstico e tratamento precoces dos infectados. A análise da hospitalização e mortalidade pode refletir o resultado das ações de controle assim como evidenciar a magnitude da doença. O objetivo deste estudo foi descrever a morbidade hospitalar e a mortalidade por esquistossomose no Brasil de 1997 a 2008, calcular os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e conhecer as tendências dos indicadores de morbidade e mortalidade por esquistossomose. **Métodos:** Foi realizado um estudo ecológico. Calculou-se os indicadores de morbidade hospitalar, mortalidade e o APVP, tendo como fontes de dados os sistemas oficiais de internação e mortalidade. Como critérios de seleção, para a internação considerou-se todas as ocorrências onde esquistossomose estava registrada como a causa principal da hospitalização. Para o óbito associado à esquistossomose foram incluídos todos os registrados com causa básica esquistossomose; ou com causa básica varizes esofageanas ou hipertensão portal e que tivessem esquistossomose como causa imediata ou intermediária de morte. As análises de tendência foram realizadas utilizando modelos de regressão linear simples e polinomial. **Resultados:** No período foram observados 11.012 registros de internações e 6.250 óbitos associados à esquistossomose. Os Estados de Alagoas, Bahia, Minas Gerais e Pernambuco foram responsáveis por 7.636 (69%) internações e 4.273 (68%) óbitos. A média de idade das pessoas que foram a óbito no Brasil foi de 54,3 com incremento de 0,66 ao ano. Em 1997 o país perdeu 6.057 anos potenciais de vida por esquistossomose. Em 2008 a perda foi de 3.952 anos e destes 3.830 foi entre menores de 59 anos. A taxa de internação reduziu de 0,90 para 0,22 ($p < 0,05$) e a mortalidade de 0,32 para 0,29/100.000 habitantes ($p = 0,5$). **Conclusão:** A conclusão destes achados mostram redução significativa da internação e o aumento da média da idade de ocorrência do óbito que podem refletir o resultado das ações de controle. Por outro lado anos potenciais de vida perdidos em faixas etárias mais jovens indicam a persistência da produção de formas graves em áreas específicas. Os indicadores podem estar subestimados uma vez que internações e óbitos podem ter sido registrados com outras causas. Assim estudos adicionais são necessários para dimensionar a carga da esquistossomose no Brasil.

Palavras chave: esquistossomose, internação, mortalidade, APVP, tendência

Processo CNPq: 105774/2010-3

Anotações

Prevalência de *Salmonella* spp. e de resistência antimicrobiana em carcaças de frango congelado no varejo do Brasil

Marcelo Augusto Nunes Medeiros^{1,2}, Diana Cármem Nunes de Oliveira², Lígia Lindner Schreiner², Paula Roberta Mendes², Dália dos Prazers Rodrigues², Daniel Roberto Coradi de Freitas^{1,2}

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); ³Fundação Oswaldo Cruz - Laboratório de Referência Nacional de Cólera e Enteroinfecções Bacterianas

Introdução: As *Salmonella* spp. são bactérias freqüentemente associadas a surtos de origem alimentar sendo a carne de frango um dos seus principais veículos. O uso de antimicrobianos na ração como promotores do crescimento pode gerar bactérias resistentes transmissíveis via cadeia alimentar. No Brasil há pouco conhecimento da distribuição e resistência antimicrobiana de *Salmonella* spp. em nível nacional. Os objetivos deste estudo foram descrever a prevalência e resistência antimicrobiana de *Salmonella* spp. em carcaças de frango congelado no varejo brasileiro, com base nos dados do período completo do Programa Nacional de Monitoramento da Prevalência da Resistência Bacteriana em Frango-PREBAF da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa. **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo dos dados do PREBAF de setembro de 2004 a julho de 2006. Para as análises foi utilizado o Epi Info 3.5.1. No PREBAF, a amostra mínima foi de 2426 carcaças. As coletas das amostras e isolamento de *Salmonella* spp. envolveram Vigilâncias Sanitárias e Laboratórios Centrais de 15 cidades brasileiras. A identificação de sorovares e análise da resistência foram realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz/RJ. Foram testados 18 antimicrobianos de sete classes. **Resultados:** Em 2.679 carcaças analisadas no país, a prevalência de *Salmonella* spp. foi de 2,7% variando entre as cidades de 0% em Vitória/ES a 8,9% em São Paulo/SP. Cinco estados (PR, SP, MG, RS e SC) foram responsáveis pela produção de 72,4% das carcaças coletadas. Em 505 produzidas no estado de São Paulo, a prevalência foi de 7,3%, sendo que, entre 22 marcas coletadas deste estado, duas representaram 41,5% das amostras contaminadas por *Salmonella* spp. No total, foram identificados 18 sorovares, os mais freqüentes foram: *S. Enteritidis* (49,6%), *S. Infantis* (7,7%), *S. Typhimurium* (7,3%) e *S. Heidelberg* (6,4%). Das 248 cepas analisadas, todas foram resistentes a um ou mais antimicrobianos, sendo que 132 (53%) apresentaram resistência múltipla (> 2 classes). *S. Heidelberg* teve elevada resistência às cefalosporinas de 3ª geração (ceftriaxona = 43,8% e ceftiofur = 75%). **Conclusão:** A prevalência de *Salmonella* spp. na amostra pesquisada foi baixa, no entanto, em algumas cidades foi superior a média nacional. Verificou-se alta proporção de sorovares patogênicos e elevada resistência aos antimicrobianos, inclusive àqueles empregados no tratamento da salmonelose invasiva humana. Os achados reforçam a necessidade de retomada e fortalecimento do PREBAF com análise periódica e oportuna dos dados do programa bem como revisão da legislação sanitária brasileira quanto aos limites para *Salmonella* spp. em carnes de frango no varejo brasileiro.

Palavras chave: *Salmonella*, frango, PREBAF, monitoramento, resistência antimicrobiana, alimento

Anotações

Impacto da vacinação de mulheres em idade fértil na prevenção da síndrome da rubéola congênita no Brasil, 2007 a 2009

Carolina Monteiro da Costa¹, Fabiano Marques Rosa², Teresa Cristina Segatto², Brendan Flannery³

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Unidade Técnica de Doenças Respiratórias e Imunopreveníveis, DEVEP, SVS, MS; ³Organização Pan Americana de Saúde, Brasília, Brasil

Introdução. O Brasil realizou no período de 1998 a 2002 campanhas de vacinação em massa contra a rubéola, dirigida às mulheres em idade fértil (MIF), com idades entre 12 e 39 anos, para acelerar o controle da síndrome da rubéola congênita (SRC). Nos anos de 2007 e 2008 ocorreu a última epidemia de rubéola no Brasil, com casos confirmados em 23 unidades federadas. O objetivo deste estudo foi estimar o número de casos prevenidos de rubéola em mulheres com idade entre 20 e 49 anos e de SRC durante a epidemia de 2007 e 2008, após a estratégia de vacinação de MIF. **Métodos:** Realizado estudo de coorte, utilizando dados da vigilância de rubéola e da SRC no Brasil, no período de 2007 a 2009. Foi considerado como caso confirmado de rubéola, caso notificado no Sinan com confirmação laboratorial ou por vínculo epidemiológico, e de caso confirmado de SRC, caso notificado no Sinan com confirmação laboratorial ou por critério clínico. Foram comparados os coeficientes de incidência de casos confirmados de rubéola entre homens e mulheres no grupo etário de 20 a 49 anos, ocorridos no período da epidemia. Para este estudo assumimos que a incidência de rubéola em mulheres teria sido semelhante a dos homens, caso não tivesse ocorrido a vacinação de MIF. Foram calculadas as projeções de casos de rubéola em mulheres e de SRC para os anos de estudo (casos esperados). A estimativa de casos prevenidos de rubéola em mulheres e casos de SRC em crianças foi calculada pela diferença entre as projeções e os números de casos observados. **Resultados:** No período de 2007 e 2008 foram confirmados no Brasil 9.772 casos de rubéola e 68 casos de SRC. A taxa de incidência de rubéola em homens na faixa etária de 20 a 29 anos foi 3,8 vezes maior do que a taxa em mulheres desta faixa (IC96%=3,41-3,89; $p<0,01$). Foram prevenidos 3.547 casos de rubéola em mulheres com idade entre 20 a 49 anos e 83 casos de SRC provenientes de mães entre 20 a 49 anos. Foram vacinadas 29.006.806 mulheres nas campanhas realizadas entre 1998 e 2002, resultando na prevenção de um caso de rubéola por 10.000 MIF vacinadas e um caso de SRC por 500.000 MIF vacinadas. **Conclusões:** A vacinação de MIF contribuiu para a prevenção de casos de SRC no grupo etário vacinado após a epidemia de 2007 e 2008, porém não foi suficiente para impedir o surgimento de novos casos de SRC.

Palavras chave: síndrome da rubéola congênita, vacina da rubéola, mulheres em idade fértil

Processo CNPq: 105827/2010-0

Anotações

Fatores de Risco para eventos adversos graves à vacina febre amarela

Carina Guedes Ramos¹, Alessandro Pecego Martins Romano², Reinaldo de Menezes Martins³, Eliane Matos dos Santos³, Mariana Pelissari Dias Ribeiro², Ricardo de Carvalho², Maria da Luz Fernandes Leal³, Sandra Maria Deotti Carvalho⁴, Brendan Flannery⁵

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS)/Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS); ²Subcooordenção de Zoonoses Vetoriais e Raiva (Sub-ZVR)/ Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS); ³Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos; ⁴Programa Nacional de Imunizações; ⁵Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Introdução: A vacina febre amarela (VAC-FA) embora considerada segura, tem sido associada a eventos adversos graves (EAPV-FA), descritos como doença viscerotrópica (DV), para manifestações semelhantes à febre amarela, e doença neurológica (DN), para meningoencefalite, Síndrome de Guillain-Barré ou encefalomielite aguda disseminada. O objetivo foi descrever os EAPV-FA e identificar fatores de risco (FR) para a sua ocorrência. **Métodos:** Para identificação de FR relacionados ao hospedeiro foi realizado um estudo de coorte, no qual se avaliou faixa etária. A população foram os indivíduos vacinados no Brasil no período de 1999 a 2010. Foram considerados EAPV-FA os casos confirmados pelo Comitê Interestadual de Farmacovigilância de Vacinas e Outros Imunobiológicos, conforme as definições de caso da OMS. Para a identificação de FR relacionados à VAC-FA foi analisado se houve maior número de partículas virais nos lotes aplicados em casos de EAPV-FA. As fontes de dados foram o Programa Nacional de Imunizações e Bio-Manguinhos/Fiocruz. **Resultados:** Foram notificados 166 EAPV-FA, 14 confirmados para DV e 54 para DN, dois desses foram casos de encefalites em recém-nascidos por transmissão do vírus vacinal através do leite materno. Maior incidência de DV foi identificada nos anos de 2009 e 2010: 0,6 e 0,7 por milhão de doses aplicadas, respectivamente e no ano de 2009 para DN 4,0. Todos os casos confirmados de EAPV-FA eram primovacinados. Todos os casos de DV evoluíram para óbito, não houve nenhum óbito na DN. Lupus eritematoso sistêmico (LES), doença de Kawasaki, policitemia vera e varicela foram comorbidades identificadas em indivíduos com DV. A mediana de idade da DV foi de 22,5 (0-81) anos e da DN foi de 27 (0-66) anos. Nenhuma faixa etária foi identificada como FR para DV. A faixa etária de < 1 ano foi identificada como fator de proteção para DV (RR 1,1; IC 0,02-0,95; p=0,03), a faixa etária de 5-9 anos foi identificada como FR para DN (RR 3,1; IC 1,5-6,4; p<0,01). Lotes classificados como relacionados à EAPV-FA (DV) apresentaram menor média de partículas virais (4,6 log₁₀) quando comparados com os lotes sem EAPV-FA (DV) (4,8 log₁₀; p= 0,01), diferença também identificada para a mediana de partículas virais dos lotes relacionados à EAPV-FA (DN) (4,6 log₁₀; 4,8 log₁₀; p=0,05). **Conclusões:** Maior número de partículas virais não influenciou na ocorrência de EAPV-FA, fatores relacionados ao hospedeiro como idade e comorbidades parecem estar relacionados aos EAPV-FA. Melhorias na ficha de investigação de EAPV-FA e no sistema de informação de vacinados são necessárias para avaliar fatores de risco como comorbidades e sexo.

Palavras chave: vacina febre amarela, evento adverso grave

Processo CNPq: 105827/2010-0

Anotações

Mortalidade por hepatite B no Brasil, 2000 a 2009

Márcia de Cantuária Tauil¹, Thiago Rodrigues de Amorim², Gerson Fernando Mendes Pereira², Wildo Navegantes de Araújo¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS), Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS);

²Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, SVS, MS

Introdução: A hepatite viral B corresponde à causa mais frequente de hepatite crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular. De maneira geral, sua evolução é lenta, insidiosa e progressiva, o que dificulta a realização de estudos que permitam conhecer a real magnitude dessa doença. **Objetivo:** Descrever o perfil de mortalidade pelo vírus da hepatite B com base nos dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo da distribuição espacial, temporal e por sexo e grupo etário, dos óbitos por hepatite B registrados no SIM, no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2009. Para a análise dos dados foi utilizado o software PASW 18.0. **Resultados:** Foram registrados 5.441 óbitos no período estudado. A taxa bruta de mortalidade no país permaneceu constante, 0,3 por 100.000 habitantes, e a proporção de óbitos por hepatocarcinoma com hepatite B como causa associada não ultrapassou 7%. A taxa de mortalidade padronizada foi maior na região Norte e a mortalidade proporcional foi maior no sexo masculino. Na região Norte a mortalidade proporcional na foi maior no grupo etário de 30 a 39 anos (411 por 100.000 óbitos), nas regiões Nordeste e Centro-Oeste foi maior no grupo de 40 a 49 anos (64 e 149 por 100.000 óbitos, respectivamente) e nas regiões Sudeste e Sul foi maior no grupo de 50 a 59 anos (103 e 148 por 100.000 óbitos, respectivamente). Comparando-se o ano 2000 com o ano de 2009 a taxa de anos potenciais de vida perdidos não variou no sexo feminino e aumentou no sexo masculino (14%). **Conclusão:** Por ser uma doença que pode apresentar longo período de incubação, torna-se necessário o acompanhamento dos óbitos por meio de uma série histórica a fim de se verificar a influência das ações de prevenção e controle nas taxas de mortalidade.

Palavras chave: hepatite B, mortalidade, Brasil

Processo CNPq: 105777/2010-2

Anotações

Fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis em município de pequeno porte, 2010

Renata Tiene de Carvalho Yokota¹, Betine Pinto Moehlecke Iser², Romildo Luiz Mionteiro Andrade³, Joseane Dias de Souza⁴, Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners⁵, Regina Tomie Ivata Bernal⁶, Deborah Carvalho Malta², Lenildo de Moura², Dalva Maria de Assis¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS);

²Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, SVS, MS; ³Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde, Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica, Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo; ⁴Gerência de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta; ⁵Unidade Técnica de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, Organização Pan-Americana da Saúde; ⁶Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Introdução. Atualmente a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) é realizada no Brasil por meio de inquéritos periódicos de fatores de risco e proteção (FRP), com enfoque nas capitais do país, sendo escassos os dados de municípios de pequeno porte. **Objetivos:** Obter uma linha de base para vigilância de FRP para DANT em adultos de um município de pequeno porte. **Métodos:** Foi realizado um inquérito domiciliar por amostragem probabilística, sistemática e estratificada por sexo, faixa etária e área da estratégia de saúde da família em adultos residentes em Anchieta-ES (25.239 habitantes) no período de março de 2010 a fevereiro de 2011. Informações sobre FRP foram coletadas utilizando-se o questionário do inquérito telefônico nacional (VIGITEL, 2009) adaptado. Exames bioquímicos, avaliação antropométrica, aferição da pressão arterial e eletrocardiograma (ECG) foram realizados. A prevalência dos fatores estudados foi estratificada por sexo e local de residência, utilizando peso de pós-estratificação calculado segundo a distribuição sociodemográfica do Sistema de Informação da Atenção Básica do município de abril de 2010. **Resultados:** Dos 1078 indivíduos elegíveis, 869 (80%) responderam o questionário, 595 (68%), 575 (66%) e 563 (65%) realizaram exames bioquímicos, ECG e avaliação antropométrica, respectivamente. Em relação aos fatores de risco, 24% dos entrevistados relataram consumir refrigerante regularmente, sendo a prevalência maior nos homens e zona rural. A prevalência de consumo de carne com gordura foi de 45%, sendo maior nos homens. Tabagismo foi referido por 16% dos entrevistados e consumo abusivo de bebida alcoólica por 23%, ambos mais prevalentes nos homens. Em relação aos fatores de proteção, 5% da população referiu consumir frutas e hortaliças conforme recomendado e 15% praticar atividade física, com maior prevalência nos homens e zona urbana. Entre as mulheres de 25 a 59 anos, 87% referiram ter feito exame de papanicolau nos últimos três anos; no grupo de 50 a 69 anos, 54% relataram ter feito mamografia nos últimos dois anos. A prevalência do uso de cinto de segurança foi de 74% e 40% no banco da frente e de trás, respectivamente. Entre os que realizaram exames complementares, 61% apresentaram excesso de peso, 27% pressão arterial elevada, 70% dislipidemias, 8% intolerância à glicose e 19% alteração em ECG. **Conclusões:** A prevalência dos FRP foi comparável aos dados nacionais, com exceção do excesso de peso, dislipidemias, mamografia, atividade física e consumo de frutas e hortaliças, sugerindo a necessidade de priorização de ações de promoção de saúde para estes fatores e monitoramento periódico da prevalência dos FRP no município.

Palavras chave: doenças e agravos não transmissíveis, fatores de risco, vigilância em saúde, município de pequeno porte

Processo CNPq: 105770/2010-8

Anotações

Utilização de árvore de decisão para modelo de predição para grau de incapacidade em pessoas com hanseníase

André Peres Barbosa de Castro¹, Aglaêr Alves da Nóbrega¹, Wildo Navegantes de Araújo¹, Maria Aparecida de Faria Grossi²

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS);

²Programa Nacional de Controle da Hanseníase, SVS, DEVEP, MS.

Introdução: Prevenção e reabilitação de incapacidades físicas em casos de hanseníase é um dos objetivos do Ministério da Saúde. Em 2009, foram notificados aproximadamente 38 mil casos novos de hanseníase no Brasil, sendo que destes 31% receberam alta com algum grau de incapacidade. A construção de uma árvore de decisão e a validação preditiva desse modelo pode auxiliar no manejo clínico do paciente, permitindo uma melhor conduta objetivando a prevenção das incapacidades. **Objetivos:** Construir modelo de árvore de decisão de GIF para hanseníase, validar o modelo e utilizar o mesmo para predição em banco de dados externos. **Métodos:** Foram construídos modelos de árvore de decisão para paucibacilares (PB) e multibacilares (MB), pelo método Classification and Regression Tree, tendo como variável de desfecho o GIF na alta, a partir do banco de dados da hanseníase no período de 2001-2006. As árvores resultantes foram podadas, excluindo-se as variáveis que não contribuíam para os modelos e validadas a partir da aplicação do modelo a um subconjunto contendo 50% do banco original. Para avaliar seu poder preditivo, o modelo foi aplicado ao banco de dados de hanseníase do ano de 2008, comparando-se posteriormente os resultados preditos com os reais. **Resultados:** O modelo podado para PB apresentou como variável explicativa o grau de incapacidade no diagnóstico. Para MB, além dessa variável, foram explicativas a faixa etária e o número de lesões. Quando aplicado ao banco de 2008, o modelo predisse corretamente 53,8 e 50,5% a ocorrência de GIF grau I e II, respectivamente. **Conclusão:** Esses resultados sugerem que o modelo, para MB, apresentou capacidade de predizer corretamente 53% dos casos com GIF I ou II, apresentando validade externa. Recomendamos que o modelo seja avaliado na rotina de uma unidade de saúde.

Palavras chave: hanseníase, CART, árvore de decisão, paucibacilar, multibacilar, incapacidade física

Processo CNPq: 105775/2010-0

Anotações

Dengue em Belo Horizonte/MG: Aglomerados espaciais e fatores associados, 2007 a 2010

Amanda Priscila de Santana Cabral¹, José Eduardo Marques Pessanha², Rodrigo Fabiano do Carmo Said³, Livia Carla Vinhal Frutuoso³, Giovanini Evelim Coelho³, Dalva Maria de Assis¹

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Centro de Controle de Zoonoses, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte; ³Programa Nacional de Controle da Dengue, SVS, MS

Introdução: Nos últimos anos, a dengue se tornou um importante problema de saúde pública. O conhecimento sobre o padrão de distribuição espacial da doença é necessário para elaboração de ações de prevenção e controle. **Objetivos:** Identificar aglomerados espaciais de casos de dengue (clusters) e fatores associados a surtos em Belo Horizonte/MG entre setembro/2007 a agosto/2010. **Método:** Foi realizado um estudo ecológico, cuja unidade de análise consistiu em agregados de casos notificados ao Sistema de Informação de Agravos Notificáveis. As análises foram divididas em três períodos: setembro/2007 a agosto/2008 (2007/2008), setembro/2008 a agosto/2009 (2008/2009) e setembro/2009 a agosto/2010 (2009/2010) seguindo o padrão sazonal da doença. Para identificação de clusters utilizou-se o SaTScan™, pela estatística de varredura espacial, adotando o modelo de Poisson e raio de análise <25% dos expostos. A partir dos clusters foi testada, por meio de regressão logística, a associação destes com as seguintes variáveis: índice de infestação predial (IIP), proporção de imóveis verticalizados (PIV), densidade de ovos de *Ae. Aegypti* (DO), cobertura de visitas de agentes de endemia e densidade populacional por área ocupada. **Resultados:** Foram notificados 76.592 casos de dengue. Em cada um dos anos estudados foram identificados 5 clusters, que em 2007/2008 concentraram 30% da população e 67% dos casos, em 2008/2009 agruparam 13% da população e 60% dos casos e em 2009/2010 concentraram 34% da população e 62% dos casos. A ocorrência de clusters foi associada a elevados IIP em 2007/2008 (OR=5,0; p<0,01) e alta DO em 2008/2009 (OR=8,4; p=0,01) e 2009/2010 (OR=9,5; p<0,01). Maior PIV foi fator de proteção em 2007/2008 (OR=0,1; p=0,03) e em 2009/2010 (OR=0,3; p=0,03). **Conclusão:** A vigilância contínua e territorializada da dengue podem contribuir no reconhecimento de fatores associados à ocorrência da doença para o direcionamento de estratégias de seu efetivo controle.

Palavras chave: dengue, análise espacial, epidemiologia, clusters

Processo CNPq: 105776/2010-6

Anotações

Fatores associados à violência física entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009

Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade^{1,2}; Renata Tiene de Carvalho Yokota^{1,2}; Naíza Nayla Bandeira de Sá²; Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas^{4,5}; Marta Maria Alves da Silva²; Wildo Navegantes de Araújo²; Deborah Carvalho Malta³

¹Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS); ²Área Técnica de Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção da cultura de paz. Coordenação Geral de Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS). ³Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS). ⁴Secretaria Municipal de Saúde. Teresina-PI. ⁵Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Introdução: A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) é um estudo baseado na proposta da Organização Mundial de Saúde para estudar comportamentos e fatores de risco e proteção entre adolescentes. A PeNSE é um estudo transversal realizado com adolescentes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas de 26 capitais e Distrito Federal. **Objetivo:** identificar fatores associados a situações de violência física (VF) entre adolescentes de 13 a 15 anos em instituições de ensino públicas e privadas das capitais brasileiras e do Distrito Federal no ano 2009. **Métodos:** Foi utilizado o banco de dados da PeNSE (2009) para análise de associação de VF (variável dependente) e as seguintes variáveis independentes: tipo de escola (pública ou privada), escolaridade materna, moradia de pelo menos um dos pais na mesma residência do adolescente, violência intrafamiliar, consumo de bebida alcoólica e uso de drogas ilícitas. A associação entre estas variáveis e o envolvimento com VF foi estratificada por sexo. No modelo de regressão logística foram incluídas variáveis com $p < 0,20$ na análise univariada, e as variáveis de ajuste foram: tipo de escola, escolaridade materna e morar com pelo menos um dos pais. Foi utilizada a Odds Ratio (OR) como medidas de associação com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). **Resultados:** A prevalência de envolvimento em situações de VF entre os adolescentes foi 13% (IC95%: 12-14%), com diferença entre os sexos [masculino: 17% (IC95%: 16-18%) e feminino: 9% (IC95%: 8-9%)]. No sexo masculino foram observadas associações entre VF e violência intrafamiliar [OR= 2,82 (IC95%: 2,48-3,20)], consumo de bebida alcoólica [OR= 2,09 (IC95%: 1,71-2,57)] e uso de drogas ilícitas [OR= 3,49 (IC95%: 2,59-4,70)]. No sexo feminino foram identificadas associações entre VF e violência intrafamiliar [OR= 2,77 (IC95%: 2,29-3,35)], consumo de bebida alcoólica [OR= 2,35 (IC95%: 1,96-2,84)] e uso de drogas ilícitas [OR= 3,93 (IC95%: 2,83-5,46)]. Morar com pelo menos um dos pais na residência foi fator de proteção para violência VF no sexo feminino [OR= 0,64 (IC95%: 0,45-0,90)]. **Conclusões:** A prevalência do envolvimento em situações de violência física foi maior no sexo masculino. Violência intrafamiliar, consumo de álcool e drogas foram independentemente associados com a VF entre os adolescentes. A PeNSE foi um instrumento útil para detectar fatores associados à VF entre adolescentes, demonstrando a necessidade de estratégias de promoção da saúde e da cultura de paz no ambiente escolar e na família.

Palavras chave: violência, violência física, adolescentes, PeNSE, saúde escolar

Processo CNPq: 105778/2010-9

Anotações



Novos treinandos: 10ª turma 20011/2013



Bruno Silva Milagres
bsmilagres@gmail.com



Danielle Cristine Castanha Da Silva
dani-castanha@ig.com.br



Eduardo Saad
dusaad.cevap@gmail.com



Elionardo Andrade Resende
elionardo.resende@yahoo.com.br



Leonardo Hermes Dutra
leodutravet@gmail.com



Marcela Muhana Galvão
marcelamuhana@yahoo.com.br



Maria Cristina Antunes Willemann
cristinawillemann@yahoo.com.br



Marília Lavocat Nunes
marilia.lavocat@gmail.com

9ª turma 20010/2012**Contatos**

Andréa de Paula Lobo	andrea.lobo@saude.gov.br
Fernanda Santos Bordalo	fernanda.bordalo@saude.gov.br
Gabriela Baruque Villar.....	gabriela.villar@saude.gov.br
Hiane Santos de Jesus	hiane.jesus@saude.gov.br
João Carlos Guedes de Oliveira.....	joao.guedes@saude.gov.br
Juliana Alves Dias	juliana.dias@saude.gov.br
Priscila Leal e Leite.....	priscila.leite@saude.gov.br
Veruska Maia da Costa	veruska.maia@saude.gov.br
Viviane Gomes Parreira Dutra.....	viviane.parreira@saude.gov.br

8ª turma 2009/2011**Contatos**

Amanda Priscila de Santana Cabral	amanda.cabral@saude.gov.br
André Peres Barbosa de Castro.....	andre.castro@saude.gov.br
Carina Guedes Ramos.....	carina.ramos@saude.gov.br
Carolina Monteiro Da Costa	carolina.costa@saude.gov.br
Cristine Nascente Igansi	cristine.igansi@saude.gov.br
Felipe Teixeira de Mello Freitas	felipe.freitas@saude.gov.br
Gilmara Lima Nascimento	gilmara.nascimento@saude.gov.br
Lacita Menezes Skalinski	lacita.skalinski@saude.gov.br
Marcelo Augusto Nunes Medeiros	marcelo.medeiros@saude.gov.br
Marcia De Cantuaria Tauil.....	marcia.tauil@saude.gov.br
Noely Fabiana Oliveira de Moura.....	noely.moura@saude.gov.br
Patrícia Marques Ferreira	patricia.ferreira@saude.gov.br
Renata Tiene de Carvalho Yokota	renata.yokota@saude.gov.br
Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade	silvania.andrade@saude.gov.br

7ª turma 2008/2010**Contatos**

Betine Pinto Moehlecke Iser	beodonto@yahoo.com.br
Juliano Leônidas Hoffmann	hoffmann1804@yahoo.com.br
Líbia Roberta de Oliveira Souza	libiaroberta@yahoo.com.br
Patrícia Bartholomay Oliveira	patibartho@yahoo.com.br
Patrícia Miyuki Ohara	patyohara@hotmail.com
Priscilleyne Ouverney Reis.....	ouverneyreis@yahoo.com.br
Verena Maria Mendes de Souza	verena.vet@hotmail.com

6ª turma 2007/2009**Contatos**

Camila Brederode Sihler	camilasihler@gmail.com
Dalva Maria de Assis	dalva.assis@saude.gov.br
Daniel Marques Mota.....	dmarques2003@yahoo.com.br
Eucilene Alves Santana Porto	eucilene.porto@gmail.com
Gisele Dias de Freitas.....	gisele.dias.freitas@gmail.com
Helena Cristina Alves Vieira Lima.....	hcavl@yahoo.com.br
Henrique de Barros Moreira Beltrão	henriquebel@yahoo.com.br
Jean Carlos dos Santos Barrado.....	jeanbarrado@yahoo.com.br
Matheus de Paula Cerroni	matheus.cerroni@saude.gov.br
Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira	ppvoenf@gmail.com

5ª turma 2006/2008**Contatos**

Adriana Aguiar Oliveira	oliveiravet@yahoo.com.br
Aglaêr Alves da Nóbrega	aglaer.nobrega@saude.gov.br
Andreza Madeira	drezamad@gmail.com
Camile de Moraes	mcamile@gmail.com
Erika Valeska Rossetto	erikinhavr@gmail.com
Fabiana Godoy Malaspina	fabianamalaspina@gmail.com
Fabiano Marques Rosa	fmarques_gyn@hotmail.com
Jonas Lotufo Brant de Carvalho	jobrant@bol.com.br
José Romério Rabelo Melo	morhot@hotmail.com
Julio Cesar Colpo da Silveira	juliocesarcolpo@gmail.com
Márcio Henrique de Oliveira Garcia	marciogarciavet@gmail.com
Michael Laurence Zini Lise	lisemlz@yahoo.com.br
Rosângela Gomes Benevides	rosabenevides@gmail.com

4ª turma 2005/2007**Contatos**

Alessandra Araújo Siqueira	aleasiqueira@gmail.com
Ana Carolina Faria e Silva Santelli	anacarlosilva@gmail.com
Eduardo Marques Macário	edumacario@gmail.com
Eliana Nogueira Castro de Barros	eliananbc@yahoo.com.br
Ernesto Isaac Montenegro Renoier	marlon_122@hotmail.com
Leonardo Victor de Knegt	chorse@terra.com.br
Lucia Costa Vieira	lucia.costav@gmail.com
Luiz Rodrigues de Alencar Junior	alencarjrvet@uol.com.br
Márcia Costa Ooteman Mendes	ooteman@gmail.com
Marcio Denis Medeiros Mascarenhas	mdm.mascarenhas@gmail.com
Marco Antônio Barreto de Almeida	mabalmeida@gmail.com
Sara Lacerda Almeida	sarala@uol.com.br
Silvia Silva de Oliveira	silviaspve@gmail.com

3ª turma 2004/2006**Contatos**

Alessandra Viana Cardoso	vianacardoso@yahoo.com.br
Alessandro Pecego Martins Romano	alessandropecego@gmail.com
Beatriz Yuko Kitagawa.....	biakita@yahoo.com.br
Daniel Roberto Coradi de Freitas	danielcoradi@gmail.com
Deise Aparecida dos Santos	deiseaps@gmail.com
Erica Tatto	etattobr@yahoo.com.br
George Santiago Dimech	george.dimech@saude.gov.br
Gisele de Cássia Barra Araújo	giselecbaraujo@yahoo.com.br
José Alexandre Menezes da Silva.....	alexandre_menezes1971@yahoo.com.br
Rodolfo Navarro Nunes	rodolfo.nunes@anvisa.gov.br
Rui Rafael Durlacher	ruidurlacher@gmail.com

2ª turma 2001/2003**Contatos**

Cristiane Penaforte do Nascimento Dimech.....	cristiane.penaforte@gmail.com
Greice Madeleine Ikeda do Carmo.....	greice.madeleine@saude.gov.br
José Evoide Moura Junior.....	evoide@hotmail.com
Lenildo de Moura	lenildo.moura@gmail.com
Luciane Zappelini Daufenbach	lucazd@yahoo.com.br
Marcelo Yoshito Wada	marcelo.wada@saude.gov.br
Marta Helena Paiva Dantas.....	martahelena.dantas@gmail.com
Wanderson Kleber de Oliveira	wanderson.kleber@saude.gov.br
Waneska Alexandra Alves.....	waneska.alves@gmail.com
Wildo Navegantes de Araujo.....	wildo.araujo@saude.gov.br

1ª turma 2000/**Contatos**

Ana Cristina Rocha Simplicio	anasimplicio@yahoo.com.br
Carmen Lucia Muricy	miluka02@yahoo.com.br
Giovanini Evelim Coelho	giovanini.coelho@saude.gov.br
Giselle Hentzy Moraes	gisellehm@yahoo.com.br
Elizabeth David dos Santos	elizabethdaviddossantos@gmail.com
João Bosco Siqueira Junior	siqueirajb@gmail.com
Lucia Maria Sayde de Azevedo Tavares	luciasayde@oi.com.br
Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz	ricmanga@gmail.com
Roberto de Melo Dusi	robertodusi@hotmail.com
Suely Tuboi Hiromi	suely.tuboi@gmail.com
Tatiana Miranda Lanzieri	tlanzieri@yahoo.com



Biblioteca MS



10001031191