

MINISTÉRIO DA SAÚDE

6^a EXPOEPI

MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS
BEM-SUCEDIDAS EM EPIDEMIOLOGIA,
PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS

Brasília / DF

ANAIS

6^a EXPOEPI

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

Anais

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

6^a EXPOEPI

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

Brasília, DF
15 a 17 de novembro de 2006

Anais

Série D. Reuniões e Conferências

Brasília, DF • 2007

© 2007. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta 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 desta 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: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 1ª edição – 2007 – 10.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Organização: Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço

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

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco G

Edifício Sede, sobreloja

CEP: 70.058-900, Brasília, DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial dos Anais – SVS/MS

Organização: Maria Regina Fernandes de Oliveira

Copidesque/revisão: Ermenegildo Munhoz Junior

Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Diagramação: Edite Damásio da Silva

Capa: Sabrina Lopes

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

6ª Expoepi: mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças: anais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

136 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 978-85-334-1342-9

1. Vigilância epidemiológica. 2. Vigilância em saúde pública. 3. Planejamento em saúde. 4. Doenças transmissíveis I. Título. II. Série.

NLM W 82

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0561

Títulos para indexação

Em inglês: 6th Expoepi: National Exhibition of Successful Experiences in Diseases Epidemiology, Prevention and Control: annals

Em espanhol: 6.ª Expoepi: Muestra Nacional de Experiencias Bien Sucedidas en Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades: anales

6ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças

Presidente da 6ª Expoepi

Fabiano Geraldo Pimenta Júnior – SVS/MS

Coordenação da Comissão Organizadora

Eunice de Lima – SVS/MS

Coordenadora da Comissão Científica

Maria Regina Fernandes de Oliveira – SVS/MS

Comissão Organizadora

André Falcão do Rego Barros – Nucom/SVS

Carlos Estênio Brasilino – Nucom/SVS

Carolina Oliviera Gontijo – Nucom/SVS

Cristiane Vasconcelos – Ascom/MS

Eunice de Lima – Nucom/SVS

Fabiano Camilo e Silva – Nucom/SVS

João Batista Geovanini da Silva – Ascom/MS

Jussara Batista Valadares – UGP/SVS

Márcia Santa Cruz Pordeus – UGP/SVS

Maria Regina Fernandes de Oliveira – CGDEP/SVS

Monica Pereira – UGP/SVS

Otavio Flud Giacomo – Nucom/SVS

Rochelle Patricia Ferraz de Souza – Nucom/SVS

Sabrina Gonçalves Lopes Silva – Nucom/SVS

Sérgio Luiz Ferreira Vianna – UGP/SVS

Tatiana Marques Portela – Nucom/SVS

Thiago Alves de Freitas – Nucom/SVS

Comissão Científica

Adauto Martins Soares Filho – SVS/MS

Adriana Miranda de Castro – SVS/MS

Aide Campagna – SVS/MS

Alessandro Ricardo Caruso da Cunha – SVS/MS

Ana Freitas Ribeiro – SES/SP

Ana Maria de Brito – FCM/UPE

Ana Maria Johnson de Assis – SVS/MS

Ana Nilce Silveira Maia Elkhoury – SVS/MS
Anamaria Testa Tambellini – SVS/MS
Antônio Silva Lima Neto – Unifor/CE
Carla Magda A. S. Domingues – SVS/MS
Carmen Lucia Muricy – SVS/MS
Cibele Medeiros Brito Leite – SVS/MS
Cristiane Scolari Gosch – SVS/MS
Cristiane Vieira de Assis Pujol Luz – SVS/MS
Dácio de Lira Rabello Neto – SVS/MS
Daniela Loiola – SCTIES/MS
Denise de Freitas Tavares da Silva – SVS/MS
Eduardo Hage Carmo – SVS/MS
Elizabeth David dos Santos – SVS/MS
Elza Ferreira Noronha – UNB
Elza Helena Krawiec – SVS/MS
Fabiano Geraldo Pimenta Júnior – SVS/MS
Fernanda Nogueira – SVS/MS
Fernando Barros Ribeiro – SVS/MS
Flávia Helena Maia Costa – SVS/MS
Flávio Pereira Nunes – SVS/MS
George Santiago Dimech – SVS/MS
Gerson Fernando Mendes Pereira – SVS/MS
Haroldo Sérgio da Silva Bezerra – SVS/MS
Ima Aparecida Braga – SVS/MS
Inês Dourado – ISC/UFBA
Isaias da Silva Pereira – SVS/MS
Ivenise Leal Braga – SVS/MS
José Lázaro de Brito Ladislau – SVS/MS
José Ueleres Braga – UERJ
Josenev Santos – SVS/MS
Júlia Aparecida Devede Nogueira – SVS/MS
Leidijany Costa Paz – SVS/MS
Lenildo de Moura – SVS/MS
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha – SVS/MS
Luciana Teodoro de Rezende Lara – SVS/MS
Luciane Zappellini Daufenbach – SVS/MS
Luiza de Marilac Barbosa – SVS/MS
Magda Levantezi – SVS/MS
Marcelo Yoshito Wada – SVS/MS
Maria Amélia de Souza Mascena Veras – Sta. Casa / São Paulo
Maria da Paz Luna Pereira – SVS/MS
Maria de Fátima Costa Lopes – SVS/MS
Maria Helena P. de Mello Jorge – FSP/USP

Marta Helena Paiva Dantas – SVS/MS
Marta Maria Alves da Silva – SVS/MS
Mauro da Rosa Elkhoury – SVS/MS
Miguel Aiub Hijjar – C.R. Prof. Hélio Fraga/SVS/MS
Rejane Maria de Souza Alves – SVS/MS
Rosa Castália França Ribeiro Soares – SVS/MS
Roseane do Socorro Tavares Ursulino Calmon – SVS/MS
Rosely Cerqueira de Oliveira – SVS/MS
Sérgio Saraiva Nazareno dos Anjos – SVS/MS
Sinaida Teixeira Martins – SVS/MS
Tatiana Marques Portela – SVS/MS
Valter Chaves Costa – SVS/MS
Vera Lúcia Gattas – SVS/MS
Wildo Navegantes Araújo – SVS/MS

Comissão de Apoio

Alexandre Araújo – Ascom/MS
Aline Menezes Barroso – CGVAM/SVS
Ana Lúcia Sacramento – GAB/SVS
Antonio Jorge Ribeiro Paes Júnior – CGPNEH/SVS
Bárbara da Silveira Lima – CGPNEH/SVS
Cecília Alves Silva – CGPLO/SVS
Carlos Frederico Lobo – Nucom/SVS
Cláudia de Almeida Gomes – Cerimonial/MS
Cláudia Sousa – Ascom/MS
Cleberson Santos de Jesus – CGPNI/SVS
Cristiane Martins de Souza – Cerimonial/MS
Diogenes Silva – UGP/SVS
Eisenhower Bonfim Pereira – Ascom/MS
Eliana Pereira dos Santos – GAB/SVS
Everton Araújo Fontinele – CGPNI/SVS
Fernanda de Oliveira Costa – Cievs/SVS
Giselle Freitas Mendonça – Unesco
Graciete Oliveira – GTDER/SVS
Hilnette de Carvalho Vieira – UGP/SVS
Irio Elicker – UGP/SVS
Ivone da Silva Nascimento – Nucom/SVS
Jaqueline Moreira da Silva – Nucom/SVS
João de Souza Lima – CGDT/SVS
José Walber da Silva Rodrigues – Cerimonial/MS
José Nilton Neris Gomes – PNHV/SVS
Líbia Cristina Xavier Santos – UGP/SVS
Lidyane Rodrigues de Brito – CGDEP/SVS

Lorena de Sousa Carvalho – Unesco
Luciana Penna – UGP/SVS
Luciano Silva – UGP/SVS
Luiz Fernandes Junior – UGP/SVS
Luiz Paulo de Oliveira Pereira – CGPNCD
Marcelo Souza El-corab Moreira – Covev/SVS
Maria Elisa Bittencourt – PNUD
Maria Rebeca Otero Gomes – Unesco
Maria Glessimar Fonseca Soares – Gab/SVS
Maristela Marques Baioni – PNUD
Marlucia Fonseca – Nucom/SVS
Marylene Rocha – Ascom/MS
Miguel Marques Alves – Interline Turismo
Mônica Geovanini da Silva – Cerimonial/MS
Morgana Viott – Cerimonial/MS
Nathaly Siqueira – Interline Turismo
Norma Consuelo de Souza Côrtes – GAB/SVS
Ricardo Guedes – UGP/SVS
Rozzevelt Ramos Bonfim – Covev/SVS
Samuel Alves de Moura – Interline Turismo
Samuel Gonçalves Souza – Nucom/SVS
Sandra Berezowski – UGP/SVS
Silvana di Maio Andrade Santiago – CGPNI/SVS
Sônia Maia – Interline Turismo
Tatiana Silva – UGP/SVS
Ubirajara Rodrigues – Ascom/SVS
Vanessa Cardozo – Diges/SVS
Vinícius Nunes – Ascom/MS
Zilene Feitosa – UGP/SVS

| Sumário

Apresentação	15
Resumos	
1 Vigilância em Saúde Ambiental	
Comunicação oral	
Acidente com produtos perigosos, contaminação ambiental e vigilância em saúde	21
Radiações eletromagnéticas (REM): a prática da vigilância em saúde ambiental sobre as Estações de Rádio Base (ERB)	22
Utilização do geoprocessamento como ferramenta para a Avaliação do Plano de Amostragem da Qualidade da Água para Consumo Humano em Natal-RN	23
Poster	
Utilização do programa Epi Info no mapeamento de poços rasos	25
Intersetorialidade: uma história a ser construída	26
Vigilância em saúde ambiental: a experiência de Porto Alegre	27
2 Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis	
Comunicação oral	
Integração da rede pública e privada como proposta de organização do diagnóstico sorológico para leishmaniose visceral canina em Minas Gerais	31
Avanços na vigilância e controle da filariose linfática em Maceió-AL: perspectiva de eliminação	33
Estratégia de controle da febre maculosa brasileira em área endêmica da zona rural de Mogi das Cruzes-SP	35
Poster	
Poxvirose no Espírito Santo – a estratégia da vigilância epidemiológica	36
Atualização do número de casos de leishmaniose visceral em Palmas, Tocantins	37
Avaliação dos indicadores do programa de profilaxia e controle da raiva no Estado do Amazonas – 1996 a 2005	38
3 Vigilância, Prevenção e Controle de DST/Aids	
Comunicação oral	
Controle da sífilis em gestante e recém-nascido através do Sistema de Vigilância Materno-Infantil (Sisvimi) em Santos-SP	41

Prevenção entre populações mais vulneráveis ao HIV/aids: estratégias para a redução da vulnerabilidade entre profissionais do sexo, usuários de drogas e homens que fazem sexo com homens em Marília-SP 43

Avanços na vigilância epidemiológica da sífilis congênita no DF: rumo à eliminação 44

Poster

Busca ativa dos casos de sífilis congênita no Município de Manaus 45

Estratégias na redução da transmissão vertical do HIV 46

Projeto HSH (homens que fazem sexo com homens): uma ação de promoção à saúde na cidade de Santo André 47

4 Vigilância, Prevenção e Controle de Tuberculose

Comunicação oral

O desafio do controle da tuberculose no sistema prisional do Estado de São Paulo, espaços conquistados e a conquistar 51

EMBUscA da tuberculose, uma experiência vivida e o desafio do Município na manutenção e implementação dos indicadores da saúde no controle da doença 52

O controle da tuberculose em uma área de vulnerabilidade social: a experiência na favela da Rocinha, Cidade do Rio de Janeiro 54

Poster

Ação de impacto no controle da tuberculose no pólo indígena do Município de Amambaí-MS 55

Contribuição da cultura para o diagnóstico da tuberculose na população indígena Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul 57

Impacto da concessão da cesta básica ao portador de tuberculose e sobre o abandono do tratamento em Barbalha-CE, Brasil 58

5 Aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde

Comunicação oral

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): Sinasc como fonte identificadora da subnotificação dos óbitos ocorridos durante a gravidez/parto/aborto, puerpério precoce e puerpério tardio 61

O potencial dos sistemas de informação em saúde para aprimorar indicadores da PPI-VS: discutindo possibilidades na vigilância epidemiológica de doenças exantemáticas em PE, 2005 62

Aprimoramento dos dados de mortalidade por causas externas tendo a imprensa como fonte de dados 64

Poster

Criação de um grupo de codificadores para solucionar dúvidas de codificação e aplicação de regras para seleção de causa básica de morte em Minas Gerais através da Internet 65

A experiência do Município do Recife para identificação de falhas assistenciais e fatores de evitabilidade das mortes maternas 66

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): Sinan como fonte identificadora da co-infecção TB/HIV nos casos de óbito em Porto Alegre 67

Sistema de Informações sobre Mortalidade: melhorando a qualidade das informações 68

6 Vigilância, Prevenção e Controle de Dengue

Comunicação oral

O papel da vigilância epidemiológica na detecção de epidemias de dengue 71

Implementações na operacionalização de campo e participação comunitária no controle da dengue 72

Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti* – LIRAA – como ferramenta norteadora das medidas de controle da dengue no Município de Cacoal, Rondônia 73

Poster

Projeto “Carroceiros no Controle à Dengue” 74

7 Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis e Hepatites Virais

Comunicação oral

Métodos e técnicas para melhoria da gestão do serviço de imunização em Santa Luzia-MG 77

Sianti-Rábica – criação de um arquivo para sistematizar as informações da campanha anti-rábica –, uma ferramenta para o planejamento, organização e avaliação no Município de Campinas-SP 79

A experiência do Município de Rio Grande-RS na organização do fluxo de atenção às hepatites B e C 80

Poster

Estudo dos efeitos da vacina contra rubéola sobre o produto da gestação de mulheres vacinadas durante campanha realizada no Estado de São Paulo em 2001 81

Descentralização da cópia da DNV para UBS: proposta de intervenção para aumento de cobertura vacinal de rotina no Município de Caxias do Sul 82

Experiência inédita no controle das hepatites B e C no Centro de Ressocialização Feminina de São José do Rio Preto-SP, através de parceria entre a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária de São Paulo e ONG (Gada) 83

8 Vigilância, Prevenção e Controle de Hanseníase e Malária

Comunicação oral

Estratégia de atualização do banco de dados do programa de hanseníase no Estado de Pernambuco, em 2005 87

Hanseníase: integrando saúde, escola e comunidade no programa de atenção primária à saúde 88

Avaliação e monitoramento do tratamento de malária segundo comportamento alimentar 89

Poster

Estratégias adotadas no Município de Monção para a vigilância e controle da malária 90

Descentralização em prevenção de incapacidades e assessoria 92

Organização da atenção básica para atendimento da hanseníase no Município de Alto Alegre do Pindaré 93

Reflexo da descentralização das ações de epidemiologia e a redução de casos de malária no Estado do Tocantins 94

9 Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Comunicação oral

Investigação e controle dos acidentes e violências, um desafio para os serviços de vigilância epidemiológica 99

“Alô Vigilância”: instrumento de captação de agravos de notificação em vigilância epidemiológica hospitalar 100

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) como fonte complementar para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no Núcleo de Epidemiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz: uma estratégia para melhorar a cobertura do Sinan 102

Poster

Implantação do Registro Hospitalar de Câncer pelo Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas da UFPR: relato de experiência 104

Integração dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar da rede privada de saúde ao sistema de vigilância epidemiológica: a experiência do Recife 105

Implantação de um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) em um hospital universitário do interior do Brasil: dificuldades e sucessos 106

10 Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Comunicação oral

A implantação do Sistema de Vigilância da Violência em Porto Alegre 109

Gestão em rede: viabilizando a vigilância dos maus-tratos contra crianças e adolescentes 111

Estratégia para controle da hipertensão arterial sistêmica no Município de Luzerna, Santa Catarina 112

Poster

Prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis através de grupos de saúde 113

A mortalidade por causas externas em Porto Alegre, RS, 1996-2004 115

Diagnóstico situacional da morbimortalidade das causas externas no Município de São Bernardo do Campo – limites e possibilidades. Resultados preliminares 117

11 Investigações de Surtos Conduzidas pelo Gestor Federal – Prêmio Adolfo Lutz e Vital Brazil

Surto de Rickettsiose do grupo da febre maculosa, Rio de Janeiro, Brasil, 2005 121

Surto de rotavírus e fatores de risco para óbito – Rio Branco, Acre, Brasil, 2005 123

Surto de toxoplasmose associada ao consumo de “copa”, Santa Vitória do Palmar, Rio Grande do Sul, maio-junho de 2005 125

Surto de diarreia em aldeias indígenas da etnia Kulina, Ipixuna, Amazonas, setembro de 2005 127

12 Investigações de Surtos Conduzidas por Estados e Municípios – Prêmio Carlos Chagas

Doença meningocócica: investigação de surto na comunidade Sucupira, Distrito Administrativo do Grajaú, Município de São Paulo, 2006 131

Surto de rubéola em adultos devido a vírus importado, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005-2006 133

Leishmaniose tegumentar americana (LTA): relato de surto em Balneário Camboriú e Itapema, Santa Catarina, 2005 135

| Apresentação

A 6ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças – EXPOEPI, realizada em Brasília, Distrito Federal, no ano de 2006, reuniu cerca de 1.400 participantes entre profissionais da área. Os temas dessa edição foram: Vigilância em Saúde Ambiental; Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis; Vigilância, Prevenção e Controle de DST/aids; Vigilância, Prevenção e Controle de Tuberculose; Aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde; Vigilância, Prevenção e Controle de Dengue; Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis e Hepatites Virais; Vigilância, Prevenção e Controle de Hanseníase e Malária; Vigilância Epidemiológica Hospitalar; e Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Foram selecionados 30 trabalhos para apresentação oral e 30 pôsteres. De acordo com a tradição do evento, a seleção das melhores experiências em cada tema aconteceu por votação, da qual participou a totalidade dos presentes à sessão de apresentação dos trabalhos. As instituições responsáveis pela execução das dez melhores experiências receberam um prêmio de incentivo, no valor de 30 mil reais, por intermédio do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.

Entre os trabalhos apresentados, destacaram-se, segundo o júri popular: “Integração da rede pública e privada como proposta de organização do diagnóstico sorológico para leishmaniose visceral canina em Minas Gerais”, apresentado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; “Estratégia para controle da hipertensão arterial sistêmica no Município de Luzerna, Santa Catarina”, pela Secretaria Municipal de Saúde local; “Prevenção entre populações mais vulneráveis ao HIV/aids: estratégias para a redução da vulnerabilidade entre profissionais do sexo, usuários de drogas e homens que fazem sexo com homens em Marília-SP”, pela Secretaria Municipal de Saúde local; “Implementações na operacionalização de campo e participação comunitária no controle da dengue”, pela Secretaria Municipal de Saúde de Araçatuba, Estado de São Paulo (SP); “Sianti-Rábica – criação de um arquivo para sistematizar as informações da campanha anti-rábica –, uma ferramenta para o planejamento, organização e avaliação no Município de Campinas-SP”, pela Secretaria Municipal de Saúde local; “Acidente com produtos perigosos, contaminação ambiental e vigilância em saúde”, pela Secretaria Municipal de Saúde de Triunfo, Estado do Rio Grande do Sul; “O controle da tuberculose em uma área de vulnerabilidade social: a experiência na favela da Rocinha, Cidade

do Rio de Janeiro”, pela Secretaria Municipal de Saúde local; “Investigação e controle dos acidentes e violências, um desafio para os serviços de vigilância epidemiológica”, no âmbito do tema Vigilância Epidemiológica Hospitalar, apresentado pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Instituto Dr. José Frota, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Estado do Ceará; e “O potencial dos sistemas de informação em saúde para aprimorar indicadores da PPI/VS: discutindo possibilidades na vigilância epidemiológica de doenças exantemáticas em PE, 2005” e “Estratégia de atualização do banco de dados do programa de hanseníase no Estado de Pernambuco, em 2005”, ambos desenvolvidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco.

A 6ª EXPOEPI também ofereceu seu espaço à apresentação, seleção e premiação das melhores investigações de surtos: o Prêmio Carlos Chagas, para a melhor investigação conduzida por uma Secretaria de Estado ou Municipal de Saúde; e o Prêmio Adolfo Lutz & Vital Brazil, para a melhor investigação conduzida por técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. A apresentação, avaliação e seleção dessas investigações, realizada por uma comissão designada e por um júri popular, aconteceu em duas mesas redondas, como parte da programação científica do evento. O Prêmio Carlos Chagas foi concedido à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pelo trabalho “Doença meningocócica: investigação de surto na comunidade Sucupira, Distrito Administrativo do Grajaú, Município de São Paulo, 2006”. A investigação do “Surto de Rickettsiose do grupo da febre maculosa, Rio de Janeiro, Brasil, 2005” recebeu o Prêmio Adolfo Lutz & Vital Brazil.

Esta publicação reúne os relatos de experiências e investigações de surtos apresentados e, no sentido mais amplo, os resultados da 6ª EXPOEPI para os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS).

A EXPOEPI, uma conquista do conjunto da Vigilância em Saúde do País, possibilita a troca de experiências entre os profissionais de todas as esferas de gestão do sistema. Ela não apenas serve de motivação como também confirma o uso crescente e efetivo da epidemiologia aplicada nos serviços de saúde, com o consequente aprimoramento da vigilância, prevenção e controle de doenças pelo SUS.

Fabiano Geraldo Pimenta Jr.
Secretário de Vigilância em Saúde

| Resumos

1

**Vigilância em
Saúde Ambiental**

COMUNICAÇÃO ORAL

Acidente com produtos perigosos, contaminação ambiental e vigilância em saúde

Prefeitura Municipal de Triunfo, Secretaria Municipal de Saúde

Leandro Lopes Silva

Apoio da equipe do Centro Estadual de Vigilância em Saúde – Rosanne Heidrich

E-mail: llopes@brturbo.com.br

A Vigilância Ambiental em Saúde do Município de Triunfo, Estado do Rio Grande do Sul, desde 2002, realiza o monitoramento das conseqüências de um acidente com produtos perigosos ocorrido em uma localidade situada às margens da BR 386 – rodovia com intenso fluxo de cargas químicas –, em que um caminhão carregando diversos produtos tombou em frente a uma residência, contaminando um açude, uma lavoura e, inclusive, a água de um poço que abastecia a família. Análises químicas da água de poços do entorno do acidente, promovidas pela Vigilância Ambiental em Saúde, acompanham a dispersão da pluma de contaminação. Utilizam-se os parâmetros cromo, fenol e alumínio – estabelecidos pelo órgão ambiental estadual – buscando, também, implementar o levantamento epidemiológico dos grupos populacionais expostos, visando, acima de tudo, à proteção da saúde da população. Desde 2005, a Vigilância Ambiental do Município conta com a parceria do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), por intermédio do Núcleo de Eventos Ambientais Adversos à Saúde (NEAAS). Esse monitoramento revelou, no final do ano de 2005, que a contaminação se espalhara para outras áreas, o que requereu a suspensão da utilização dos poços freáticos atingidos. Encontra-se em fase de estudo um projeto de implantação de rede de abastecimento coletivo de água, a partir de um poço do entorno, o qual, comprovou-se, não se encontra contaminado; manteve-se o monitoramento da qualidade da água desse poço no período operacional da rede, como também foi realizado um estudo geológico da região atingida. Acidentes com produtos perigosos são uma constante nas rodovias brasileiras, sendo de suma importância a atuação do setor Saúde no transcurso das medidas mitigadoras do sinistro e, principalmente, no acompanhamento do pós-acidente, para avaliar as conseqüências decorrentes da exposição a produtos químicos perigosos.

COMUNICAÇÃO ORAL

**Radiações eletromagnéticas (REM):
a prática da vigilância em saúde ambiental
sobre as Estações de Rádio Base (ERB)**

Prefeitura de Porto Alegre, Secretaria Municipal da Saúde,
Coordenadoria-Geral em Vigilância de Saúde

Geila Radünz Vieira e Marla Fernanda Kuhn

E-mail: geila@sms.prefpoa.com.br

Com o aparecimento das Estações de Rádio Base (ERB) em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, houve a necessidade de os técnicos em saúde aprimorarem o conhecimento dos efeitos das radiações eletromagnéticas na saúde da população e planejarem ações capazes de minimizar seu impacto no ambiente. A partir de 1990, realizou-se pesquisa bibliográfica sobre o tema que, além de qualificar o conhecimento técnico, possibilitou sensibilizar o órgão legislador e o poder executivo sobre os riscos de exposição da população caso não houvesse intervenção do poder público na regulamentação de critérios. A ação junto aos órgãos governamentais, coordenada por uma representante da Secretaria Municipal da Saúde com conhecimento técnico e especialização em saúde ocupacional, também solicitou a participação do Ministério Público, partindo do pressuposto de que saúde é um direito do cidadão. A mobilização garantiu assento da Vigilância em Saúde no Grupo de Trabalho que elaborou as várias legislações municipais, assim como do Conselho Municipal para Desenvolvimento Urbano e Ambiental (CMDUA); além de representação permanente e atuante na Comissão Municipal de Meio Ambiente (Comam) e na Câmara Técnica para o licenciamento das ERB, participando de todas as instâncias de licenciamento, assim como do controle, avaliação e fiscalização. A ação da Vigilância em Saúde do Município legitimou presença em todas as etapas dos processos de licenciamento das ERB e afins, garantindo o princípio da precaução e a promoção da saúde da população de Porto Alegre. Conseqüentemente, consolidou e divulgou a importância da temática Saúde e Ambiente e contribuiu para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população de Porto Alegre, além de promover o exercício de cidadania.

COMUNICAÇÃO ORAL

Utilização do geoprocessamento como ferramenta para a Avaliação do Plano de Amostragem da Qualidade da Água para Consumo Humano em Natal-RN

Prefeitura do Natal, Secretaria Municipal de Saúde,
Departamento de Vigilância à Saúde, Setor de Vigilância Ambiental

Jeane B. de Oliveira, Maria Cristiana da S. Souto, Priscilla Maria Freire Cruz,
Tárcio Fúlvio C. Lopes, Denise C. S. de Oliveira, João Rafael L. Guimarães
e Tânia Maria B. da Silva

E-mails: jeane.oliveira@natal.rn.gov.br; cristiana.souto@natal.rn.gov.br;
pribios@yahoo.com.br; tarcio.lopes@natal.rn.gov.br;
denisecristina2@hotmail.com; jguimaraes@hotmail.com;
tania.barbosa@natal.rn.gov.br

O Município do Natal, Estado do Rio Grande do Norte, por intermédio do Setor de Vigilância Ambiental, realiza, semanalmente, o monitoramento da rede de abastecimento de água, que consiste na análise dos parâmetros físico-químicos e bacteriológicos. A síntese dos dados brutos produzidos para se obter uma estimativa e sua inter-relação com dados epidemiológicos é essencial para a avaliação de risco. O presente trabalho visa fornecer subsídios para a avaliação da qualidade da água do Município e do risco de doenças de veiculação hídrica, mediante mapeamento das informações. Os mapas foram elaborados utilizando-se o programa ArcView 3.2, referenciando os dados dos meses de outubro a dezembro de 2005. Os parâmetros de monitoramento analisados foram: cloro residual livre; turbidez; coliformes totais; e termotolerantes. A implantação do plano de amostragem da vigilância da qualidade da água para consumo humano em Natal contemplou 80 pontos de monitoramento, distribuídos nos quatro Distritos Sanitários do Município. Os mapas do percentual de amostras de cloro fora dos padrões e da presença de coliformes totais demonstraram maior deficiência na qualidade da água nos Distritos Oeste e Norte, respectivamente. Em relação à incidência de doenças diarreicas, há predominância no Distrito Oeste. Assim, avalia-se que a área de maior risco relacionado à qualidade da água para consumo humano se refere ao

Distrito Oeste. Esses parâmetros servirão de indicadores das ações mitigadoras e corretivas para melhorar a água e direcionar medidas efetivas de intervenção sobre as causas de prejuízo de sua qualidade.

POSTER

Utilização do programa Epi Info no mapeamento de poços rasos

Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria Municipal de Saúde,
Setor de Vigilância e Controle do Meio Ambiente

Ivanilda Mendes, Cláudio Luiz Castagna, Edilson G. Soave,
Paulo C. Anicézio, Matias Antônio V. Souza, Emerson G. Pereira,
Patrick Silva dos Santos, Fábio Roberto da Cruz e Júlio Cezar R. dos Santos

E-mail: vall_mendess@yahoo.com.br

No Município de Campinas, Estado de São Paulo, 98,34% de seus habitantes vivem em áreas urbanas – 98% das quais abastecidas com água tratada, proveniente do sistema público de abastecimento. Em razão da expansão urbana desordenada, o Município possui, ainda, glebas rurais, inseridas no perímetro urbano, onde se utiliza água de poço raso para consumo humano. Essa situação pode representar um risco à saúde, considerando que poços rasos são mais suscetíveis a contaminação. Este trabalho de mapeamento teve por objetivo constituir um banco de dados, junto com o diagnóstico do risco de consumo dessa água. Inicialmente, elaborou-se um banco de dados em Epi Info, versão Windows 2.0, com elaboração de formulários para coleta de dados, como: identificação do local; unidade de saúde de referência; características sanitárias do poço; características ambientais; informações sobre a utilização da água; e população abastecida. Os poços foram localizados geograficamente, pelo Global Positioning System (GPS). Após a pesquisa, os dados foram inseridos no programa Epi Info, possibilitando análises dos resultados. As informações obtidas oferecem subsídios para investigações epidemiológicas em ocorrências de doenças de veiculação hídrica atendidas nas unidades de saúde, além de possibilitar o monitoramento da água consumida. Verificou-se, principalmente, a necessidade de orientação para a construção de fossas de acordo com as normas técnicas e o processo de desinfecção da água, com o objetivo de minimizar riscos à saúde decorrentes de contaminação bacteriológica. Por ser de domínio público, o Epi Info tem demonstrado ser um instrumento importante nas ações de vigilância da água, recomendado no apoio aos programas de saúde ambiental.

POSTER

Intersetorialidade: uma história a ser construída

Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde, Programa de Saúde Ambiental

Alexsandra Patrícia de Carvalho Serrano, Maria de Fátima Araújo de Oliveira, José Carlos Cazumbá, Tereza Maciel Lyra, Adeílza Ferraz, Aura Gonzalez Serna, João Alves do Nascimento Júnior, Fabiana Camarão de Albuquerque e Silva e Sinara Batista Silva

E-mails: apcserrano@yahoo.com.br; cvagrand@yahoo.com.br

O Plano Plurianual 2002-2005, denominado “Recife, Cidade Saudável”, estabeleceu diretriz que orienta as estratégias do Executivo Municipal. Em 2002, foi implantado o Programa de Saúde Ambiental (PSA) da Prefeitura do Recife, Estado de Pernambuco, no esforço de promover a saúde e a vigilância ambiental, norteado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando os aspectos territoriais e os riscos ambientais biológicos e não biológicos. Recife possui áreas planas e de morros ocupadas sem o devido respeito às regulamentações e critérios urbano-habitacionais, gerando situações de risco ambiental, agravos e doenças, em que 21% de área é saneada; e onde, há mais de 20 anos, a população convive com racionamento de água e constante intermitência em seu abastecimento. Visando otimizar recursos, o PSA incentivou e estruturou o Fórum de Ações Integradas, inicialmente constituído por representações técnicas das Secretarias Municipais de Saúde, Serviços Públicos e Saneamento. Essa articulação do Fórum, implantado em julho de 2003, favorece a interface e otimização dos diversos recursos, ações, ademais de agilizar os procedimentos técnicos. Para o Fórum, apresenta-se o desafio de interferir na condução da política pública de gestão, planejando ações de curto, médio e longo prazos. Quanto à participação da população, esta ainda é um dos maiores desafios. Hoje, o Fórum avalia objetivos, metodologia e composição, apostando em uma transformação da cultura da organização das práticas administrativas e nas mudanças necessárias para a produção e divisão do trabalho entre as instituições.

POSTER

Vigilância em saúde ambiental: a experiência de Porto Alegre

Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde,
Coordenadoria-Geral de Vigilância de Saúde

Marla Fernanda Kuhn, Ana Rosária Sant'Anna, Maria Elaine Esmério,
Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts, Carla Vargas, Fátima Garbini, Guaracy Vianna,
José dos Santos, José Sangiovanni, Maria Angélica Weber, Liane Fetzer, Maristela Tosca,
Maria Cristina Piovesa, Mitiyo Araújo, Silvana Marzulo e Geila Radünz Vieira

E-mails: anas@sms.prefpoa.com.br; marla@sms.prefpoa.com.br

A temática ambiental constitui um dos principais pilares da vigilância em saúde, em razão de sua abrangência socioambiental no processo saúde-doença. As variáveis oriundas desse universo possibilitam construir indicadores que identificam grupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Assim, é possível estabelecer ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Nessa perspectiva, a Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) estruturou as ações de Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), com o intuito de unificar atividades que já se faziam presentes no trabalho diário das equipes. Em 2004, houve a implantação da Vigilância de Saúde Ambiental de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul. A formação de um grupo de trabalho (GTVSA) constituído de representantes das equipes da CGVS foi a estratégia utilizada em proposta pautada no princípio da transversalidade, ao invés da formação de equipe específica. Os componentes do GT desenvolvem suas atividades junto a suas equipes, atuando como multiplicadores, promovendo a sensibilização dentro dos pressupostos da saúde ambiental, gerenciando as ações de vigilância por meio de avaliações das vulnerabilidades e de indicadores de saúde. Essa proposta, intimamente vinculada à percepção do trabalho interdisciplinar integrado e articulado entre as equipes, compreende que a questão ambiental está presente em todas as ações de vigilância. A interlocução entre os diversos setores da Prefeitura Municipal nas ações de vigilância em saúde revelou a importância da intersetorialidade para a realização dessas atividades, segundo o princípio da integralidade em saúde, bem como a participação da população na co-responsabilidade socioambiental.

2

Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis

COMUNICAÇÃO ORAL

Integração da rede pública e privada como proposta de organização do diagnóstico sorológico para leishmaniose visceral canina em Minas Gerais

Governo do Estado de Minas Gerais, Secretaria de Estado da Saúde;
Fundação Ezequiel Dias, Laboratório Central de Saúde Pública

Simone Marrocos Resende, Eliana Furtado Moreira e Idikó de Miranda Pinto

E-mails: zoonoses@saude.mg.gov.br; elianafurtado@funed.mg.gov.br

A vigilância epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) confirmou 2.018 casos humanos de leishmaniose visceral (LV) no período de 2000 a 2005. Em 2004, foram 679 casos, 69 óbitos e o maior número de pacientes com LV grave entre os Estados brasileiros. Para controle da LV, preconizam-se ações de vigilância epidemiológica; eutanásia dos cães soropositivos; e medidas entomológicas específicas. Na execução dessas ações, o diagnóstico laboratorial da LV canina (LVC) configurava grande viés. A rede particular utilizava *kit* de teste imunoenzimático (ELISA) registrado no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), porém não validado pelo Ministério da Saúde e sua Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). A rede pública utilizava *kit* produzido na unidade de Biomanguinhos, da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde: ELISA, como teste para triagem; e reação de imunofluorescência indireta (RIF), como teste confirmatório. Faltava padronização do diagnóstico entre os laboratórios, o que gerava divergências de resultados, principalmente em função da especificidade e sensibilidade de cada *kit*. A SES/MG e a Fundação Ezequiel Dias, esta por intermédio do Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen/MG-Funed), promoveram reuniões de representantes da SVS/MS, MAPA, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselho Regional de Medicina Veterinária de Minas Gerais (CRMV/MG) e laboratórios privados, com o propósito de organizar e integrar a rede. O Lacen/MG-Funed implantou supervisões semestrais, capacitações, ajustes de condutas, padronização de técnicas e controle de qualidade mensal em percentual de amostras. Tais ações resultaram na padronização das

requisições, emissões de resultados, implantação da RIF na rede privada e publicação da Resolução N° 324 pelo CRMV/MG. O controle de qualidade apurou 90% de concordância entre resultados de RIF processados nos laboratórios públicos e privados, no período de 2005 a abril de 2006. Observou-se redução nas reclamações envolvendo consumidores e profissionais, implantação de critérios para habilitação de laboratórios particulares, inibição da prestação de serviço com *kits* sem registro no MAPA e conhecimento da prevalência de LVC na rede particular. A organização do diagnóstico sorológico para LVC induziu confiabilidade, minimizou interferências sobre ações da vigilância e deverá viabilizar maior efetividade no controle da doença.

COMUNICAÇÃO ORAL

Avanços na vigilância e controle da filariose linfática em Maceió-AL: perspectiva de eliminação

Prefeitura Municipal de Maceió, Secretaria Municipal de Saúde,
Departamento de Defesa à Saúde

Herbert Charles Silva Barros, Edgard Ferreira Barbosa Filho,
Eliana Maria Maurício da Rocha, Gilberto Fontes, Ana Rachel
Vasconcelos de Lima, Anderson Brandão Leite

E-mails: herbertch@gmail.com; dds_sms@yahoo.com.br

O Programa de Eliminação da Filariose linfática (PEFL) de Maceió, Estado de Alagoas, tem como atividades: controle da transmissão, com inquéritos hemoscópicos, tratamento seletivo dos microfilarêmicos, monitoramento vetorial e ações de vigilância epidemiológica; controle da morbidade; e ações de educação em saúde e mobilização social. Desde 1999, a população da área endêmica vem sendo cadastrada casa a casa, por quarteirão, e examinada. As técnicas de diagnóstico empregadas são: gota espessa de sangue (na população geral); filtração de sangue em membrana (nos parasitados); e pesquisa de antígenos, por meio de imunocromatografia rápida (ICT *card test*) [amostra de crianças, segundo recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS)]. Para avaliação da morbidade, utiliza-se questionário e avaliações clínicas. Os dados são analisados pelo programa Epi Info. De 1999 a 2005, foram examinados 76.290 indivíduos. Destes, 189 (0,25%) eram microfilarêmicos. Entre os 33.949 homens examinados, encontrou-se 141 (0,41%) parasitados; entre as 42.341 mulheres avaliadas, 48 (0,11%) estavam com o parasita ($p < 0,0001$), com *odds ratio* (OR) igual a 3,67 ($IC_{95\%}$: 2,62-5,17). A média de idade entre os parasitados foi de $27,3 \pm 10,8$ anos entre casos masculinos e de $22,5 \pm 16,1$ anos entre os femininos ($p < 0,05$). Ao longo dos anos, verifica-se uma queda significativa nas prevalências: 0,74% (1999); 0,54% (2000); 0,49% (2001); 0,10% (2002); 0,08% (2003); e 0,06% (2004). O ano de 2005 foi o primeiro, desde a implantação do PEFL, em que nenhum microfilarêmico foi diagnosticado, entre 8.937 examinados. Comparando-se as prevalências entre 1995 e 1996 (2,5%) e entre 2004 e 2005 (0,02%), verifica-se que, há cerca de dez anos, a chance de estar parasitado era 101 vezes maior do que atualmente (OR:101,29; $IC_{95\%}$:36,43-319,22).

Dos 189 microfilarêmicos, 168 eram autóctones; os demais, provenientes de regiões indenes e moradores na área endêmica há mais de 14 anos (18 parasitados) ou oriundos de Recife, capital do Estado de Pernambuco, Município cuja área é endêmica para filariose (três casos). Também tem sido observada uma redução da microfilaremia, que, de $580,0 \pm 786$ microfílarias/ml de sangue em 1995, foi reduzida para $81,73 \pm 139$ microfílarias/ml de sangue em 2004. De 3.000 crianças de 6-10 anos examinadas pelo ICT, dez (0,33%) eram antígeno-positivas, posteriormente confirmadas pelo teste imunoenzimático (ELISA). O resultado não exclui a possibilidade de transmissão na área; porém, o valor está próximo daquele que a OMS considera na classificação de área livre de transmissão ($\leq 0,1\%$). No inquérito de morbidade, de 50.775 indivíduos cadastrados, 162 relataram queixa clínica; destes, 126 tiveram avaliação clínica e apenas 42 (0,08%) apresentavam sinais de morbidade, 26 com linfedema (graus I a IV), 15 com hidrocele (leve: 73%) e somente um com associação de linfedema (grau II) e hidrocele (leve). Como tais manifestações são de fase crônica, não se pode afirmar, com certeza, se são de etiologia filarial. Os dados indicam que a eliminação da transmissão da filariose em Maceió poderá ser alcançada em curto prazo. A drástica diminuição da prevalência e da carga parasitária e o reduzido número de casos de provável etiologia filarial devem-se ao trabalho efetuado nas ações interinstitucionais contínuas, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde. Ainda que Maceió seja declarada livre da filariose linfática, as ações de vigilância permanecerão, pois a cidade fica próxima da Região Metropolitana de Recife, que, todavia, constitui um foco de transmissão ativa da doença.

COMUNICAÇÃO ORAL

Estratégia de controle da febre maculosa brasileira em área endêmica da zona rural de Mogi das Cruzes-SP

Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes, Secretaria Municipal de Saúde,
Departamento de Vigilância em Saúde

Daniel de Freitas Souza Campos, Sylvia Maria Abrantes Gomes,
Jefferson Renan de Araújo Leite, Eliete Domingues dos Anjos,
Osvaldo de Souza Lima Júnior, Doreli S. T. dos Santos, Andréia Naomi Kuno,
Juliana Érika Yoshida, Adriano Pinter e Marcelo Bahia Labruna

E-mail: danielcampos@vivax.com.br

Desde o ano de 1998, Mogi das Cruzes, Estado de São Paulo, registra casos de febre maculosa brasileira em uma área rural denominada Distrito de Taiapuêba, com letalidade de 54%. Um programa municipal de controle da doença foi elaborado, incluindo ações de vigilância sindrômica, divulgação de informações e controle de carrapatos do gênero *Amblyomma* em cães e eqüinos da localidade – utilizando-se coleiras carrapaticidas nos primeiros e produtos de aplicação *pour-on* nos últimos –, além da realização de um inquérito sorológico em cães, para classificação do entorno da localidade de Taiapuêba quanto ao risco de transmissão. Como resultado, observou-se um aumento no número de casos suspeitos notificados, acompanhado de queda na letalidade da doença. Confeccionou-se um impresso com orientações, elaborado e distribuído com intensa participação da comunidade. A taxa de parasitismo nos cães foi reduzida de 12,5% para 5,9% e 0,4%, nas avaliações seguintes, de forma semelhante ao que se observou nos eqüinos. O inquérito sorológico nos cães revelou 10% de animais positivos e permitiu o mapeamento da área segundo esse critério indicativo da circulação do agente causador da doença, identificando-se as populações sob maior risco. Conclui-se que as medidas adotadas foram efetivas e complementares na redução dos óbitos pela doença, com perspectiva futura de diminuição também da incidência.

POSTER

Poxvirose no Espírito Santo – a estratégia da vigilância epidemiológica

Governo do Estado do Espírito Santo, Secretaria de Estado da Saúde

Gilton Luiz Almada, Dirlei Molinari Donatele,
Augusto Marchon Zago e Felipe Ceotto Freitas Lima

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

As poxviroses são doenças reconhecidas, rotineiramente, pelo nome de “varíola”. Acometem homem e animais, principalmente ordenhadores e familiares, no contato direto com o animal ou pessoa doente. Em 2005, começou-se a notificar casos no norte do Estado do Espírito Santo. Havia uma grande demanda pelos Municípios para que a Secretaria de Estado da Saúde organizasse a vigilância da doença. Foram feitas reuniões com técnicos das vigilâncias municipais para definição das ações. Em razão da inexistência de dados sistematizados dos casos, elaborou-se uma Ficha de Investigação Individual (FII), baseada em informações epidemiológicas obtidas na literatura e nos inquéritos realizados nos Municípios do sul do Estado. Além dessa ficha, construiu-se uma ficha de notificação para casos em animais e humanos. A FII para casos humanos foi adaptada ao padrão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), sob co-gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e do Departamento de Informática do SUS (Datasus/MS), do Ministério da Saúde. Elaborou-se uma nota técnica com informações básicas relativas à doença. Como se tratava de uma zoonose, a Secretaria de Estado da Agricultura, por seu Departamento de Defesa Animal (Idaf/Seag), foi envolvida no processo, assim como as cooperativas de laticínios, pois, além das questões de aspecto sanitário, havia prejuízo econômico. Aconteceram diversos treinamentos de técnicos. Foram feitas 49 notificações de casos humanos em 2006, referentes a quatro Municípios. Além dos casos humanos, foram notificados 89 casos em animais. A integração da Secretaria de Estado da Agricultura com as cooperativas leiteiras vem se afirmando como um ponto muito importante, que possibilita a notificação, prevenção e controle eficazes, com custo de implantação muito barato.

POSTER

Atualização do número de casos de leishmaniose visceral em Palmas, Tocantins

Governo do Estado de Tocantins, Secretaria de Estado da Saúde,
Diretoria de Vigilância em Saúde, Coordenação de Vigilância Epidemiológica

Mary Ruth Batista Glória, Carina Graser,
Luciano de Medeiros Toledo e Paulo Chagastelles Sabroza

E-mail: maryruth@saude.to.gov.br

O estudo da leishmaniose visceral (LV) reveste-se de importância na medida em que são registradas altas taxas de incidência e de letalidade e ampla distribuição territorial. Em Palmas, a LV encontra-se disseminada, com concentração de casos no espaço urbano vivenciando uma situação de intensa transmissão. A real preocupação com esse problema de saúde evidenciou-se quando da ocorrência de uma grave epidemia em 2003. O desenvolvimento deste trabalho ocorreu a partir da necessidade de resgatar dados não sistematizados, de modo a permitir uma atualização do número de casos e estabelecer um histórico sobre a doença no Município. Levantaram-se informações em nível de Secretaria de Estado da Saúde (SES/TO) –, da Fundação Nacional de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, do SIM, do Lacen/TO, do Hemocentro/TO, do Hospital de Referência Dona Regina e do Hospital Comunitário de Palmas. Consideraram-se casos confirmados registrados no período de 1990 a 2004. Do total de casos do Sinan/SES/TO (n=481), 240 (49,9%) já tinham confirmação para LV e 241 (50,1%) ainda estavam com a classificação final em branco/ignorado. Com o levantamento de dados, concluíram-se 148 casos (61,4%), 75 (31,1%) confirmados e 73 (30,3%) descartados. Permaneceram sem conclusão 93 (38,6%) casos. Após a consolidação dos dados, 437 casos foram confirmados, sendo o primeiro datado de 1990, ano de implantação da capital do Estado, sugerindo que a doença ocorria de forma esporádica e focalizada, e se expandiu em decorrência das migrações intra e interestaduais, modificações ambientais provocadas pela construção da cidade, saída do homem do campo para a cidade com a perspectiva de empregos e incremento populacional local resultante da crescente urbanização, razões a que se somam deficiências na estrutura de saneamento básico do Município.

POSTER

Avaliação dos indicadores do programa de profilaxia e controle da raiva no Estado do Amazonas – 1996 a 2005

Governo do Estado do Amazonas, Secretaria de Estado da Saúde,
Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas

Ana Cristina R. de Campos e Normélio Raimundo Reinehr

E-mail: anacristina@vivax.com.br

A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, por intermédio de sua Gerência de Zoonoses, realizou um estudo descritivo, utilizando os indicadores de avaliação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para demonstrar os incrementos positivos obtidos no controle e profilaxia da raiva humana e canina pelo Estado do Amazonas, no período de 1996 a 2005. O estudo epidemiológico foi dividido em duas partes: vigilância da raiva humana, utilizando-se um indicador de resultado e dois de processo; e vigilância da raiva canina, utilizando-se quatro indicadores de resultados. Na vigilância da raiva humana, com a intensificação das supervisões anuais aos Municípios, capacitações e produção de material educativo, obteve-se um decréscimo da taxa de abandono de tratamento, inicialmente de 26,5%, para níveis mais próximos de zero; e um aumento de 54% a 100% nos Municípios com profissionais capacitados em tratamento profilático anti-rábico humano e que dispuseram da vacina humana. Para o enfrentamento da raiva canina, foram realizadas duas campanhas de vacinação/ano em áreas de risco, além de controle do foco. A intensificação da vigilância e a valorização das atividades das Secretarias Municipais de Saúde no cumprimento das metas pré-estabelecidas foram responsáveis por um incremento de 14,5 a 91,9% de Municípios com cobertura vacinal igual ou acima de 80%; 4,8 a 87,1% de Municípios mantiveram boas coberturas vacinais por dois anos consecutivos; e 1,6 a 62,9% de Municípios realizaram vigilância da raiva canina com envio de amostras para a vigilância laboratorial. A negatividade dos casos de raiva canina foi alcançada a partir de 2003.

3

Vigilância, Prevenção e Controle de DST/Aids

COMUNICAÇÃO ORAL

Controle da sífilis em gestante e recém-nascido através do Sistema de Vigilância Materno-Infantil (Sisvimi) em Santos-SP

Prefeitura Municipal de Santos, Secretaria Municipal de Saúde,
Seção de Vigilância Epidemiológica, Coordenação das Vigilâncias,
Departamento de Programas

Roseine Fortes Patella, Sarah Jane Barbosa dos Santos,
Maria Ângela Bellegarde Fernandes, Regina Célia da Luz Bernardino,
Rita de Cássia Santos Monteiro, Maria da Conceição Santos Moraes,
Vera Aparecida Andrade e Nádia Aparecida dos Santos Imakawa

E-mails: roseine@iron.com.br; seviep@santos.sp.gov.br

Desde 2005, o Sistema de Vigilância Materno-Infantil (Sisvimi) da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, Estado de São Paulo, organiza, a partir da experiência do Programa do Recém-Nascido de Risco (PRNR), da notificação compulsória da gestante com sífilis e da realização obrigatória da triagem neonatal – “teste do pezinho” –, um fluxo de vigilância que compreende desde o pré-natal até o primeiro ano de vida. Partiu-se da vigilância das doenças de transmissão vertical para a vigilância da assistência à gestante, como já é feito para o recém-nascido/lactente. Fazendo cumprir protocolos, enquanto se integram informações dos programas aos quais “pertencem” a gestante e o bebê, o Sisvimi vem construindo o papel articulador da vigilância, para intervir no coeficiente de mortalidade infantil. A gestante é incluída por critérios biológicos (internação) e psicossociais ou por notificação compulsória. Há contra-referência e cartão de tratamento anexo à carteira da gestante. A supervisão otimiza o registro das informações. O recém-nascido é incluído até seis meses/um ano de vida, garantindo o fechamento do caso/puerpério/planejamento familiar. As planilhas semanais da triagem neonatal, ordenadas pelo número da Declaração de Nascido Vivo, informam, outrossim, o risco materno-infantil. Como primeiros resultados, temos o aumento da cobertura na triagem neonatal (97%), com notificação das alterações/inclusão no PRNR. A vigilância do protocolo da sífilis em gestante levou à discussão da qualidade das consultas oferecidas no pré-natal e ao aumento das notificações. Por meio do Sisprenatal, aplicativo desenvolvido pelo Departamento de Infor-

mática do Sistema Único de Saúde (Datasus), do Ministério da Saúde, a avaliação realizada – abandono, ausência de puerpério – sugeriu vinculação ao serviço pela valorização da mulher e não apenas da mãe. A discussão mensal sobre óbitos infantis indicou falhas assistenciais e sua provável evitabilidade por medidas socioeducativas voltadas à mãe/familiares. Os autores deste estudo almejam, integrando saberes e organizando “fazeres”, alcançar não só metas específicas mas garantir qualidade de vida às gestantes e bebês de Santos-SP.

COMUNICAÇÃO ORAL

Prevenção entre populações mais vulneráveis ao HIV/aids: estratégias para a redução da vulnerabilidade entre profissionais do sexo, usuários de drogas e homens que fazem sexo com homens em Marília-SP

Prefeitura Municipal de Marília, Secretaria Municipal de Saúde

Helena R. G. Q. Schwitzky, Cássia A. B. Mazine,
Maria Amélia B. Gonçalves e Júlio Cezar Zorzetto

E-mail: dstasmhs@terra.com.br

A análise do perfil epidemiológico do Município de Marília, Estado de São Paulo, realizada pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde em 2001, detectou a necessidade de implantação de ações específicas para grupos mais vulneráveis, especificamente profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis (UDI) e homens que fazem sexo com homens (HSH). Naquele ano, foi contratada uma equipe de seis agentes de saúde para realizar atividades de prevenção entre profissionais do sexo, nas ruas de Marília, no período noturno, encaminhando-os aos serviços de saúde. A partir de agosto de 2002, a equipe foi ampliada: foram contratados dois agentes, para iniciar os trabalhos com HSH, e outros três agentes, para realizar redução de danos entre UDI. Atualmente, compõem a equipe: uma supervisora de campo; um motorista; dois agentes para UD/UDI; três agentes para HSH; e quatro agentes para profissionais do sexo. Em 2005, foram atendidas 1.112 profissionais do sexo, 584 HSH e 492 UD/UDI; e distribuídos 70.580 preservativos masculinos, 568 preservativos femininos, 514 kits de redução de danos e 603 tubos de gel lubrificante. A equipe encaminhou 178 pessoas aos serviços de saúde de Marília. O Programa de Redução de Riscos é uma estratégia de inclusão, pelo SUS, dos indivíduos mais vulneráveis, porque proporciona a essa população oportunidades de acesso a informações e insumos de prevenção, facilita a apropriação do espaço da unidade de saúde pelas pessoas atendidas e sensibiliza os profissionais desses serviços para o melhor acolhimento daqueles mais vulneráveis.

COMUNICAÇÃO ORAL

Avanços na vigilância epidemiológica da sífilis congênita no DF: rumo à eliminação

Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde,
Secretaria de Vigilância à Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica,
Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis,
Núcleos de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e de Aids

Maria Liz Cunha de Oliveira, Cândida Rodrigues Silva, Disney Antezana
e Luiz Augusto Copati Souza

E-mail: tvdivep@saude.df.gov.br

No Distrito Federal, verificou-se um aumento no número de notificações de sífilis congênita (SC) durante os últimos quatro anos. O número de casos notificados em 2002 foi de 96 – incidência de 2,1/1000 nascidos vivos –; em 2005, foram notificados 143 casos – incidência de 3,2. Essa situação levou a Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) a idealizar e realizar um conjunto de ações com o objetivo de alcançar a meta proposta pelo Ministério da Saúde, de um caso de SC por 1000 nascidos vivos. Entre as ações realizadas, destacam-se: as de vigilância epidemiológica do agravo – levantamento e mapeamento da incidência de SC no DF; investigação de caso suspeito; monitoramento do VDRL do “casal grávido”; e campanhas anuais entre a população, com realização do exame VDRL – e as de capacitação, educação em saúde e mobilidade social – implantação do Comitê Central de Ações de Controle da Sífilis Congênita no DF; implantação de 15 Comitês Regionais; capacitação de recursos humanos em todo o DF; utilização dos meios de comunicação (sítio eletrônico da SES/DF, rádios comunitárias, jornal, televisão e outros) como complemento às ações educativas sobre sífilis; e articulação, divulgação e sensibilização sobre a doença, com o apoio de organizações da sociedade civil. Os resultados apontam a necessidade de garantir o acesso da população ao conhecimento sobre a transmissão sexual e vertical do agente infeccioso da sífilis e outras DST, para aumentar a captação precoce de gestantes e, principalmente, de seus parceiros, e diminuir a incidência de sífilis congênita no Distrito Federal.

POSTER

Busca ativa dos casos de sífilis congênita no Município de Manaus

Prefeitura Municipal de Manaus, Secretaria Municipal de Saúde

Norma Iracema Santiago de Aquino

E-mails: normasaquino@hotmail.com; norma.aquino@pmm.am.gov.br

A Vigilância Sanitária do Município de Manaus, Estado do Amazonas, iniciou os trabalhos de busca ativa de sífilis congênita (infecção surgida pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, transmitido do hospedeiro materno para o conceito) em abril de 2005, usando como fonte principal as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde. O principal instrumento utilizado foi a ficha de investigação epidemiológica; o passo seguinte, a identificação das unidades de saúde notificadoras, que enviam as fichas, por fax, para as unidades de vigilância epidemiológica. Estabeleceram-se prioridades, entre as quais: elaboração de *folder*; elaboração de fluxogramas das fichas de investigação e notificação; capacitação dos profissionais; reuniões com gerentes de unidades de saúde e das maternidades; e distribuição de materiais com orientações, informações e procedimentos sobre o assunto. A partir daí, iniciou-se o processo de investigação propriamente dito. Para cada caso, realizou-se visita domiciliar com o propósito de complementar os dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, bem como coletar material biológico, prestar esclarecimentos sobre a doença e sua terapia, encaminhar o paciente para acompanhamentos neurológico, oftalmológico, audiológico e radiológico. Na rede hospitalar e ambulatorial, realizou-se busca ativa nos prontuários da mãe e da criança visando complementar os dados pertinentes aos antecedentes epidemiológicos. Dos 270 casos notificados de 2000 a 2005, 253 nasceram vivos, quatro natimortos, cinco foram a óbito e houve oito abortos. Os indicadores apontam um problema de grande magnitude, para o qual se faz necessário implantar ações direcionadas à eliminação da doença.

POSTER

Estratégias na redução da transmissão vertical do HIV

Prefeitura Municipal de Guaíba, Secretaria Municipal de Saúde,
Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids

Ângela F. Rosso, Paula B. D'Elia, Lieidi F. Peixoto,
Noeli Boeira e Elaine Guaraldi

E-mails: afrosso@hotmail.com; pdelia@terra.com.br

O Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids (SAE) da Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba, Estado do Rio Grande do Sul, empenhado em contribuir para a redução da transmissão vertical do HIV, realizou, em 2004, uma pesquisa (n=1541) com o objetivo de identificar o problema da idade gestacional avançada na entrega dos resultados do exame anti-HIV (média=30 semanas), em que 0,5% são soropositivos. O estudo desencadeou algumas ações: compra de exame confirmatório com liberação do resultado em até 15 dias; busca ativa das gestantes reagentes; estreitamento das relações entre o SAE e as equipes de pré-natal; confecção e distribuição de materiais educativos; e captação precoce das gestantes. No prazo de um ano, os autores mediram a repercussão das ações implantadas. Durante um período de seis meses, foi aplicado um questionário anônimo (n=446) em todas as consultas de aconselhamento pós-teste para HIV. Os dados serviram à análise, pelo aplicativo Epi Info 2002, que mostrou os seguintes resultados: as gestantes reagentes foram 1,6% das atendidas pelo serviço, apresentando idade gestacional de 24 semanas, ou seja, seis semanas a menos do que os dados anteriores. Para a redução da transmissão vertical do HIV, é importante que a terapia anti-retroviral se inicie, preferencialmente, na 14ª semana gestacional. Embora não tenham respeitado a idade gestacional recomendada, as ações desenvolvidas podem, ainda, ter ajudado no diagnóstico mais precoce da infecção. Esse resultado é motivador para a equipe, que continuará sua busca respeitando o período ideal recomendado pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, os autores entendem que se garante o direito à saúde da mulher e de seu conceito, com a redução da transmissão vertical, promovendo e protegendo a saúde de ambos conforme preconiza a legislação que criou o Sistema Único de Saúde, SUS (Lei nº 8.080 – Art 2º inciso 1º).

POSTER

Projeto HSH (homens que fazem sexo com homens): uma ação de promoção à saúde na cidade de Santo André

Prefeitura de Santo André, Secretaria da Saúde,
Coordenação Municipal de DST/Aids

Deivison Mendes Faustino e Glória Ferreira

E-mails: sdeivison@ig.com.br; gloriaferreiraa@hotmail.com

O Programa Municipal de DST/Aids e seu Núcleo de Prevenção e Unidade de Redução de Danos, em parceria com a organização não governamental (ONG) Saúde e Cidadania, realiza atividades dirigidas a várias populações vulneráveis, incluindo “michês” (homens profissionais do sexo) e “travestis” (transexuais profissionais do sexo) que “fazem programa” no centro da cidade. Os autores do estudo verificaram que os homens que fazem sexo com homens (HSH) não profissionais do sexo necessitam ser abordados, principalmente os mais jovens. Estudos publicados pelo Ministério da Saúde no “Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais” (2002), como também por Godim e Kerr-Pontes [Homo/bissexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza (2000)], destacam a homofobia como grande fator de vulnerabilidade à DST/Aids entre homossexuais masculinos. Ao mesmo tempo, Barreira [Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/Aids junto aos homens que fazem sexo com homens (2002)] observa uma tendência de crescimento nos casos de infecção pelo HIV entre indivíduos com menos de 24 anos de idade, no período de 1996 a 2000. O projeto aqui relatado contempla, entre suas atividades: incentivo a práticas sexuais mais seguras em alguns parques e salas de cinema da cidade; ações de sensibilização dos serviços de saúde, entre outras esferas do poder público; estabelecimento de parceria com organizações da sociedade civil, como com a ONG Associação Brotar pela Cidadania (ABCDS); e levantamento qualitativo, junto aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), sobre a frequência de HSH nesses serviços, por intermédio das fichas de coleta de dados.

4

Vigilância, Prevenção e Controle de Tuberculose

COMUNICAÇÃO ORAL

O desafio do controle da tuberculose no sistema prisional do Estado de São Paulo, espaços conquistados e a conquistar

Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde,
Centro de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Controle da Tuberculose

Vera M. N. Galesi, Laedi A. R. Santos, Cláudia V. Montero
e Maria Josefa Rujula Penon

E-mail: veragalesi@uol.com.br

O Estado de São Paulo, a partir de uma proposta de trabalho conjunto entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Administração Penitenciária, vem priorizando o controle da tuberculose no sistema prisional desde 1996. Não há muros que detenham a progressão da doença e sua transmissão, de forma que, se essa epidemia não for controlada no sistema prisional, não o será na sociedade geral. A atual população prisional do Estado é de cerca de 140.000 detentos, distribuídos em 144 unidades prisionais. O número de casos de tuberculose no sistema tem aumentado (431 em 2000; 1.020 em 2005), provavelmente em função da melhora do sistema de informação e da busca ativa de casos. A taxa estimada para o sistema prisional, embora – conceitualmente – não tão correta, foi de 708 casos por 100.000 habitantes em 2005, enquanto, no conjunto da população, foi de 43 casos por 100.000 habitantes no mesmo ano. A busca de casos mostrou, em 2005, um incremento de 72%, em comparação com esse percentual em 2003. As taxas de cura dos casos novos passaram de 55,2% em 2000 para 71,1 em 2004, o abandono do tratamento caiu de 18,8% em 2000 para 7,1 em 2004; e as transferências, de 16,8 para 10,8, indicando importante melhora nos resultados de tratamento. Os principais indicadores que medem as ações de controle no sistema prisional demonstram conquistas no período avaliado; porém, indicam a necessidade de manutenção do trabalho integrado entre as instituições, bem como da tuberculose como item da agenda de prioridades da Saúde Pública.

COMUNICAÇÃO ORAL

EMBUca da tuberculose, uma experiência vivida e o desafio do Município na manutenção e implementação dos indicadores da saúde no controle da doença

Prefeitura da Estância Turística de Embu,
Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância em Saúde

Leonardo Marcolan, Jorge Harada, Isabel Cristina
Pagliarini Fuentes, Laura Covello, Marcelo Dell'Aquila Gonçalves,
Mônica Aparecida Lopes Sousa e Joseane Gomes Machado

E-mail: veembu@ig.com.br

O Município de Embu, Estado de São Paulo, com população aproximada de 245.857 habitantes, elegeu, no final de 2000, entre seus temas prioritários, a questão da tuberculose. Os dados epidemiológicos do programa de controle local estavam muito aquém das metas: mortalidade=3,3%; cura=69,4%; abandono=14,0%; e mudança de diagnóstico=11%. Àquela época, a assistência prestada aos pacientes era centralizada em apenas cinco médicos e quatro unidades de saúde. Diante de tal situação, tornou-se necessária a implantação das seguintes medidas: treinamentos maciços para médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, pessoal administrativo, agentes comunitários e pessoas responsáveis pela limpeza; descentralização de 100% (diagnóstico e tratamento) do programa; implantação do tratamento supervisionado, a partir de 2001; implantação da busca ativa de sintomáticos respiratórios, atingindo 73% da meta esperada para o ano de 2005; e equacionamento de materiais e medicamentos. Essas medidas tiveram impacto importante no Município, modificando as taxas de cura, de 69,4% (2000) para 92,0% (2005), de abandono, de 14,0% (2000) para 2,5% (2005), de mortalidade, de 3,3% (2000) para 2,7% (2005); e a busca ativa de sintomáticos respiratórios, de 0 (2000) para 73% (2005). Como consequência, o Município tem sido premiado, seguidamente, em nível estadual, desde 2001; e alçou à qualidade de Município de Referência Estadual e Nacional como Pólo de Treinamento. Por esse motivo, a Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde tem recebido visitas frequentes de técnicos de outros Municípios e Estados; e de organismos internacionais,

como a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, STOP TB e LA UNION. Os resultados alcançados devem-se, principalmente, à participação dos profissionais, investimento no ser humano, trabalho em equipe e integração dos níveis de gestão municipal, estadual e nacional.

COMUNICAÇÃO ORAL

O controle da tuberculose em uma área de vulnerabilidade social: a experiência na favela da Rocinha, Cidade do Rio de Janeiro

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde

Elizabeth Cristina Coelho Soares, Zilma Catarina Fonseca,

Jussara Santos da Silva, Gehovânia Rosa Neves, Márcia Cristina

Cid de Araújo, Betina Durovni, Raquel Blake Vilela Piller,

Denise Bastos Arduíni, Maria Helena Carvalho e Solange Cesar Cavalcante

E-mails: eccsoares@rio.rj.gov.br; eccsoares@globo.com

O controle da tuberculose (TB) permanece um desafio para os países pobres, particularmente nas áreas de aglomerações dos grandes centros urbanos. A favela da Rocinha apresenta uma população de 62.000 habitantes e alta densidade demográfica. Em 2002, registrou 365 casos de TB (taxa de incidência de 618/100.000), com percentual de cura de 71% e de abandono de 20%. Nesse cenário, em junho de 2003, o Programa de Controle da Tuberculose implantou a estratégia de tratamento supervisionado (DOTS) na comunidade. O primeiro passo foi o estabelecimento de parceria com o Programa de Saúde da Comunidade, a Universidade Johns Hopkins e a Mitra Arquiepiscopal. Foi criado um posto avançado de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na sede da paróquia da comunidade. Foram selecionados 40 ACS, mediante concurso realizado entre moradores. Após quatro semanas de treinamento, eles foram contratados para atuar no controle da TB. Realizou-se o mapeamento da área, seguido da articulação de uma rede social de apoio local aos pacientes no próprio local. A promoção de atividades educativas consistiu da realização de palestras e criação de peças de teatro para apresentação em escolas da favela. De junho de 2003 a junho de 2006, 813 pacientes com TB foram matriculados. O encerramento dos 594 casos matriculados nos dois primeiros anos mostrou percentual de cura de 90% e de abandono de 4,2%. A taxa de incidência decresceu 31% em três anos. A implantação de DOTS com o trabalho dos ACS mostrou ser uma excelente estratégia no controle da TB nessa comunidade.

POSTER

Ação de impacto no controle da tuberculose no pólo indígena do Município de Amambaí-MS

Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde,
Coordenação Regional de Mato Grosso do Sul

Roselene Lopes de Oliveira Figueiredo,
Jorge Meireles Amarante e Eunice Atsuko Totumi Cunha

E-mail: roselenelopes1@yahoo.com.br

Mato Grosso do Sul é um dos Estados considerados prioritários pelo Ministério da Saúde para implementação do controle da tuberculose, onde as comunidades indígenas contribuem com a maior parte dos casos da doença. Essas comunidades apresentavam, em 2004, uma incidência de tuberculose, em todas as suas formas, de 527,8 por 100.00 habitantes. O objetivo deste trabalho foi o de avaliar a ação emergencial no controle da doença. Foram capacitados os recursos humanos das aldeias e os coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Município de Amambaí-MS, além da equipe técnica do laboratório local. Realizou-se análise retrospectiva de dois anos de casos registrados. A busca de sintomático respiratório foi realizada pela equipe médica local; e os exames radiográficos, mediante utilização de equipamento portátil cedido pelo Estado de Roraima, trazido e manuseado por técnico especializado. Foram examinados 45 indígenas; destes, 35 realizaram Rx, baciloscopia e teste tuberculínico. Os escarros foram coletados e encaminhados ao laboratório do Município; a baciloscopia, encarregada à equipe do Laboratório Central de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul (Lacen/MS). Posteriormente, realizou-se exame de cultura que diagnosticou um caso de cultura positiva com baciloscopia negativa. Examinaram-se todos os contatos registrados entre outubro de 2002 e outubro de 2004 e avaliaram-se os contatos de casos pulmonares positivos registrados entre outubro de 2003 e outubro de 2004; destes, 17 foram submetidos a quimioprofilaxia (17,4% dos contatos examinados). Houve um incremento acentuado nos serviços de baciloscopia e cultura (70%), em relação ao ano de 2004. No ano de 2005, mediante exame de cultura de escarro com baciloscopia negativa, foram diagnosticados 26 casos no-

vos da doença. O Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, embora contasse com um programa basicamente estruturado desde o ano de 2001, diagnosticou casos de tuberculose ainda desconhecidos pelo sistema de saúde, o que significa, para estes autores, que o PCT deve prestar uma atenção especial à população indígena da região.

POSTER

Contribuição da cultura para o diagnóstico da tuberculose na população indígena Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul

Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, Secretaria de Estado da Saúde,
Fundação de Serviços de Saúde, Laboratório Central de Saúde Pública/MS

Eunice Atsuko Totumi Cunha, Rosália Maia, Ana Paula de Almeida,
Cassiano Rodrigues, Aleuyr Oliveira Lima, Helena Yoshie M. Dias, Marli Marques,
Roselene Lopes de Oliveira Figueiredo e Michael Robert Honer

E-mail: euniceatsuko@uol.com.br

A população indígena Guarani-Kaiowá em Mato Grosso do Sul está distribuída em 15 Municípios do Estado. Na baciloscopia, para se observar um ou mais bacilos por 100 campos observados (resultado positivo), a amostra deve ter, pelo menos, 5000 bacilos/ml. A cultura pode fazer o número total de casos identificados elevar-se de 20 a 30%. Neste estudo os pacientes eram de várias aldeias que utilizaram os serviços do Hospital e Maternidade Porta da Esperança (HPE), referência para diagnóstico da tuberculose em populações indígenas. O isolamento de micobactérias foi feito pelo método do *swab*, com semeadura em meio de cultura Ogawa-Kudoh (Organização Mundial da Saúde, 1998). Todas as baciloscopias foram feitas no HPE e submetidas ao controle de qualidade do Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (Lacen/MS). Os testes de sensibilidade foram realizados utilizando-se o método das proporções. Analisaram-se 3.472 amostras, sendo 207 (5,79%) baciloscopia positivas; com o exame de cultura, houve um aumento para 296 (8,79%) amostras positivas. O exame de cultura, entretanto, contribuiu com 117 (39,52%) casos de baciloscopia negativa com cultura positiva, identificando o paciente antes dele se tornar bacilífero. Os autores recomendam o método de Ogawa-Kudoh por ser fácil, barato e viável em laboratório de média complexidade. A técnica é largamente utilizada nas regiões de São Paulo, em todo o Estado do Espírito Santo e no Rio Grande do Sul.

POSTER

Impacto da concessão da cesta básica ao portador de tuberculose e sobre o abandono do tratamento em Barbalha-CE, Brasil

Prefeitura Municipal de Barbalha, Secretaria Municipal de Saúde

Ana Maria Barreto de Araújo Couto, Marinila Calderaro
Munguba Macedo e Alberto Malta Junior

E-mail: maltaj@yahoo.com.br

A tuberculose (TB) é um problema de Saúde Pública em todo o mundo. No Brasil, seu tratamento é gratuito em todas as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, o gerenciamento dos pacientes tem sido difícil, com muitos casos de abandono descritos na literatura. Em Barbalha, Estado do Ceará, o Programa Municipal de Controle da Tuberculose monitorou o comportamento de abandono de tratamento por pacientes entre 1989 e 2004. Percebeu-se uma relação entre abandono e carência alimentar. Esta pesquisa foi descritiva, retrospectiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados, foram utilizados instrumentos de notificação que possuem dados dos portadores de TB. Do total de 326 portadores inscritos pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose/Ministério da Saúde no Centro de Saúde Dr. Leão Sampaio, no período de 1989-2004, o maior percentual obteve alta por cura – 276 portadores (84,5%) –, enquanto a taxa de abandono ficou em torno de 7% (n=23). O perfil dos pacientes revelou que 80% pertenciam à zona urbana, 61% eram do sexo masculino, 34,8% se encontravam na faixa etária de 31-40 anos, 60,9% ganhavam entre 1/2 e 1 salário mínimo e, aproximadamente, 38% eram consumidores de álcool e 39% eram fumantes. Também observadas, a taxa de desemprego ficou em torno de 34% e a de analfabetismo em 12%. Apesar da taxa de abandono estar abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, os autores acreditam ser preciso alertar os profissionais e a própria comunidade sobre as conclusões deste estudo, para que se evite o abandono do tratamento e suas conseqüências.

5

Aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde

COMUNICAÇÃO ORAL

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): Sinasc como fonte identificadora da subnotificação dos óbitos ocorridos durante a gravidez/parto/aborto, puerpério precoce e puerpério tardio

Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde,
Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde, Vigilância de Eventos Vitais,
Doenças e Agravos Não Transmissíveis; Sistema de Informações sobre
Mortalidade/Porto Alegre

Patrícia Konzatti Vieira, Rita Dalla Jobim, Ana Rosário Sant'Anna
e Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts

E-mails: ritajobim@sms.prefpoa.com.br; rdjobim@terra.com.br

As informações dos campos 43 e 44 da declaração de óbito (DO), principalmente as relativas à categoria Puerpério tardio, freqüentemente, não são encontradas no prontuário e, por vezes, são desconhecidas do médico atestante. Em 2005, o Sistema de Informações sobre Mortalidade de Porto Alegre (SIM/POA), Estado do Rio Grande do Sul, introduziu, para todos os óbitos de mulheres em idade fértil, a pesquisa no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) como forma de recuperar as informações nesses campos da DO, coletando a informação da ocorrência de nascidos vivos até um ano antes da data do óbito; e para todos os óbitos a partir de 2004, a pesquisa no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), coletando informação sobre as internações anteriores ao óbito. No caso de informações conflitantes entre DO, Sinasc e SIH/SUS, é realizada pesquisa em prontuário ou entrevista com o médico assistente. Essa estratégia de trabalho resultou no aumento da detecção de óbitos no puerpério tardio. Observou-se, em 2004, queda dos óbitos nas categorias Gravidez/Parto/Aborto e Puerpério precoce (até 42 dias após o parto). Na categoria Puerpério tardio (43 dias até um ano após o parto), entretanto, observa-se um aumento de 75% no ano de 2005, em relação ao ano anterior, possivelmente relacionado à pesquisa realizada no Sinasc.

COMUNICAÇÃO ORAL

O potencial dos sistemas de informação em saúde para aprimorar indicadores da PPI-VS: discutindo possibilidades na vigilância epidemiológica de doenças exantemáticas em PE, 2005

Governo de Pernambuco, Secretaria de Saúde,
Gerência-Geral de Vigilância em Saúde

Gabriela Ferraz Murakami, Fabianni Meneses, Alba Lidiane Cezário
de Barros, Shirlanne Evangelina de Oliveira, Zuleide Dantas Wanderley,
Maria José Couto e Patrícia Ismael de Carvalho

E-mail: gabiferraz@uol.com.br

As ações de vigilância epidemiológica no Estado de Pernambuco têm permitido manter a interrupção da circulação do vírus do sarampo desde 1999 e redução acentuada da incidência de rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC). Apesar desses avanços, Pernambuco ainda enfrenta desafios como o de manter a notificação oportuna de doenças em fase de erradicação/eliminação e encerrar, oportunamente, casos suspeitos, considerando a extensão territorial do Estado e a realização dos exames laboratoriais na capital. Diante disso, este trabalho teve o propósito de reduzir a subnotificação e melhorar o encerramento oportuno e a investigação laboratorial dos casos de sarampo, rubéola e SRC em Pernambuco, em 2005. Trata-se de estudo descritivo operacional, desenvolvido a partir do relacionamento das bases de dados do Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen/PE) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/PE) para as doenças exantemáticas. Procurou-se identificar casos suspeitos de sarampo, rubéola e SRC não notificados em 2005, para caracterização dos Municípios que apresentaram maior subnotificação; e para verificação de possibilidades de aprimoramento dos indicadores da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS). Foram realizadas reuniões com as vigilâncias epidemiológicas – estadual, regionais – e o Lacen/PE, com o objetivo de discutir estratégias de aprimoramento desses indicadores. Os principais resultados apontam para redução da subnotificação e conseqüente acréscimo do percentual de investigação laboratorial em 2005 [89,51% (Sinan/PE)], quando comparado com o percentual correspondente

ao ano anterior [83,9% (Sinan/PE)]. Foram definidas padronizações de fluxo de envio de resultado laboratorial, desenhados e elaborados cartazes e cursos de capacitação abrangendo, também, outras doenças de notificação compulsória, para auxiliar o encerramento oportuno. Esses resultados indicam a potencialidade do caráter complementar dos sistemas de informações em saúde, principalmente na integração das áreas de vigilância, rede diagnóstica e assistência à saúde.

COMUNICAÇÃO ORAL

Aprimoramento dos dados de mortalidade por causas externas tendo a imprensa como fonte de dados

Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde,
Centro de Informações em Saúde, Departamento de Dados Vitais

Ângela Maria Cascão e Antônio Pery de Mello Flores

E-mail: acascao@saude.rj.gov.br

O presente estudo buscou a imprensa como fonte alternativa de esclarecimento da causa básica (CB) da morte, para óbitos por causas não naturais. A CB é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “*Doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal*”. Diariamente, os jornais são lidos e as notícias sobre acidentes e violências recortadas. Esses recortes geram uma ficha de investigação que é digitada (Epi Info 2000). Parelados os óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) com os informados pela imprensa, se a CB está declarada no SIM de forma incorreta, a ficha de informações da imprensa é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem do óbito, para correção no SIM. Desde o segundo semestre de 2003, o Departamento de Dados Vitais utiliza a leitura de jornais como uma das formas de investigação dos óbitos por causas externas (CE). O homicídio é o tipo de CE com maior percentual de recuperação (65,2% em 2005). Esse método permite identificar óbitos por “intervenção legal”, impossíveis de serem conhecidos pela declaração de óbito (DO). A fidedignidade é verificada pelo percentual de concordância entre a DO e a imprensa, que, em 2004, foi de 55,8%; em 2005, foi de 35,3%. Os eventos sem morte conhecidos pela imprensa são monitorados; caso ocorra óbito, a CE será recuperada. Os resultados obtidos demonstram que a imprensa é válida como fonte adicional para o aprimoramento do SIM; é necessário, entretanto, buscar outras fontes de complementação dos dados de mortalidade por CE.

POSTER

Criação de um grupo de codificadores para solucionar dúvidas de codificação e aplicação de regras para seleção de causa básica de morte em Minas Gerais através da Internet

Governo do Estado de Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde

Salette Maria Novais Diniz, Soteris Maciel de Macedo e Marques,
Valéria de Melo Rodrigues e Oliveira, Dária Aparecida de Oliveira Araújo,
Divane Leite Matos, Eliane de Freitas Drumond e Lenice Harumi Ishitani

E-mail: saletem@saude.mg.gov.br

As maiores dificuldades enfrentadas pela Gerência Estadual do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no Estado de Minas Gerais são a fixação dos codificadores de causa básica de morte nos Municípios e Gerências Regionais de Saúde, além da qualificação continuada dos codificadores capacitados. Em 16 de junho de 2005, a Superintendência de Epidemiologia da Secretaria de Estado de Saúde criou o Grupo de Estudos de Codificação e Seleção de Causa Básica de Morte de Minas Gerais com os objetivos de: formar uma rede de discussão entre os codificadores; facilitar o acesso a codificadores mais experientes, quando surgissem dúvidas na codificação e aplicação de regras de seleção de causa básica de morte; e mapear as regiões, de acordo com as dúvidas apresentadas, e avaliar aquelas com demanda para treinamento de codificadores de causa básica de morte. As dúvidas são encaminhadas, via *e-mail*, para: causabasica@saude.mg.gov.br. O grupo se reúne periodicamente, analisa, codifica e seleciona a causa básica, orienta a consulta à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão (CID-10) ou a outro material pertinente e esclarece dúvidas. As respostas baseiam-se nas normas do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, publicadas em boletins e na CID-10. A adoção dessa estratégia, haja vista as dimensões do Estado e o reduzido quadro de codificadores capacitados, tem se mostrado adequada no acompanhamento dos codificadores treinados e na solução de suas dúvidas. Espera-se, assim, reduzir os erros e melhorar a qualidade da codificação e seleção de causas básicas de morte em Minas Gerais.

POSTER

A experiência do Município do Recife para identificação de falhas assistenciais e fatores de evitabilidade das mortes maternas

Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde, Diretoria de Vigilância à Saúde

Juliana M. B. da Silva Costa, Conceição Maria de Oliveira,
Maria José B. Guimarães, Sony Maria dos Santos, Waléria S. Mafra,
Régia Leite, Sérgio P. Costa e Tereza Maciel Lyra

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

A complexa determinação da mortalidade materna desafia a adoção de políticas de intervenção. O objetivo do trabalho foi o de descrever as estratégias utilizadas pela Secretaria de Saúde do Recife, Estado de Pernambuco, para detecção e caracterização dos óbitos maternos, por meio da vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil e da articulação com o Comitê Municipal de Estudos da Mortalidade Materna (CMEMM). Por intermédio da vigilância, investiga-se 100% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, com disponibilidade dos dados ao CMEMM, processamento, análise e divulgação das informações. O CMEMM conta com um grupo técnico para discutir e concluir os óbitos investigados. Entre 2001 e 2005, dos 76 óbitos maternos em residentes no Recife, 31,6% estavam subinformados nas declarações de óbito. Destacam-se: razão de mortalidade materna de 64,5/100.00 nascidos vivos; faixa etária de 20-29 anos (31,6%); com companheiro (68,3%); cor negra (76,3%); renda < 3 salários mínimos (56,6%); anos de estudo < 3 (21,1%); sem plano de saúde (84,2%); exercendo atividades do lar (52,6%); sem pré-natal (18,4%); e óbitos no puerpério (72,4%) e em hospitais com maternidade (75,0%). Predominaram causas obstétricas diretas (55,3%), destacando-se a hipertensão (42,9%). Entre as causas indiretas, sobressai a aids (20,6%). Identificaram-se falhas no pré-natal (69,7%), no acesso à assistência hospitalar obstétrica (37,5%) e na atenção ao puerpério (55,0%). Detectaram-se evidências de evitabilidade em 84,0% dos óbitos, por melhoria no pré-natal (62,0%), na atenção ao puerpério (58,9%), no acesso à assistência hospitalar (33,8%) e por medidas educativas (71,8%). As estratégias adotadas têm contribuído para o conhecimento dos níveis da mortalidade materna, suas causas e fatores de risco, essenciais para o planejamento de intervenções.

POSTER

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): Sinan como fonte identificadora da co-infecção TB/HIV nos casos de óbito em Porto Alegre

Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde,
Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde, Vigilância de Eventos Vitais,
Doenças e Agravos Não Transmissíveis; Sistema de Informações
sobre Mortalidade/Porto Alegre

Rita Dalla Jobim, Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts,
Maria Regina Varnieri Brito e Eugênio Pedroso Lisboa

E-mails: ritajobim@sms.prefpoa.com.br; rdjobim@terra.com.br

A equipe do Sistema de Informações sobre Mortalidade de Porto Alegre (SIM/POA), Estado do Rio Grande do Sul, na rotina do processo de trabalho de qualificação de dados, vem pesquisando todas as declarações de óbito (DO) constantes dos bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), desde 2004; e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), desde 2005. Essa estratégia mostrou-se eficiente na qualificação da causa básica e das causas associadas ao óbito, como na identificação da co-infecção tuberculose (TB)/HIV na mortalidade pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Entre os anos de 2001 e 2005, observa-se um crescente aumento da detecção de óbitos por aids com co-infecção com TB; porém, em 2004, esse aumento foi 80% superior à detecção de 2003, provavelmente associado às investigações das DO no Sinan. No mesmo período, o coeficiente de mortalidade por aids apresenta crescimento, enquanto os coeficientes de mortalidade e de seqüela por TB mantêm-se estáveis. A curva dos coeficientes de mortalidade por aids com co-infecção por TB apresenta intensa elevação no ano de 2004. A co-infecção por tuberculose é considerada o principal marcador de risco para óbito em pacientes HIV-positivos. Ao detectar a co-infecção TB/HIV nos óbitos por aids, o SIM oferece aos programas de prevenção e controle de aids e TB a oportunidade de, no estudo individual desses óbitos, refletir sobre as causas da subnotificação e da não-aderência ao tratamento.

POSTER

**Sistema de Informações sobre Mortalidade:
melhorando a qualidade das informações**

Prefeitura Municipal de Uberlândia, Secretaria Municipal de Saúde,
Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde, Gerência de Informação
e Divulgação em Saúde

Cláudia Rodrigues Pereira Roque, Hermínia Mendonça Pereira Resende,
Mizant Couto de Andrade e Rúbia Pereira Barra

E-mail: rpbarra@hotmail.com

Em Uberlândia, Estado de Minas Gerais, os registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) têm apresentado problemas na qualidade na informação das causas de óbitos maternos e por causas externas. No sentido de melhorar essa qualidade, adotaram-se as seguintes medidas: inquéritos domiciliares e com médicos, sobre mortes de mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos); investigação, no Instituto Médico Legal (IML), dos óbitos por causas externas e (investigação parcial) de óbitos por causas mal definidas. Em 2004 e 2005, a investigação de 364 óbitos de mulheres em idade fértil (100%) resultou na alteração da causa básica em 55 dos casos (15,1%). Os óbitos maternos em 2004 foram identificados após investigação, o mesmo ocorrendo com um dos três óbitos de 2005. Em 2005, investigaram-se 308 óbitos por causas externas (IML e prontuários); desse total, 219 casos foram esclarecidos sobre a causa básica (71,1%) e apenas sete (2,2%) ficaram sem esclarecimento sobre a causa do traumatismo. Foram investigados 32 óbitos mal declarados, os quais migraram, principalmente, para os capítulos I-Doenças infectoparasitárias (nove casos) e II-Neoplasias (nove casos). As fontes de investigação foram: prontuários; Hospital do Câncer; ambulatório de DST/Aids; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); e o Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Após o término de cada investigação, é realizada a alteração correspondente no SIM. A investigação desses óbitos tem produzido uma significativa melhora na qualidade dos dados, fundamental para a produção de estatísticas de mortalidade e construção dos principais indicadores de saúde.

6

Vigilância, Prevenção e Controle de Dengue

COMUNICAÇÃO ORAL

O papel da vigilância epidemiológica na detecção de epidemias de dengue

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde,
Subsecretaria de Ações e Serviços

Cecília Carmen de Araújo Nicolai, Meri Baran, Márcia Pereira Fontes,
Viviane Tostes e Glauce Regina Sobral Lopes

E-mail: cnicolai@rio.rj.gov.br; gvevs@rio.rj.gov.br

Controlar a ocorrência de dengue tem sido um dos maiores desafios na área da Saúde Pública. Apesar dos investimentos realizados, pouco sucesso tem-se alcançado e as epidemias são cada vez mais frequentes. Diante dos fatos, o sistema de vigilância epidemiológica (VE) tem aprimorado técnicas de detecção e controle do processo epidêmico baseadas na integração de trabalho, rapidez em processamento, análise de dados, comunicação e intervenção. Tanto a Gerência da Vigilância Epidemiológica como os Serviços de Epidemiologia (SEp) no nível local devem comunicar os casos novos de dengue à Coordenação de Controle de Vetores. Todos devem concentrar os trabalhos nas áreas geográficas indicadas de acordo com o acompanhamento sistemático dos dados processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); e analisá-los diariamente, combinando o uso de técnicas de estatística e geoanálise de maneira a possibilitar a obtenção de um máximo de sensibilidade na detecção de anormalidades. No ano de 2005, foram detectadas duas anormalidades: na semana epidemiológica (SE) 25, na zona sul da cidade; e na SE 48, na zona oeste. Embora essas anormalidades não tenham provocado uma explosão de casos no resto do Município, elevaram o número de casos em mais de 1000% em relação ao ano anterior. O controle da dengue continua a ser um desafio e a experiência da vigilância epidemiológica no Município do Rio de Janeiro tem demonstrado a importância da utilização, pelas equipes, de recursos múltiplos para detecção precoce de anomalias, como ferramentas estatísticas e geoanalíticas associadas à capacitação de técnicos em VE, a ser valorizada tanto quanto a da área de assistência médica.

COMUNICAÇÃO ORAL

Implementações na operacionalização de campo e participação comunitária no controle da dengue

Prefeitura Municipal de Araçatuba, Secretaria Municipal de Saúde

Ana Cláudia Gomes da Rocha, Gislene Marcelino
e Maria Francisca da Costa

E-mail: chefia.visam@aracatuba.sp.gov.br

Desde 1986, a dengue é doença de notificação compulsória em razão da ocorrência de epidemias em vários Estados do Brasil. O primeiro registro de transmissão da doença no Município de Araçatuba, Estado de São Paulo, foi confirmado em 1987. A dengue apresenta nítida variação sazonal, com maiores incidências nos meses de março e abril; nos últimos anos, em Araçatuba, estendeu-se até os meses de maio, junho e julho. Frente à proliferação do mosquito *Aedes aegypti* – que vem se mantendo –, para que se obtenha êxito na prevenção da transmissão da doença e/ou sua interrupção, faz-se necessária a sustentação de ações de forma contínua e sistemática nas áreas de operacionalização de campo, controle do vetor e educação em saúde. A criação de equipes especiais para a abrangência de diferentes frentes de trabalho, desde a visita domiciliar de rotina até aquelas atividades desenvolvidas por grupos e categorias organizados no Município, permitiu o alcance dos seguintes resultados: queda significativa do número dos casos de dengue em dois anos de execução do projeto e, posteriormente, apesar da grande expansão da doença em regiões limítrofes a Araçatuba – registrou-se um total de casos menor que no ano de 2003, caracterizado pela ocorrência da maior epidemia acontecida no Município –; maior mobilização da comunidade, responsável por mudanças drásticas nas formas de criadouro do *Aedes aegypti* encontradas; demanda espontânea dos suspeitos de dengue ao serviço de saúde de forma mais pontual; e queda significativa da densidade larvária do *A. aegypti* durante a execução do projeto.

COMUNICAÇÃO ORAL

Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti* – LIRAA – como ferramenta norteadora das medidas de controle da dengue no Município de Cacoal, Rondônia

Prefeitura Municipal de Cacoal, Secretaria Municipal de Saúde,
Vigilância Epidemiológica, Endemias

Ivani Claudete Gromann, Isabel de Lima Velasco e Flaviano Melo de Oliveira

E-mail: ivani@cacoal.ro.gov.br

A Coordenação do Programa Municipal de Controle da Dengue de Cacoal, Estado de Rondônia, desenvolve diversas atividades no controle da dengue. A realização do Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* – LIRAA – faz-se necessária para o fornecimento, em curto espaço de tempo, de informações relacionadas a persistência e criadouros especiais do mosquito *Aedes aegypti*. O LIRAA utiliza como critérios a observação da densidade populacional e o número de imóveis, considerando como unidade primária de amostragem o quarteirão. Para a realização do levantamento, os bairros do Município de Cacoal foram divididos em dois estratos. Os resultados foram distintos para cada um deles, evidenciando a heterogeneidade dos criadouros. Assim, foi necessário desenvolver ações diferenciadas conforme os problemas identificados em cada estrato. No estrato 1, onde o lixo foi identificado como o problema predominante, a população recebeu orientações para seu acondicionamento adequado; como resultado da articulação do Programa com o serviço municipal de limpeza urbana, priorizou-se a coleta sistemática. No estrato 2, onde o principal problema foi associado aos depósitos de acondicionamento de água (caixas d'água) no nível do solo, está sendo desenvolvido, em parceria com o setor de saneamento e a comunidade, um projeto de vedação e elevação dessas caixas à altura de um metro do solo. Houve uma redução de 85,5% nos casos de dengue clássica, sem surgimento de novos casos com manifestações neurológicas; 33 casos foram notificados no mesmo período do ano anterior. A utilização do LIRAA permitiu um menor quantitativo de agentes, menor tempo de realização – comparado com o método tradicional –, focalização das ações de controle em microáreas de maior risco e informação com antecipação suficiente para adoção de medidas de mobilização da comunidade e da administração municipal.

POSTER

Projeto “Carroceiros no Controle à Dengue”

Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto,
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene

Marisa Bernardi Cesarino, Amena Alcântara Ferraz,
Valdir Ferreira e Eduardo Sérgio Marques Lázaro

E-mail: amena@empro.com.br

A avaliação do Programa de Controle à Dengue do Município de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, mostrou que a coleta de criadouros em áreas verdes, praças, margens de córregos, terrenos baldios e lixões era fator condicionante da ação dos agentes comunitários de saúde (ACS) como educadores, porque dificultava sua motivação quando comprometia sua apresentação pessoal, ao sugerir uma imagem de “catadores de lixo”, obstáculo para sua comunicação com a comunidade e acesso às residências. Diante do exposto, realizou-se a inclusão de carroceiros, no controle à dengue, para coleta de criadouros potenciais, acondicionamento em sacos plásticos e disponibilização para a coleta convencional de resíduos sólidos ou em pontos de entulho. Assim, ampliou-se o número de pontos de entulho em ação intersetorial com o programa ambiental do Município. Participaram do projeto 50 carroceiros, capacitados no ambiente de trabalho e organizados em associação, distribuídos no território de forma integrada ao trabalho dos ACS e supervisores. A experiência possibilitou: fortalecimento do papel dos ACS como educadores, ampliando sua receptividade, acesso às residências e valorização de seu trabalho; inclusão social dos carroceiros, como “empoderamento” e reorganização destes em sistema de cooperativa; e melhoria da auto-estima e identidade profissional de ambos os atores sociais, facilitando o processo de autoconstrução do sujeito: ao transformar o mundo pelo trabalho, os trabalhadores transformam-se a si mesmos.

7

Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis e Hepatites Virais

COMUNICAÇÃO ORAL

Métodos e técnicas para melhoria da gestão do serviço de imunização em Santa Luzia-MG

Prefeitura Municipal de Santa Luzia,
Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Epidemiologia

Evandro Freitas Bouzada, Tatianne Perdigão Carvalho
e Paulo César Soares

E-mails: epidemiologia@santaluzia.mg.gov.br; cmdca@santaluzia.mg.gov.br

A Diretoria de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia, Estado de Minas Gerais, é responsável pelas ações de imunização no Município (rotinas e campanhas). As etapas de transporte, armazenagem central, distribuição às 24 unidades de saúde da família e supervisão da execução dos serviços na ponta são de responsabilidade da Diretoria de Epidemiologia, em sua rotina de serviços. Buscando inovações e melhorias constantes no serviço de imunização oferecido à população, a Diretoria iniciou, ao final de 2004, a implantação de métodos e técnicas de gestão baseados em critérios de excelência, procurando garantir o cumprimento das normas técnicas prescritas no “Manual de Procedimentos para Vacinação” do Ministério da Saúde. Em uma primeira avaliação, pela técnica de análise de desempenho, não se constatou qualquer regularidade no arquivamento das informações nas salas de vacina (arquivo rotativo). Observaram-se, também, muitas falhas no controle de qualidade dos imunobiológicos (controle de temperatura das geladeiras, preparação de caixas de trabalho, perda de imunobiológicos, etc.), inexistência de padronização dos processos de trabalho (limpeza de material de trabalho, geladeira e ambiente, etc.), despreparo dos profissionais quanto ao cumprimento das normas técnicas (falta de treinamento) e inexistência de avaliações entre os atores envolvidos. Como consequência do não-acompanhamento metodológico em toda a estrutura do serviço, os resultados da cobertura vacinal em campanhas e rotinas eram irregulares. Após avaliação de todo o processo, foi feito um alinhamento estratégico, levando-se em conta os processos de apoio, os processos finalísticos e os usuários (clientes). O conjunto de atividades compõe-se do chamado Ciclo do PDCA [*Plan* (planejar); *Do* (executar); *Check* (controlar); e *Action* (ação corretiva)], ciclos constantes de controle e aprendiza-

do que aplicados ao planejamento, buscam alcançar melhoria dos processos de imunização. Apesar do custo operacional muito baixo, a adoção dessa estratégia de gestão permitiu que a equipe assumisse melhor domínio sobre todas as etapas do processo, obtendo avaliações precisas, melhor controle, ações corretivas em tempo e resultados satisfatórios.

COMUNICAÇÃO ORAL

Sianti-Rábica – criação de um arquivo para sistematizar as informações da campanha anti-rábica animal –, uma ferramenta para o planejamento, organização e avaliação no Município de Campinas-SP

Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria Municipal de Saúde,
Coordenadoria Distrital de Vigilância à Saúde – Leste

Luiz Henrique Martinelli Ramos

E-mail: luizhr@ig.com.br

O Sianti-Rábica constitui-se de uma planilha eletrônica que utiliza a tabela dinâmica; na planilha, são inseridos os dados considerando, como unidade básica de informação, o posto de vacinação. Os dados pertinentes são inseridos e/ou calculados e, por meio da tabela dinâmica, extraem-se relatórios e gráficos diversos, em vários níveis de agregação, seja de planejamento, logística, resultados ou divulgação da campanha. No arquivo, são inseridas outras informações apropriadas e auxiliares. As informações ra/retificadas, em qualquer nível de organização, são processadas e transmitidas de forma rápida e segura, impressa ou digital. O arquivo permite a criação de indicadores e outros instrumentos de análise de gestão e/ou epidemiologia, além da elaboração da série histórica de vacinação (anos anteriores). Dessa forma, obtém-se: padronização, organização, sistematização e digitalização das informações; rapidez, agilidade e versatilidade na organização, planejamento, logística, avaliação e análise dos resultados; relatórios de cobertura e/ou produção vacinal, intercorrências, material e pessoas envolvidas na campanha; relatórios para divulgação à imprensa; liberdade para inserção de novos registros e atributos; e agregação, combinação e elaboração de novos indicadores. O uso do sistema, que requer conhecimento intermediário de planilha eletrônica, é possível em todo território nacional, adaptado às campanhas de vacinação humana e/ou combinado com programas de geoprocessamento (SIG), tabulação de dados (Tabwin) e análises conjuntas com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

COMUNICAÇÃO ORAL

A experiência do Município de Rio Grande-RS na organização do fluxo de atenção às hepatites B e C

Prefeitura Municipal de Rio Grande,
Secretaria Municipal da Saúde

Maria da Graça Insaurriaga Jundi e Günther Honscha

E-mail: gunthersms@riogrande.re.gov.br

A partir da iniciativa do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, no lançamento da campanha para realização de testes sorológicos dos marcadores de hepatites B e C, dentro das diretrizes de aconselhamento pré e pós-teste, o Município de Rio Grande, Estado do Rio Grande do Sul, estruturou-se com a finalidade de atender sua população. A Coordenação Municipal de DST/Aids promoveu a integração das equipes dos diversos serviços para a formação de uma rede de atendimento. O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) tornou-se a porta de entrada do paciente na rede, realizando os aconselhamentos pré e pós-teste. O Laboratório Municipal de Análises Clínicas (Lamac) encarregou-se da realização de todas as rotinas laboratoriais. O Ambulatório Municipal de DST/Aids, por sua vez, encarregou-se do acompanhamento clínico dos pacientes, encaminhando-os à vigilância epidemiológica para notificação e investigação dos casos. Quando necessário, os pacientes são encaminhados ao serviço de referência em hepatologia do Hospital Universitário (HU). Para ampliar as ações e facilitar o acesso e acompanhamento desses pacientes, o Programa Saúde da Família trabalha integrado à Rede Municipal de Atenção às Hepatites B e C. Esse trabalho é resultado de parceria das três esferas governamentais, com o objetivo de ampliar o diagnóstico das hepatites B e C. A crescente procura pelo serviço resulta em aumento do número de casos notificados no Município. A imediata resposta à campanha ficou demonstrada pela reestruturação e integração dos serviços e melhora da qualidade de vida dos pacientes, além da promoção de um atendimento humanizado e otimizado a partir de um diagnóstico precoce.

POSTER

Estudo dos efeitos da vacina contra rubéola sobre o produto da gestação de mulheres vacinadas durante campanha realizada no Estado de São Paulo em 2001

Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde,
Coordenadoria de Controle de Doenças,
Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac"

Helena Keico Sato, Andréia T. Sanajotta, Flávia Helena Ciccone, Maria Inês C. Gonçalves, Maria Inês Miguel, Cláudia Montero, Walkyria Hercília Carneiro, Ana Sardinha Afonso, Márcia Theobaldo, Sueli Pires Curti, Cláudio Sérgio Pannuti, Vanda A. U. F. Souza, Geraldo Duarte, Joelma Andrade, Helaine Milanez, Mônica Aparecida Pessoto, Maria Célia Cervi, Edson Koji Suzuki, Clélia Maria S. S. Aranda, José Cássio de Moraes, Gabriel W. Oselka e grupo de trabalho para investigação das gestantes vacinadas contra rubéola

E-mail: hsato@cve.saude.sp.gov.br

O objetivo deste estudo é estimar o risco de infecção congênita pelo vírus da vacina contra rubéola, a ocorrência de aborto, baixo peso (BP) e prematuridade nas gestantes suscetíveis e imunes à doença. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo em mulheres vacinadas, durante uma campanha de vacinação. Realizaram-se testes de ELISA e teste de gravidez. Foram notificadas 6.473 gestantes vacinadas e coletadas amostras de sangue em 5.580 (86,2%); destas, 811 (14,5%) eram suscetíveis no momento da vacinação e 2135 (38,3%) eram imunes. Foram identificados 27 recém-nascidos (RN) com sorologia reagente para rubéola (IgM); a taxa de infecção congênita pelo vírus vacinal foi de 4,7% (27/580). Nenhum RN apresentou malformações compatíveis com síndrome de rubéola congênita. Em relação à ocorrência de aborto, prematuridade e BP, não se observou diferença significativa, estatisticamente, entre ambos os grupos. Comparando-se as taxas de BP e de prematuridade entre os RN infectados (22,2% e 25,9%, respectivamente) e os RN não infectados (5,2% e 8,3%; $p < 0,01$), observou-se uma taxa elevada entre os infectados. Os resultados sugerem que a recomendação de não vacinar gestantes para rubéola ainda deve ser mantida.

POSTER

**Descentralização da cópia da DNV para UBS:
proposta de intervenção para aumento de cobertura
vacinal de rotina no Município de Caxias do Sul**

Prefeitura Municipal de Caxias do Sul, Secretaria da Saúde,
Divisão de Vigilância à Saúde, Serviço de Vigilância Epidemiológica

Salete Dachery e Jefferson Netto

E-mail: sdachery@caxias.rs.gov.br

A Divisão de Vigilância à Saúde do Município de Caxias do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, por intermédio do Serviço de Vigilância Epidemiológica, realiza, entre outras, ações na área de imunobiológicos. Para tanto, efetua a distribuição de vacinas, o monitoramento da rede de frio e o cálculo da cobertura vacinal. Entre 2001 e 2004, a cobertura vacinal em crianças menores de um ano permaneceu abaixo de 95%. Em 2004, elaborou-se uma estratégia de intervenção utilizando a Declaração de Nascido Vivo (DNV) emitida nas maternidades, considerando o percentual de 99% de partos hospitalares no Município. Uma cópia do documento é enviada, mensalmente, para a unidade básica de saúde (UBS) de abrangência da residência do recém-nascido. O projeto proporciona às equipes o conhecimento de 100% dos nascidos vivos na área de abrangência de cada UBS, possibilitando a criação de estratégias de busca ativa das crianças que não efetuarem vínculo com sala de vacina no primeiro mês de vida, bem como a identificação e correção dos endereços declarados indevidamente, nas maternidades. A DNV é uma ferramenta que, além de garantir a informação do estado de saúde da criança, fomenta e subsidia o planejamento de ações locais de ampliação da cobertura vacinal. Em 2004, com a implantação do projeto, verificou-se um acréscimo de 18,8% na cobertura vacinal; em 2005, esse aumento foi de 10,6%. Entre 2003 e 2005, o aumento médio verificado chegou a 29,3%. O projeto mostrou-se eficaz na ampliação da cobertura vacinal em Caxias do Sul.

POSTER

Experiência inédita no controle das hepatites B e C no Centro de Ressocialização Feminina de São José do Rio Preto-SP, através de parceria entre a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária de São Paulo e ONG (Gada)

Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto,
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene,
Programa Municipal de Hepatites Virais;
Grupo de Amparo ao Doente de Aids;
Governo do Estado de São Paulo,
Secretaria de Estado da Administração Penitenciária,
Centro de Ressocialização Feminina de São José do Rio Preto

Margarida Georgina Bassi, Júlio César Figueiredo Caetano,
Carla Wanessa Polli, Ana Maria de Araújo Lois, Ana Paula Parra
Zancheta Martins e Fátima Grisi Kuyumjian

E-mail: margaridabassi@yahoo.com.br

Mediante convênio entre a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária e o Grupo de Amparo ao Doente de Aids (Gada), (Diário Oficial do Estado de São Paulo 061/2004, de 21 de agosto de 2004), sobre assistência à saúde, jurídica, social e psicológica da população do Centro de Ressocialização Feminina (CRF) de São José do Rio Preto, constituiu-se uma equipe multiprofissional que realiza controle de doenças na admissão das reeducandas. O estudo analisou a situação sorológica para hepatites B e C, bem como a vacinação para hepatite B nas reeducandas em admissão, visando aos cuidados precoces dos casos detectados, à busca de comunicantes e sua orientação quanto à prevenção de infecção. O estudo foi realizado em todas as mulheres admitidas no CRF em 2005, totalizando 170 mulheres, provenientes de diversas regiões do Estado de São Paulo. A faixa etária variou entre 18 e 55 anos, com maior concentração entre 20 e 24 anos. Na admissão, avaliou-se o histórico de doenças anteriores, situações de risco e situação vacinal; e foram realizadas sorologias, vacinação e complementação de vacinas. Neste estudo, não se detectou presença do vírus B, embora 17 mulheres apresentassem sorologias indicando contato prévio. Entre essas mulheres, cinco foram reagentes

para hepatite C, logo encaminhadas para referência de tratamento; dessas cinco, duas apresentaram sorologia positiva para HIV e uma para sífilis. O trabalho comprovou-se eficaz. Com a integração do serviço de saúde e do penitenciário, os casos detectados foram encaminhados para acompanhamento/tratamento, realizou-se busca de comunicantes, notificação e investigação dos casos, vacinação para hepatite B, orientação sobre perfurocortantes – com implantação de esterilização dos materiais de uso compartilhado – e educação para prevenção.

8

Vigilância, Prevenção e Controle de Hanseníase e Malária

COMUNICAÇÃO ORAL

Estratégia de atualização do banco de dados do programa de hanseníase no Estado de Pernambuco, em 2005

Governo de Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde

Rejane Pereira de Almeida, Margarida Cristiana Napoleão Rocha,
Andréa Torres Ferreira, Ana Wylma Pinto Saraiva, Ivaneide Izídio de Morais,
Cecília Maria Machado da Silva, Odete Correia Magalhães, Patrícia Ismael
Carvalho e Lúcia Maria de Brito Tiago

E-mail: rejanehansen@hotmail.com

A hanseníase permanece como problema de Saúde Pública em Pernambuco, ocupando o 10º lugar em coeficiente de prevalência no País. O registro ativo (RA) do Estado oscilou de 12.038 casos em 2000 para 10.578 em 2004, sendo 68% de abandono. O Sistema de Informação (SI) fornece dados para nortear as ações necessárias ao cumprimento da meta de eliminação do agravo. Os indicadores devem refletir a realidade epidemiológica da área e ser pautados em números reais, originados de um sistema atualizado e monitorado. Para tanto, este trabalho objetivou atualizar o SI e reduzir o registro ativo dos casos de hanseníase em Pernambuco. Utilizaram-se relatórios emitidos pelo aplicativo HANSWIN, nas esferas estadual, regional e municipal, com posterior análise comparativa entre eles. Unidades de saúde foram visitadas para resgate das informações em prontuários e encerramento do caso na esfera competente, com envolvimento de gestores, coordenadores do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase em Pernambuco e equipes de saúde. Na análise dos relatórios pelo HansWin, identificaram-se divergências significativas entre eles, resultantes do processo de descentralização do SI para as Regionais e Municípios. A busca ativa da informação e o encerramento dos casos reduziram o RA de 10.578, em 2004, para 5.801 em 2005 (-45,2%), o abandono de 68,1% para 36,2% e o abandono na coorte de 31,2% para 13,5%; a cura na coorte aumentou de 55,2% para 72,8%. Os resultados demonstraram a importância da atualização do banco de dados e do monitoramento dos indicadores, ações imprescindíveis para um banco consistente e atualizado, que reflita a realidade epidemiológica e subsidie o planejamento das ações do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase no Estado de Pernambuco.

COMUNICAÇÃO ORAL

Hanseníase: integrando saúde, escola e comunidade no programa de atenção primária à saúde

Prefeitura Municipal de Vila Velha, Secretaria Municipal de Saúde,
Vigilância Epidemiológica

Gilsa Aparecida Pimenta Rodrigues, Maria Célia
Dalvi Brunelli Sales e Marizete Altoé Puppim

E-mail: epidemiologiavv@ig.com.br

Trata-se de um projeto de extensão universitária de educação em saúde que tem como parceiros o Centro Universitário de Vila Velha e a organização não governamental (ONG) Netherlands Leprosy Relief (NLR). O projeto foi desenvolvido nas escolas de ensino fundamental e médio da rede pública. Vila Velha, Estado do Espírito Santo, é dividida em cinco regiões administrativas e conta com uma população de 396.324 habitantes. Em 2003, a 5ª Região foi eleita para realização do projeto por ser de grande extensão territorial e incluir uma área de invasão e população em condições socioeconômicas desfavoráveis. Ademais, trata-se de uma região hiperendêmica em hanseníase, com 9,8 casos/10.000 habitantes. No conjunto do Município, esse coeficiente é de 4,63 casos/10.000 hab. O trabalho objetiva divulgar os sinais e sintomas, promover tratamento e cura e auxiliar no diagnóstico precoce da doença e outras dermatoses, além de inserir o acadêmico de enfermagem em atividades extra-escolares. Para tanto, empregou-se a seguinte metodologia: treinamento dos acadêmicos e planejamento das atividades; treinamento do corpo docente; aplicação de testes com o público-alvo; exibição de filme e teatro de fantoches; distribuição de material informativo; exposição dialogada com álbum seriado; exame físico; produção de trabalhos em sala de aula; e concurso intersalas. No período de 2003 a 2005, 178 professores foram treinados, houve 15.492 participações em atividades educativas e realizaram-se 9.164 exames físicos – 1.144 detecções de problemas de pele –, a partir dos quais foram diagnosticados 17 casos de hanseníase entre os escolares. Indiretamente, estes autores diagnosticaram quatro casos por demanda espontânea (familiares) e três mediante exame de contato. Os resultados alcançados demonstram que o projeto vem apresentando um impacto positivo, auxiliando na descoberta precoce de casos novos.

COMUNICAÇÃO ORAL

Avaliação e monitoramento do tratamento de malária segundo comportamento alimentar

Prefeitura Municipal de Palmas,
Secretaria Municipal de Saúde,
Centro de Controle de Zoonoses

Éldi Vendrame Parise

E-mail: eldivparise@ibest.com.br

O Centro de Controle de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Estado do Tocantins, pelo seu Setor de Malária, realiza, entre outras, ações de monitoramento dos pacientes de malária segundo comportamento alimentar durante e após o tratamento, procurando detectar as possíveis causas das recaídas. Todos os pacientes de malária são acompanhados até a cura definitiva; nos casos de reincidência, investiga-se a dosagem dos medicamentos ingeridos, se houve vômitos, uso de álcool ou exagero na ingestão de comidas fortes e gordurosas, divergência quanto à espécie parasitária de uma infecção para outra e se o paciente retornou para área de transmissão. No período estudado, foram confirmados 304 casos de malária: 207 (68,09%) tiveram a interrupção definitiva da doença e 97 (31,91%) apresentaram reinfeção; destes, 17,52% tiveram recaída, apesar de o tratamento ter sido correto, 18,59% fizeram tratamento incorreto – com doses inferiores de medicamentos; ou vomitaram depois de ingeri-los –, 41,24% exageraram com comidas fortes e gordurosas e/ou ingeriram bebida alcoólica durante ou logo após o tratamento, 9,28% foram tratados para uma espécie de plasmódio e, depois, recaíram frente a outra espécie e 12,37% retornaram para a área de transmissão. A maioria das recaídas observou-se em pacientes que ingeriram bebidas alcoólicas e/ou exageraram com comidas fortes e gordurosas; em seguida, aparecem os que fizeram tratamento incorreto (doses inferiores de medicamentos ou vômito após sua ingestão). Os achados demonstram que, além de tratamento adequado e específico, o paciente necessita de alguns cuidados no comportamento alimentar, pois os mecanismos que desencadeiam a reativação dos hipnozoítos, na presença de certas substâncias ingeridas, ainda não foram esclarecidos.

POSTER

Estratégias adotadas no Município de Monção para a vigilância e controle da malária

Prefeitura Municipal de Monção, Secretaria Municipal de Saúde,
Departamento de Vigilância Epidemiológica

Maria José Curvelo, Ricardo Soares de Almeida e Alfredo Reis

E-mail: mgcurvelo@yahoo.com.br; soares-almeida2003@oi.com.br;
alfredoreis@uol.com.br

A Secretaria Municipal de Saúde de Monção, Estado do Maranhão, por seu Departamento de Vigilância Epidemiológica, realiza, entre outras ações, a vigilância e o controle da malária. O Município possui área territorial de 1.415 km² e é composto por 223 localidades, 12 na zona urbana e 211 na zona rural. Está inserido na Amazônia legal, de clima quente e úmido, e apresenta uma rica bacia hidrográfica composta por dez grandes lagos, dois rios perenes, lagoas e pântanos, o que lhe confere uma paisagem exuberante mas lhe proporciona um alto grau de receptividade às doenças transmitidas por vetores, principalmente a malária. Sua população atual, estimada em 26.546 habitantes [Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)] tem como principais atividades econômicas a lavoura e a pesca, obrigando seus cidadãos a recorrerem a habitações rústicas e temporárias e, assim, aumentarem, expressivamente, sua exposição aos vetores. A incidência de malária foi significativa nos anos de 1998 (655 casos) e de 1999 (2.740 casos); sua ascensão no ano 2000 levou ao registro de 5.709 novos casos. Em 2001, diante desse quadro, a nova administração do Município intensificou o plano de combate à doença, que contemplava a contratação e treinamento de agentes de endemias; a aquisição de materiais, veículos, insumos e equipamentos; assim como, a descentralização das ações de saúde e inserção da malária como item das principais ações da atenção básica. O Município foi dividido em seis áreas estratégicas, onde se instalaram postos de saúde com laboratório equipado para realizar, diariamente, exames de malária e, dessa forma, diminuir o tempo entre a coleta do material e seu diagnóstico. A Secretaria Municipal de Saúde montou um esquema terapêutico supervisionado, que resultou em uma queda de 90% nas recaídas e recrudescências. Foi intensificada busca ativa pelos agentes de endemias

e agentes comunitários de saúde (ACS) e realizadas borrifações intradomiciliares e espaciais como ações complementares. Ao mesmo tempo, foram desenvolvidas ações de educação em saúde nas comunidades. Gradativamente, os índices de casos de malária declinaram, diminuindo, consideravelmente as filas nas unidades de saúde e as internações decorrentes; resgatou-se a credibilidade dos serviços entre a população. Atualmente, existe uma vigilância permanente não só para baixar os índices como também – e principalmente – para manter a sustentabilidade alcançada, resultado que se deve à organização dos serviços de saúde e à vontade política de seus gestores locais.

POSTER

Descentralização em prevenção de incapacidades e assessoria

Prefeitura de Araguaína, Secretaria Municipal de Saúde

Luciene Maria de Carvalho e Iane Sousa Veloso Ribeiro

E-mail: dvearaguaina@yahoo.com.br; araguaina@saude.to.gov.br

A prevenção de incapacidades físicas (PIF) ainda representa, para o Brasil, um compromisso a ser assumido por todos os profissionais que atuam no diagnóstico e acompanhamento dos casos de hanseníase. A descentralização das ações de controle da doença no Município de Araguaína, Estado do Tocantins, iniciou-se em 2003. Antes, o Município contava com apenas uma unidade de notificação, o Hospital de Doenças Tropicais, que centralizava o diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades. A partir de 2005, com a capacitação de 56 profissionais de nível superior da atenção básica [Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Programa Saúde da Família (PSF)], realizada pela Divisão de Vigilância Epidemiológica e pela Assessoria Técnica em Prevenção de Incapacidades nas unidades básicas de saúde, intensificaram-se as ações descentralizadoras, com ênfase em PIF. A necessidade de monitoramento da função neural tornou imprescindível a descentralização dessas ações, cujo principal objetivo era o de prevenir incapacidades mediante o diagnóstico e o acompanhamento mensal das altas e intercorrências, evitando a evolução e instalação de deformidades. Propunha-se o acompanhamento mensal de todos os casos, identificação de alteração neural nos casos novos, em tratamento e em fase pós-alta, e segurança da integridade física e emocional dos pacientes. Alcançou-se um percentual de 99,9% de pacientes avaliados no diagnóstico e na alta. Os resultados alcançados evidenciam, para estes autores, a necessidade de buscar medidas que proporcionem aos profissionais a solução das dificuldades encontradas durante o acompanhamento dos casos diagnosticados. Na avaliação da PIF, tendo por referência os registros do ano de 2003, nota-se um aumento significativo em 2005, tanto no diagnóstico quanto na alta, demonstrando que os objetivos propostos pela descentralização na prevenção de incapacidades decorrentes da hanseníase na localidade foram atingidos.

POSTER

Organização da atenção básica para atendimento da hanseníase no Município de Alto Alegre do Pindaré

Prefeitura Municipal de Alto Alegre do Pindaré,
Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Combate à Hanseníase

Elissandra Eugênia Neres de Carvalho e Gean César de Albuquerque

E-mail: elissandraeugenia@yahoo.com.br

A Secretaria Municipal de Saúde de Alto Alegre do Pindaré, Estado do Maranhão, por meio de sua Coordenação de Combate à Hanseníase e colaboradores, analisou a assistência do programa – do sistema de informação ao atendimento dos pacientes – e, a partir dessa análise, elaborou uma proposta para prevenir, identificar e oferecer um tratamento de qualidade aos portadores de hanseníase do Município. A proposta do projeto consistiu em quatro momentos fundamentais: adequação do sistema de informação à realidade dos pacientes existentes, mediante busca dos casos informados no sistema para atualização dos dados; qualificação dos profissionais de saúde e da Educação, para busca de casos novos; identificação dos portadores de hanseníase, etapa que aconteceu nas escolas – onde os professores orientavam e encaminhavam seus discentes à unidade de saúde, para confirmação do diagnóstico – e nas residências – por meio do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS); e, por último, treinamento de profissionais para o tratamento e prevenção de incapacidades, o que possibilitou uma significativa melhoria na assistência prestada aos pacientes em Alto Alegre do Pindaré. Os resultados foram bastante satisfatórios. Diagnosticaram-se 19 palcibacilares e 12 multibacilares entre os 1.598 participantes do projeto, além de outras doenças, simultaneamente acompanhadas.

POSTER

Reflexo da descentralização das ações de epidemiologia e a redução de casos de malária no Estado do Tocantins

Governo do Estado do Tocantins, Secretaria de Estado da Saúde

Neusa Aparecida Ferreira Alves Bernardes,

Marco Aurélio de Oliveira Martins e Whisllay Maciel Bastos

E-mail: malaria@saude.to.gov.br

Com o propósito de avaliar, de forma quantitativa e qualitativa, a redução de casos de malária ocorrida no Estado do Tocantins, no período de 1999 a 2005, foram realizados levantamentos de dados epidemiológicos utilizando informações do sistema de Informação sobre Malária [Sismal (1999 a 2002)]; do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária [Sivep-Malária (2003 a 2005)], pesquisa bibliográfica e entrevistas com os responsáveis pelos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família (PACS/PSF) e pelo departamento de recursos humanos da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) do Ministério da Saúde. O Tocantins, atualmente, apresenta a menor taxa de transmissão de malária entre os Estados da Amazônia Legal, com declínio persistente de casos autóctones desde o início do processo de descentralização das ações de epidemiologia (1999) até o ano de 2005. O Estado conta com 139 Municípios, todos eles certificados para desenvolver ações de vigilância em saúde e com equipes de saúde da família constituídas. Nesse processo de descentralização, vários Municípios não dispuseram de profissionais capacitados no manejo da doença e seu tratamento. A Secretaria de Estado da Saúde estruturou-se para oferecer essa capacitação aos agentes de controle de endemias, permanentemente, nos Centros de Controle de Zoonoses (CCZ). Médicos e enfermeiros também são objeto de capacitação permanente visando ao fortalecimento da vigilância e, conseqüentemente, à detecção precoce dos casos, com o objetivo de reduzir internações e óbitos. Em 1999, registraram-se 2.031 casos, 62,19% autóctones, enquanto 59 Municípios encontravam-se classificados como de baixo risco de transmissão; em 2005, esses Municípios já eram apenas 45. Para o mesmo período, dos cinco Municípios inicialmente classificados como de médio risco, permanece apenas

um nessa categoria. Estratégias como a instituição do cartão do paciente – com orientação para retorno em datas agendadas – ou a busca ativa para os casos faltosos têm garantido a elevada adesão dos pacientes e a realização das lâminas de verificação de cura (IVC).

9

Vigilância Epidemiológica Hospitalar

COMUNICAÇÃO ORAL

Investigação e controle dos acidentes e violências, um desafio para os serviços de vigilância epidemiológica

Instituto Dr. José Frota, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

Luciene Miranda de Andrade

E-mail: lucienne@fortalnet.com.br

Os acidentes e violências são responsáveis por significativa procura dos serviços de emergência, acometendo, principalmente, uma população jovem e produtiva. Diante dessa situação e por atuarem no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (Nuhepi) do Instituto Dr. José Frota, os autores deste trabalho sentiram a necessidade de ampliar essas ações, entre elas a implantação da vigilância epidemiológica dos acidentes e violências. Seu objetivo inicial foi relatar o trabalho da vigilância epidemiológica no atendimento às vítimas de acidentes e violências em um hospital de emergência no Estado do Ceará; por este dispor de uma pequena equipe para a realização dessa atividade, selecionou-se 15 acadêmicos de enfermagem para estágio voluntário de um ano. Construiu-se uma ficha de investigação epidemiológica direcionada aos acidentes e violências, iniciada em 2002, que, a cada ano, sofre reavaliações e modificações. O Nuhepi notifica mensalmente, em média, 250 vítimas de acidentes e violências. Periodicamente, as fichas são analisadas para a descrição dos perfis epidemiológicos de nossos clientes e realização de estudos que possam traduzir sua realidade. São utilizados testes estatísticos, levando em consideração o erro amostral de 5% e o nível de confiança de 95%. Os estudos e perfis são divulgados à imprensa escrita e falada e apresentados em eventos. Além disso, estes autores participam de campanhas para redução da morbimortalidade de acidentes de trânsito e desarmamentos; finalmente, eles enfatizam a importância dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e Serviços de Vigilância Epidemiológica interagirem com outras instituições ou serviços, em busca de resultados mais efetivos na redução dos acidentes e violências.

COMUNICAÇÃO ORAL

“Alô Vigilância”: instrumento de captação de agravos de notificação em vigilância epidemiológica hospitalar

Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu,
Hospital das Clínicas, Núcleo de Vigilância Epidemiológica

Karina Pavão Patrício, Marcos Venícios da Fonseca Costa,
Edna Maria de Souza Carvalho e Nadia Maria Alves Fattori

E-mail: pavão@fmb.unesp.br

O Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar foi regulamentado pelo Ministério da Saúde em novembro de 2004. A iniciativa é de importância fundamental, porque vários casos de doenças de notificação compulsória são atendidos e diagnosticados em hospitais. A subnotificação nesses locais é grande, entretanto, sendo necessário o aprimoramento na captação de casos e a conscientização dos profissionais envolvidos. O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC)/Universidade Estadual Paulista, situado nesse Município do Estado de São Paulo, implantou o “Alô Vigilância” (novembro de 2004), instrumento de notificação rápida destinado a todos os profissionais de saúde que atuam dentro do HC, nos diferentes serviços de atendimento. Os objetivos deste estudo foram: avaliar a implantação e o impacto desse novo instrumento no HC de Botucatu e se ele pode auxiliar, efetivamente, nas notificações em âmbito hospitalar; e avaliar a capacidade do “Alô Vigilância” para captar casos novos, casos já notificados, descartados ou em investigação, além do local notificador. A análise das fichas do “Alô Vigilância” no período de novembro de 2004 a março de 2006 identificou 368 notificações: 90 (24,46%) casos já notificados; 154 (41,85%) casos novos detectados e notificados após o “Alô Vigilância”; 93 (25,27%) descartados; 13 (3,53%) em investigação; e 18 (4,90%) que haviam sido entregues em branco (doença sem a identificação do paciente, ou nome do paciente sem a doença identificada). Os locais que mais notificaram foram os ambulatórios (47,14%), seguidos pela triagem (31,14%), pronto-socorro (19,71%) e enfermarias (2%). O instrumento abarcou os atributos da simplicidade, utilidade, flexibilidade e aceitabilidade, além de atin-

gir locais com maior subnotificação – ambulatórios e triagem. O “Alô Vigilância” também mostrou ser uma forma de lembrar os profissionais, permanentemente, sobre as doenças de notificação, sensibilizando-os. Apesar disso, é necessário um trabalho contínuo com aqueles que atuam dentro de hospitais, para que se conscientizem da importância da notificação.

COMUNICAÇÃO ORAL

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) como fonte complementar para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no Núcleo de Epidemiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz: uma estratégia para melhorar a cobertura do Sinan

Governo de Pernambuco, Universidade de Pernambuco,
Hospital Universitário Oswaldo Cruz

Ana Paula Regazzi Magalhães, Fábio Delgado Lessa
e Patrícia Ismael de Carvalho

E-mails: a.regazzi@ig.com.br; epidemio_huoc@yahoo.com.br

Os primeiros sistemas de informação em saúde surgiram na década de 70. A falta de comunicação entre eles é um importante problema para os gestores de saúde. Este estudo teve por objetivo avaliar o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) como fonte complementar para notificação de doenças de notificação compulsória (DNC) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), pelo Núcleo de Epidemiologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, no Recife, Estado de Pernambuco, em 2003. Realizou-se um estudo transversal em que se buscou a compatibilização dos bancos de dados do Sinan e do SIH/SUS. Promoveu-se a “limpeza” do banco do Sinan, referente aos casos agudos internados, e a seleção das DNC no arquivo BDAIH010.dbf do SIH/SUS. Os dois bancos foram relacionados mediante a concordância de, pelo menos, três variáveis comuns, possibilitando a *linkage* entre eles. Identificaram-se 325 casos no Sinan (dos quais 107 não se encontravam no SIH/SUS) e 236 no SIH/SUS (dos quais 18 não estavam no Sinan); verificou-se uma subnotificação de 5,3% no banco Sinan em relação ao SIH/SUS (casos de coqueluche e leptospirose). A razão SIH/SUS/Sinan mostrou maiores diferenças no sexo masculino, na faixa etária >50 anos e para o agravo tétano. A taxa de concordância geral ficou acima de 96% e o índice de Kappa apresentou ótima concordância. O valor preditivo positivo, em torno de 92%, e a sensibilidade de 67%, provavelmente, devem-se ao propósito contábil-financeiro e à codificação de algumas doenças no SIH/SUS. É

fundamental a apropriação dos bancos da autorização de internação hospitalar do SUS (AIH-SUS) como fonte complementar ao Sinan, recomendando-se sua disponibilidade aos núcleos de epidemiologia hospitalar para que a *linkage* entre os bancos SIH/SUS e Sinan se incorpore à rotina dos serviços.

POSTER

Implantação do Registro Hospitalar de Câncer pelo Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas da UFPR: relato de experiência

Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas

Rosa Helena Silva Souza, Suzana Dal-Ri Moreira e Mônica K. Fernandes

E-mail: epidemio@hc.ufpr.br

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, Estado do Paraná, credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon I) em 1999, oferece diagnóstico e tratamento oncológico a seus usuários. Visando coletar dados dos casos de neoplasia maligna, o Serviço de Epidemiologia Hospitalar (SEpiH), implantado em 2003, criou o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) em 2004, capacitando duas técnicas junto ao Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde. Optou-se, então, pelo registro dos casos diagnosticados a partir de 2003. Para a investigação e coleta de dados, utilizam-se as seguintes fontes: relatório do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); laudos de anatomia patológica; resumos de alta; declarações de óbito (DO); e laudos de necropsia. Os dados se referem à identificação, data de diagnóstico, clínica de atendimento, topografia e morfologia dos tumores, faixa etária, sexo, procedência, fontes de diagnóstico, estadiamento e evolução da doença. Foram consultados 11.623 laudos de anatomia patológica e captados 1.318 com câncer; um caso pelos laudos de necropsia e três casos pelas DO. O relatório fornecido pelo SIH/SUS evidenciava 2.669 casos. Após investigação, foram registrados 979 casos de neoplasia maligna: 77 em menores de 15 anos e 902 em adultos. A implantação do RHC possibilitou conhecer o perfil de atendimento oncológico da instituição. Os casos registrados serão seguidos anualmente, para identificação do estado da doença – se em remissão, recidiva ou evolução a óbito – e obtenção de uma curva de sobrevida após cinco anos de seguimento.

POSTER

Integração dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar da rede privada de saúde ao sistema de vigilância epidemiológica: a experiência do Recife

Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde

Odaléia Araújo Neres Ferreira, Ana Antunes Fonseca Lima,
Denise Santos Correia de Oliveira, Adelza Gomes Ferraz,
Teresa Maciel Lyra e Maria José Bezerra Guimarães

E-mail: odaleia_ferreira@yahoo.com.br

A integração dos Núcleos de Epidemiologia (Nepi) da rede privada de saúde ao sistema de vigilância epidemiológica (VE) constitui importante desafio, especialmente no contexto de emergência de doenças e agravos de repercussão global. No Recife, Estado de Pernambuco, esse processo remete à criação e institucionalização dos Nepi em Pernambuco e às experiências de Nepi na rede municipal, na década de 90. Ainda nessa década, as equipes de vigilância iniciaram a busca ativa em alguns hospitais privados, resultando na incorporação das ações de VE por intermédio dos Nepi formados pelas equipes das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Esse processo de integração VE-Nepi privados teve como marco a epidemia de dengue e o surto de meningite pelo *Echovirus 30* nas escolas privadas do Recife em 2002. Para o enfrentamento desses problemas, foram criadas diversas estratégias, entre as quais se destacam a realização de reuniões sistemáticas e a participação dos profissionais de nível superior e médio dos Nepi nos cursos básicos de VE. Atualmente, o sistema de VE municipal integra 24 Nepi privados e apresenta, como principais resultados: aumento e maior agilidade na notificação; participação na investigação de doenças de notificação compulsória; articulação com o laboratório do hospital, para coleta de amostra clínica; cumprimento das normalizações da Secretaria de Saúde do Município quanto à notificação imediata; e adoção dos fluxogramas de atendimento de dengue e leptospirose. A experiência de articulação dos Núcleos de Epidemiologia, por meio das estratégias adotadas, demonstra que o investimento na criação e consolidação dessas estruturas em âmbito hospitalar favorece o desenvolvimento das ações de epidemiologia.

POSTER

Implantação de um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) em um hospital universitário do interior do Brasil: dificuldades e sucessos

Universidade Federal de Uberlândia, Hospital de Clínicas de Uberlândia

Hermínia M. P. Resende, Vera Tannus e Lindioneza A. Ribeiro

E-mail: epidemio@hc.ufu.br

O Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria GM/MS 2.529, de 23 de novembro de 2004, instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e criou a Rede Nacional de Hospitais de Referência. O Hospital das Clínicas de Uberlândia (HCU), situado no Município de Uberlândia, Estado de Minas Gerais, enquadra-se no nível III da referida portaria. Este trabalho teve por objetivo avaliar as dificuldades, sucessos e impacto da implantação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) em um hospital público e universitário. O NHE ocupa duas salas, efetua visitas diárias às enfermarias de moléstias infecciosas, pediatria, maternidade e alojamento conjunto, unidades de terapia intensiva (UTI), berçário, laboratórios, farmácia e pronto-socorro. O NHE funciona como apoio ao ensino da vigilância epidemiológica para os alunos de medicina, e como *locus* de estágio aos de enfermagem. De abril de 2005 a março de 2006, o NHE notificou 1.492 casos de DNC, 78 de violência contra criança/adolescente e 65 de violência contra mulher. Foram 1.039 casos de dengue, sobretudo de janeiro a março (921 casos), com 318 sorologias (83% de resultados positivos). O NHE realizou outras atividades com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Gerências de Risco e de Processos. A digitação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) poderá ser feita no NHE após capacitação de recursos humanos (RH). O Município, antes da implantação desse serviço, recebia, em média, 120 casos/ano do HCU. Os aspectos positivos são o aumento das notificações e a melhoria da investigação, permitindo fechamento clínico/sorológico das doenças de notificação compulsória. As dificuldades encontradas são referentes à ampliação e capacitação de RH. A constituição dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia representou grande avanço para a vigilância epidemiológica em todas as três esferas de governo.

10

**Vigilância,
Prevenção e Controle
de Doenças e Agravos
Não Transmissíveis**

COMUNICAÇÃO ORAL

A implantação do Sistema de Vigilância da Violência em Porto Alegre

Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde,
Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde, Vigilância de Eventos Vitais,
Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Gehysa Guimarães Alves, Karla L. Livi
e Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts

E mail: gehysa@sms.prefpoa.com.br

O objetivo deste trabalho é descrever o processo de implantação do Sistema de Vigilância da Violência em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, em 2005, sob coordenação da equipe da Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não Transmissíveis, da Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. O Sistema realizou a testagem da ficha de notificação compulsória municipal entre os meses de dezembro de 2005 e março de 2006. No final de março, realizou-se uma avaliação do processo e passou-se a discutir a ficha proposta pelo Ministério da Saúde. Atualmente, a ficha municipal está sendo utilizada em 15 serviços de saúde (hospitais, unidades básicas e especializadas); durante os meses de agosto e setembro de 2006, ter-se-á testado a ficha nacional em um hospital, para escolha do instrumento de notificação definitivo a ser implantado, progressivamente, em todos os hospitais, serviços de emergência, pronto-atendimentos e serviços básicos de saúde. As notificações são informadas ao Centro de Referência às Vítimas de Violência da Secretaria Municipal de Direitos Humanos (CRVV/SMDHSU), para posterior encaminhamento dos casos à rede de proteção. São priorizados os casos de crianças, adolescentes e idosos, encaminhados aos serviços básicos de saúde de referência das famílias para acompanhamento e monitoramento. A discussão sobre violência como problema de saúde e a necessidade de enfrentamento da questão pelas equipes foi desencadeada com a realização de um seminário municipal. Tem-se investido na implantação da notificação dos casos de violência atendidos pelos serviços, capacitação dos trabalhadores para a vigilância da violência, qualificação das equipes em relação ao Sistema e identificação da rede de proteção existente na cidade. O Sistema

de Vigilância da Violência em Porto Alegre permitirá conhecer suas formas de expressão, monitorar os casos e subsidiar políticas públicas de enfrentamento desse evento.

COMUNICAÇÃO ORAL

Gestão em rede: viabilizando a vigilância dos maus-tratos contra crianças e adolescentes

Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde,
Centro de Epidemiologia, Coordenação de Diagnóstico em Saúde

Vera Lídia Alves Oliveira, Maria Tereza Gonçalves,
Simone Cortiano de Andrade e Rossana Aronson

E-mail: lidia@sms.curitiba.pr.gov.br

A violência doméstica é responsável por milhares de crianças/adolescentes vitimados no Brasil, impondo uma abordagem integrada para seu enfrentamento. A Rede de Proteção à Criança/Adolescente em Situação de Risco para a Violência, de Curitiba, Estado do Paraná (2002), estruturada com a participação dos setores envolvidos no atendimento a esse grupo etário, objetiva contribuir para a redução da violência doméstica e produzir informações que permitam o conhecimento do problema e a construção de propostas para seu enfrentamento. A Rede se encontra estruturada em uma Coordenação Municipal, nove Coordenações Regionais e 91 Redes Locais compostas pelos serviços de educação, saúde e ação social. A notificação da violência representa uma ferramenta para o acompanhamento dos casos e vigilância desse evento. Configura-se como notificadores um total de 672 serviços. Em 2004, foram 2.219 notificações; em 2005, 2.733. Observou-se a redução das notificações nos meses de férias escolares. Excluindo o SOS-Criança, os demais serviços realizaram 75% das notificações, aproximadamente. Se na violência sexual, predominaram vítimas do sexo feminino, nos demais tipos de violência, houve distribuição equilibrada entre os sexos. Crianças de 5 a 9 anos foram as mais atingidas; e os pais, seus maiores agressores. A negligência foi o abuso mais prevalente e praticado, predominantemente pela mãe, seguida da violência física e sexual pelo padrasto como principal agressor. Em 60% dos abusos físicos, constatou-se algum sinal ou sintoma. O hematoma foi a lesão mais freqüente e a cabeça a região mais atingida. A vigilância dos maus-tratos possibilitou conhecer o padrão de ocorrência desse agravo, passo essencial para o fortalecimento de uma política de enfrentamento da questão.

COMUNICAÇÃO ORAL

Estratégia para controle da hipertensão arterial sistêmica no Município de Luzerna, Santa Catarina

Prefeitura Municipal de Luzerna,
Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social

Alessandra Daros Nunes, Daniela Debastiani,
Erlo Lutz e João Rogério Nunes Filho

E-mail: joaornfilho@yahoo.com.br

O adequado controle dos níveis da pressão arterial é uma medida fundamental no âmbito das políticas públicas de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social (SMS) de Luzerna, Estado de Santa Catarina, vem desenvolvendo ações no sentido de otimizar o diagnóstico e tratamento dos hipertensos. O Município possui uma população de 5.727 habitantes, 100% coberta por duas equipes de Programa Saúde da Família (PSF). Entre suas atribuições, essas equipes atuam na comunidade orientando os indivíduos saudáveis sobre a necessidade de medidas periódicas da pressão arterial; e entre os hipertensos, de medidas de controle como o uso correto da medicação, comparecimento a atividades educativas, dieta, atividade física e controle de outros fatores de risco cardiovascular. Atividades educativas são realizadas em pequenos grupos constituídos nas comunidades, periodicamente. Os profissionais organizam e monitoram grupos de atividade física contínua. As consultas são por livre demanda; e a lista de medicações, revista e ampliada permanentemente. Como resultado, o número diagnosticado de hipertensos subiu de 72 para 705 indivíduos em oito anos, com um percentual de controle dos níveis pressóricos de aproximados 70%. Os autores observam que a estratégia adotada pela SMS e PSF no Município de Luzerna levou a um significativo incremento no número de hipertensos diagnosticado, bem como possibilitou o controle dos níveis pressóricos em um percentual acima do encontrado na literatura.

POSTER

Prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis através de grupos de saúde

Prefeitura Municipal de Ibirubá, Secretaria da Saúde

Joice Marques, Luciana Agnes e Justina Carvalho

E-mail: sms@ibiruba.rs.gov.br

Ibirubá, no Estado do Rio Grande do Sul, tem 18.633 habitantes [Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2000]. Segundo dados do aplicativo NIS 2003, a principal causa de mortalidade no Município são as doenças do aparelho circulatório, com 42,19% do total de óbitos. Ocorreram 40 internações por acidente vascular cerebral (AVC) foram 40 em 2003 e 13 em 2005 [Fonte: Ministério da Saúde Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)]. Os Grupos de Hipertensos e de Diabéticos existem há nove anos. Há doze Grupos de Saúde (urbano e rural) em Ibirubá, que desde 2004, receberam essa denominação por incluir portadores de outras patologias. O objetivo dos autores do estudo foi o de melhorar a qualidade de vida, priorizando a prevenção e o controle da hipertensão e do diabetes. A coordenação dos Grupos de Saúde está a cargo dos agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeira e farmacêutica. A partir de 2005, uma psicopedagoga foi incluída no grupo para desenvolver palestras e dinâmicas motivacionais, que ajudassem a resgatar a auto-estima dos pacientes. Os Grupos de Saúde contam, em média, com 60 participantes que se reúnem mensalmente, nos salões das respectivas comunidades, onde são proferidas palestras por profissionais da rede e convidados; divulgadas atividades e campanhas; aferida a pressão arterial; realizada coleta de material para exames de glicose (principalmente para diabéticos), colesterol e triglicérides, além da entrega de medicamentos mediante receita atualizada. Cada integrante do Grupo de Saúde possui uma carteira para registro desses procedimentos. A participação dos munícipes é estimulada pelos ACS em visitas domiciliares, por mensagens de rádio e por intermédio dos próprios participantes. A motivação dos autores para prosseguir com esse trabalho é sua integração efetiva à comunidade na realização de um trabalho de prevenção – incluindo a prevenção de complicações de saúde, diagnóstico precoce e incentivo

à manutenção do tratamento. Almejam também ampliar os grupos, o sistema de registro e dar continuidade ao trabalho da psicopedagoga e ao trabalho preventivo, em benefício dos cidadãos de Ibirubá.

POSTER

A mortalidade por causas externas em Porto Alegre, RS, 1996-2004

Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde,
Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde

Ana Rosário Sant'Anna, Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts,
Rita Dalla Jobim, Patrícia Conzatti Vieira, Eugênio Pedroso Lisboa
e Maria Regina Varnieri Brito

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

É fundamental que a mortalidade por causas externas (CE) seja analisada no contexto global da sociedade, identificando os processos que contribuem para sua ocorrência e a necessidade da adequação das ações de saúde a essa realidade, utilizando conhecimento epidemiológico na organização e planejamento dos serviços de emergências de forma integrada aos serviços de atenção primária. O presente estudo busca avaliar as tendências dos eventos específicos dos óbitos por CE segundo sexo e faixa etária, em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, nos anos de 1996 a 2004. Os dados foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para construir uma série histórica dos óbitos por CE [Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão (CID-10), V01 a Y98] referentes ao período de 1996 a 2004. Foram identificados 7.443 casos, analisados segundo o sexo, a faixa etária e a CID-10. Os coeficientes foram calculados segundo a população estimada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSus), Ministério da Saúde, para cada 100.000 habitantes. Até 1996, os acidentes de transportes (AT) eram a primeira causa de óbito entre as CE (22,97/100.000 hab), seguidos pelos homicídios (22,19/100.000 hab) e suicídios (17,15/100.000 hab). A partir de 1997, os homicídios passaram a ocupar a primeira posição, após um aumento de 122,4% entre os anos de 1996 e 2004, principalmente no sexo masculino e na faixa etária de 15 a 29 anos. Os AT e os suicídios tiveram uma queda de 29 e 61,1% dos óbitos, respectivamente, nesse período; para essas categorias, a maior prevalência de óbitos apresenta-se, também, no sexo masculino, na faixa etária de 60 anos e mais. A caracterização epidemiológica possi-

bilita identificar quem são as vítimas, subsidiando o planejamento de ações em saúde para grupos mais vulneráveis, com o objetivo de incidir em suas causas e não apenas em suas conseqüências.

POSTER

Diagnóstico situacional da morbimortalidade das causas externas no Município de São Bernardo do Campo – limites e possibilidades.

Resultados preliminares

Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, Secretaria de Saúde

Cândida Rosa Alves Kirschbaum, Tânia de Moura Guerschman,
Jorge Siguemassa Higa, Inidi Maria Lisot e Vera Lúcia Bolzan

E-mail: vigilancia.epidemiologica@saobernardo.sp.gov.br

Em 2000, o Município de São Bernardo do Campo, localizado na área Metropolitana da Grande São Paulo, ocupou o 21º lugar no País em óbitos por causas externas. Em 2005, com 788.560 habitantes [Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)]; entre 2.525 óbitos registrados, 12,20% foram identificados pelo capítulo 20 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão (CID-10). No Município, grupos multidisciplinares desenvolvem projetos para redução da morbidade por violência sexual, maus-tratos às crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Os objetivos do projeto eram conhecer a ocorrência da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) e realizar interfaces com os programas existentes mediante implantação de políticas intersetoriais para redução das situações de risco. A realização do projeto envolveu três fases distintas: 1) diagnóstico da situação e capacitação do núcleo de informação centralizado; adaptação da ficha de notificação do Ministério da Saúde para violências e acidentes; criação de programa de dados; e implementação da notificação nos serviços de urgência, mediante publicação de Resolução assinada pelo Secretário de Saúde; 2) implantação da notificação e melhora da qualidade da informação, a partir da realização de seminários; e 3) envolvimento de segmentos que atuam na área de redução da violência e promoção da cidadania. Avaliaram-se 1.202 fichas, entre abril e maio de 2006: 67,70% (814) delas referiam-se a acidentes e 16,10% (194) a violências. Das violências notificadas (total de 194), 53,60% (104) ocorreram envolvendo homens e 71,10% (138) foram de agressão física/espancamento. No sexo feminino, agressão física/espancamento ocorreu na proporção de 82,22% (74), caracteriza-

da pela violência doméstica em 76,70% dos casos, especialmente na faixa etária dos 15 aos 49 anos (80%) e na residência (83,30%). Houve um caso de violência sexual (1,36%) contra mulher de 30-39 anos de idade, na residência. No sexo masculino, agressão física/espancamento provocou 64,42% dos casos, ferimento com instrumento cortante correspondeu a 13,01% e ferimento por arma de fogo a 10,71%; a violência sexual foi referida em 1,19% dos casos. Quedas (42,26%), acidentes de transporte (25,43%) e outros acidentes (32,30%) em homens foram, proporcionalmente, mais significativos nas faixas etárias de um a quatro (20,80%) e de 15 a 49 (43,96%). Os acidentes de transporte envolveram homens em 74,40% dos casos: com motocicletas (41,79%); como pedestres/atropelamentos (21,89%); com bicicletas (17,91%); e como ocupantes de veículos (16,42%). Comprovou-se a importância dos acidentes de transporte e quedas acidentais, principalmente no sexo masculino; e da frequente ocorrência de agressão física/espancamento contra mulheres, em sua própria residência. O projeto, em fase inicial, já permite detectar possibilidades de intervenção para redução dos riscos e danos desse agravo, mediante mobilização, integração e desenvolvimento de propostas de atividades preventivas futuras, que envolvam setores multidisciplinares.

11

**Investigações de
Surto Conduzidas pelo
Gestor Federal –
Prêmio Adolfo Lutz
e Vital Brazil**

SURTO

Surto de Rickettsiose do grupo da febre maculosa, Rio de Janeiro, Brasil, 2005

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,
Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços
do Sistema Único de Saúde;
Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ;
Prefeitura de Petrópolis, Secretaria Municipal de Saúde,
Coordenação de Epidemiologia e Coordenação de Vigilância Sanitária;
Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde,
Coordenação de Vigilância Epidemiológica;
Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Office for Global Health,
Division of Epidemiology and Surveillance Capacity Development, Atlanta, USA

Sílvia Silva Oliveira, Leonardo Victor de Knegt, Elisabete Cavalcanti Wildberger,
Eduardo de Lucena Gonçalves, Paulo Roberto de A. Barbosa, Aluizio Ribeiro Neto,
Elba Reina S. Lemos, Gilberto Salles Gazeta, Wildo N. Araújo e Douglas L. Hatch

E-mail: silvia.oliveira@aims.gov.br

No Brasil, a febre maculosa brasileira (FMB) é a principal Rickettsiose transmitida pela picada de carrapato. Em outubro de 2005, o Ministério da Saúde foi informado sobre a ocorrência de três casos suspeitos de FMB no Estado do Rio de Janeiro, todos com história de hospedagem em Pousada “X” de Petrópolis, Município localizado na região serrana do Estado. Conduziu-se uma investigação epidemiológica com o objetivo de identificar a etiologia da doença e fatores de risco para o adoecimento, além de propor medidas de prevenção e controle. Realizou-se estudo descritivo e de caso-controle não pareado (1:2). Definiu-se como caso provável de Rickettsiose do grupo da febre maculosa (RGFM), residente ou visitante de Petrópolis que, entre 25 de agosto e 30 de novembro de 2005, apresentou títulos de IgM anti-RGFM >1:64 pelo método de imunofluorescência indireta (IFI). Os controles foram residentes ou visitantes de Petrópolis que apresentaram sorologia não reagente para RGFM. Foram identificados 33 casos prováveis de RGFM, com média de idade de 28 anos de idade (intervalo: 2-65). Treze casos (39%) foram sintomáticos e apresentaram as seguintes principais manifestações clínicas: febre (92%); astenia (77%); mialgia (69%); cefaléia (69%); e náuseas e/

ou vômitos (69%). A letalidade foi de 6% (2/33). O período médio de incubação (n=8), intervalo entre a possível exposição e o início de sintomas, foi de seis dias (intervalo: 3-8). Exposições associadas ao incremento na chance de adoecimento incluíram: frequentar a Pousada “X” (OR=4; intervalo de confiança IC_{95%}:1,3-16,6; p<0,05) e utilizar a trilha da pousada “X” (OR=10; IC_{95%}:1,7-76,5; p<0,05). Este foi o primeiro surto de RGFM identificado em Petrópolis. A infecção, provavelmente, esteve associada à picada de carrapato em área de mata. A população foi orientada sobre os riscos de exposição a carrapatos e medidas de prevenção e controle para FMB. Foi realizada sensibilização da rede assistencial quanto à identificação de casos suspeitos de FMB e introdução precoce de antibioticoterapia específica, com o objetivo de reduzir a mortalidade.

SURTO

Surto de rotavírus e fatores de risco para óbito – Rio Branco, Acre, Brasil, 2005

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,
Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços
do Sistema Único de Saúde, Coordenação Geral de Laboratório de Saúde Pública;
Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,
Instituto Evandro Chagas, Belém-PA;
Secretaria de Estado de Saúde do Acre;
Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco/AC;
Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ;
Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Office for Global Health,
Division of Epidemiology and Surveillance Capacity Development, Atlanta, USA

Alessandra A. Siqueira, Ana C. F. S. Santelli, Luiz R. Alencar Jr., Marta H. Dantas,
Cristiane P. N. Dimech, Deise. A. Santos, Marize. B. F. Lucena, Eliane A. Costa,
Mônica A. Morais, Jesuíta. A. Silva, José P. G. Leite, Alexandre C. Linhares,
Marly R. A. Costa, Wildo N. Araújo e Douglas L. Hatch

E-mail: alessandra.siqueira@saude.gov.br

O rotavírus é a causa principal de morbidade e mortalidade das gastroenterites virais em crianças menores de cinco anos. Foi investigado um surto de diarreia no Município de Rio Branco, Estado do Acre, ocorrido em 2005, durante uma extensa seca com interrupções frequentes das fontes de abastecimento de água municipal. Os objetivos da investigação foram: (I) determinar a extensão do problema; (II) confirmar a etiologia; (III) identificar fatores de risco possíveis para o óbito; e (IV) adotar medidas de controle e prevenção em tempo oportuno. Conduziu-se um estudo de caso-controle pareado por idade (1:4). Para definição de caso, considerou-se óbito de criança por desidratação, choque hipovolêmico ou septicemia que apresentasse diarreia (definida como a ocorrência ≥ 3 evacuações líquidas ou semilíquidas no período de 24 horas) e/ou febre e vômito, comparados com os controles: crianças nas residências mais próximas dos casos-pacientes, que tiveram diarreia e/ou febre e vômito no período do surto. Entrevistaram-se os pais e promoveu-se o levantamento dos prontuários médicos. Realizou-se a coleta de amostras de fezes para a cultura de enteropatógenos bacterianos, e por vírus,

utilizando-se o método sorológico de testagem por ELISA, PAGE e genotipagem por RT-PCR. Foram notificadas 12.145 pessoas com diarreia no período de maio a outubro de 2005; oito crianças menores de dois anos foram a óbito (taxa de mortalidade=0,1%). A incidência cumulativa em crianças menores de cinco anos foi de 21% (7.757) durante o período. Na análise univariada, a chance de exposição à água de beber armazenada em balde foi 11 vezes maior entre os casos, quando comparada à dos controles (OR=11,2; intervalo de confiança IC_{95%}:1,02-551,3; p=0,03). O rotavírus do grupo A foi identificado em 38% (127) das amostras clínicas, caracterizadas como 68% (87) G9P8 e 20% (26) G2P4. Concluiu-se pela ocorrência de um surto de diarreia por rotavírus. A mortalidade foi baixa, provavelmente em razão da adoção das medidas de controle e prevenção em tempo oportuno, com distribuição e orientação sobre a importância dos sais de reidratação oral (SRO), hipoclorito de sódio e práticas higiênicas. Os óbitos associados com os recipientes de água podem ser decorrentes da armazenagem em condições impróprias ou da contaminação da água para beber. O Brasil introduziu a vacina oral de rotavírus humano (VORH) no calendário básico de vacinação de crianças de 2006, ano seguinte à ocorrência do surto investigado.

SURTO

Surto de toxoplasmose associada ao consumo de “copa”, Santa Vitória do Palmar, Rio Grande do Sul, maio-junho de 2005

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,
Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços
do Sistema Único de Saúde;
Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria de Estado da Saúde,
Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Divisão de Vigilância Epidemiológica;
Universidade Estadual de Campinas,
Instituto de Biologia Departamento de Parasitologia Laboratório de Protozoologia;
Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Office for Global Health,
Division of Epidemiology and Surveillance Capacity Development, Atlanta, USA

Marco A. B. Almeida, Luiz R. de Alencar Jr., Greice M. I. do Carmo,
Márcio H. de O. Garcia, Aline K. V. Reis, Alethéa F. Sperb, Denise M. S. Figueiredo,
Regina M. B. Franco, Nilson Branco, Wildo N. Araújo e Douglas L. Hatch

E-mail: marco.almeida@saúde.gov.br

No sul do Brasil, a prevalência da toxoplasmose, uma doença parasitária causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, é alta (70%); sua epidemiologia, entretanto, é pouco conhecida. Em julho de 2005, após detecção de casos de toxoplasmose em membros de uma mesma família de Santa Vitória do Palmar, cidade de 35.000 habitantes do extremo sul do Rio Grande do Sul, uma investigação foi conduzida para confirmar a existência do surto, determinar possíveis fatores de risco para adoecimento e recomendar medidas de prevenção e controle. Conduziu-se um estudo de coorte retrospectiva envolvendo 24 pessoas, para o qual foi definido, como caso de toxoplasmose: membro ou visitante da família que, entre maio e junho de 2005, apresentou sorologia reativa para IgM antitoxoplasma e não reativo para IgG por MAC ELISA. Mediante entrevistas, foram obtidas informações sobre clínica e possíveis exposições. Amostras de alimento suspeito de causar a doença (embutido de carne suína: “copa”) e leite materno foram examinadas microscopicamente, testadas por bioensaio em camundongo e, em seguida, por imunofluorescência indireta. Como não havia sobras da “copa” consumida, foram testadas amostras da mesma marca comercial e data de fabricação compatível com aquela.

Taxas de ataque, risco relativo e intervalo de confiança (IC) de 95% foram calculados. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo, estatisticamente. Nove pessoas entre 24 (37%) apresentaram infecção recente por toxoplasmose, com mediana de idade de 24 anos (2 meses-54 anos). Os sintomas incluíram mialgia (100%), febre (89%) e cefaléia e mal-estar (86%). Consumir “copa” comercial foi a única exposição associada com adoecimento (RR=7,0; IC_{95%}:1,2-43; $p=0,004$). O resultado da análise do alimento apontou a presença de *Sarcocystis*, protozoário pertencente ao mesmo filo do *Toxoplasma* (Apicomplexa); porém, foi negativo para *Toxoplasma gondii*. Uma criança com alimentação exclusiva por leite materno (dois meses de idade) apresentou toxoplasmose; no leite da mãe (também doente), foram detectadas formas sugestivas de taquizoítos de *Toxoplasma gondii*, embora o resultado do bioensaio realizado com essa amostra de leite fosse negativo. A partir deste estudo, foi possível concluir que ocorreu um surto de toxoplasmose – com 100% de sintomáticos – devido ao consumo de “copa” e que sua transmissão a uma criança pode ter ocorrido pelo leite materno. A presença de *Sarcocystis* em amostras do alimento é indicativa de falhas no processo produtivo. Recomendou-se o acompanhamento dos pacientes até que se definissem e fossem treinadas referências médicas locais. Há necessidade da realização de novos estudos, para esclarecer o real papel dos gêneros *Sarcocystis* e *Toxoplasma* nos padrões de morbimortalidade humana.

SURTO

Surto de diarreia em aldeias indígenas da etnia Kulina, Ipixuna, Amazonas, setembro de 2005

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,
Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços
do Sistema Único de Saúde, Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública;
Fundação Nacional de Saúde, Departamento de Saúde Indígena;
Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ;
Instituto Evandro Chagas, Belém-PA;
Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde;
Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Office for Global Health,
Division of Epidemiology and Surveillance Capacity Development, Atlanta, USA

Eduardo M. Macário, Sílvia S. Oliveira, Roberto Dusi, Elizabeth David, Carmen Muricy,
Douglas L Hatch, Maria G. Serafim e Isabel Hernandez

E-mail: eduardo.macario@saude.gov.br

As doenças diarreicas agudas (DDA) são uma das maiores causas de morbimortalidade nos países em desenvolvimento. No Brasil, em 2004, foram notificados 2.395.485 casos de diarreia com 156 óbitos. Entre a população indígena, embora seja uma doença de grande importância, a ocorrência de casos de DDA ainda é pouco documentada. Em setembro de 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde foi informada sobre a existência de casos graves de DDA e óbitos em crianças das aldeias indígenas da etnia Kulina, no Município de Ipixuna, Estado do Amazonas. No mesmo período, um surto de rotavírus ocorria em Municípios próximos das aldeias. Conduziu-se uma investigação em seis aldeias indígenas com o objetivo de confirmar a existência de um surto de diarreia, identificar a etiologia, modo de transmissão e fatores de risco. Para tanto, realizou-se um estudo de coorte retrospectivo nas seis aldeias indígenas em que doente foi definido como o residente que, entre 1º de agosto de 2005 e 30 de setembro de 2005, apresentou ao menos três evacuações em um período de 24 horas, com duração máxima de duas semanas. Foram coletadas amostras de fezes para identificação de bactérias (coprocultura), parasitas (EPF – método de Hoffmann) e vírus (aglutinação em látex para rotavírus). Os dados foram analisados

pelo programa Epi Info 6.04d; e a medida de associação foi o risco relativo, com nível de significância $p < 0,05$. Foram entrevistadas 55,4% (412/743) das pessoas das aldeias indígenas. A taxa de ataque foi de 20,9% (86/412), variando de 14,3% a 34,1% nas diferentes aldeias. A taxa de letalidade foi de 5,8% (5/86) e os óbitos só ocorreram em crianças com um ano ou menos de idade. A idade mediana dos doentes foi de quatro anos, variando de três meses a 74 anos, e a faixa etária de maior risco foi a menor de cinco anos ($RR=3,01$; $IC_{95\%}$: 2,10-4,33; $p < 0,001$). Os principais sintomas dos doentes foram: dor abdominal (68,6%); febre (51,2%); náuseas (43,0%); e astenia (35,0%). Os fatores de risco para ter DDA foram beber água diretamente do rio ($RR=1,56$; $IC_{95\%}$: 1,03-2,34; $p=0,04$) e de filtro coletivo ($RR=1,95$; $IC_{95\%}$: 1,17-3,26; $p=0,04$), quando comparado com o mesmo fator de risco para as pessoas que utilizavam água de poço artesiano. Foram coletadas 20 amostras laboratoriais e identificou-se o rotavírus em 5% (1/20) delas. Podemos concluir que ocorreu um surto de diarreia com óbitos em aldeias indígenas do Estado do Amazonas. O provável agente etiológico do surto foi o rotavírus, haja vista ele ter sido isolado em amostra de um paciente enquanto, no mesmo período, observava-se surto de grande magnitude nos Municípios vizinhos. Recomenda-se a implantação de monitoramento das DDA nas aldeias indígenas para detectar os surtos precocemente, realizar tratamento adequado e evitar óbitos.

12

**Investigações de
Surto Conduzidas
pelos Estados e Municípios
– Prêmio Carlos Chagas**

SURTO

Doença meningocócica: investigação de surto na comunidade Sucupira, Distrito Administrativo do Grajaú, Município de São Paulo, 2006

Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde,
Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac,
Coordenadoria de Controle de Doenças;
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo,
Supervisão de Vigilância em Saúde e Centro de Controle de Doenças

Flávia Helena Ciccone, Ângela Carvalho Freitas, Eliana Suzuki, Alessandra Guedes Pellini,
Pedro Vilaça, Telma M. Pinto Carvalhanas, Isabel Cristina Silva,
Maria de Fátima Silva Martins e Raquel M. Borelli Paradella

E-mail: flavia_cicconi@yahoo.com.br

A relevância da doença meningocócica (DM) atribui-se a seu potencial epidêmico e elevada letalidade (10-30%). O Distrito Administrativo (DA) do Grajaú, Município do Estado de São Paulo, confirmou 17 casos em 2006, com coeficiente de incidência de 4,4/100.000 habitantes, letalidade de 35,3% e identificação do meningococo C. A comunidade Sucupira, localizada nesse DA, apresentou três casos de DM em curto espaço de tempo. O objetivo da investigação foi caracterizar e confirmar a ocorrência de surto de DM na comunidade. Realizou-se um estudo descritivo, para o qual se utilizaram fontes secundárias e entrevistas com familiares dos casos. Estes foram confirmados por critério laboratorial, necropsia ou clínica, entre 30 de junho e 7 de julho de 2006. A definição de surto de DM utilizada foi: ocorrência de três ou mais casos confirmados, em um período menor ou igual a três meses, residentes na mesma área geográfica e com taxa de ataque igual ou maior do que dez casos em 100.000 habitantes. Um surto foi confirmado na comunidade Sucupira, com a ocorrência de três casos: dois meninos (nove meses; e dois anos de idade) e uma adolescente, previamente hígidos e não vacinados. Todos os casos foram hospitalizados, e ocorreram dois óbitos. O meningococo C foi identificado em um caso. A taxa de ataque foi de 190,1/100.000 habitantes e a letalidade de 67%; nos menores de 20 anos, a incidência foi de 440/100.000 habitantes. Essa investigação permitiu confirmar um surto comunitário de DM e seu

controle foi realizado mediante quimioprofilaxia e vacinação de menores de 20 anos contra o meningococo C. Recomendou-se a realização de treinamentos para manejo clínico, ademais de reforço das ações de prevenção e controle.

SURTO

Surto de rubéola em adultos devido a vírus importado, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005-2006

Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria de Estado da Saúde,
Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Divisão de Vigilância Epidemiológica;
Prefeitura Municipal de Passo Fundo, Secretaria Municipal da Saúde,
Divisão de Vigilância em Saúde, Seção de Vigilância Epidemiológica

Ivone A. Menegolla, Marilina A. Bercini e Mara Dill Migott

E-mail: exantematicas@saude.rs.gov.br

No Estado do Rio Grande do Sul, a vigilância integrada de sarampo/rubéola foi implantada em 1997, concomitantemente ao programa de aplicação da vacina tríplice viral (VTV). Desde o ano 2000, não há casos confirmados de sarampo e a incidência de rubéola já alcançou níveis de eliminação. As coberturas vacinais de rotina e as das campanhas têm sido superiores a 95%, exceto para mulheres em idade fértil (85%). Este trabalho constitui relato de um surto de rubéola em empresas exportadoras da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado (CRS/RS), cuja investigação também envolveu técnicos das áreas de Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), além dos Laboratórios de Saúde Pública dos três níveis de gestão. De 30 de setembro de 2005 a 9 de março de 2006, foram notificados 199 casos suspeitos de sarampo/rubéola, entre descartados e confirmados por critério laboratorial ou vínculo epidemiológico: 50 foram confirmados como rubéola e 13 como parvovirose. De 11 espécimes coletados, cinco tiveram o genótipo da rubéola 1D isolado em secreção nasofaríngea. Houve predomínio de casos de rubéola entre homens de 20 e 39 anos, seguidos de mulheres entre 20 a 29 anos de idade; 13% desses casos receberam uma dose de vacina tríplice viral e 28% tinham IgG não reagente para sarampo. Uma gestante com rubéola (IG=18 semanas) e 54 gestantes-contato foram detectadas. Para controlar o surto, foram aplicadas 47.284 doses de VTV em ações de bloqueio vacinal. A hipótese de importação foi reforçada pela informação de que uma comitiva comercial chinesa, oriunda de país onde circula o genótipo isolado, havia visitado as empresas da região no final de setembro de 2005. A ocorrência do surto

investigado alerta para o risco de importação de rubéola e sarampo por essa via, a suscetibilidade de trabalhadores e a necessidade de ampliação do diagnóstico laboratorial. Observou-se, também, a necessidade de estabelecer parcerias com serviços voltados às áreas de Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador, para definir estratégias de vigilância e vacinação.

SURTO

**Leishmaniose tegumentar americana (LTA):
relato de surto em Balneário Camboriú e Itapema,
Santa Catarina, 2005**

Governo do Estado de Santa Catarina,
Secretaria de Estado da Saúde,
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Sílvia Helena Tormen, Juliana Chedid Nogared Rossi,
Luciana Amorim e Maria Ernestina Makowiecky

E-mail: silviatormen@saude.sc.gov.br

No Estado de Santa Catarina, há registro de casos autóctones de leishmaniose tegumentar americana (LTA) desde 1987. A partir de 2005, um aumento significativo no número de casos foi registrado na região da foz do Rio Itajaí-Açu, o que a torna uma recente área endêmica para LTA. Foi realizada análise descritiva dos casos confirmados entre julho e dezembro de 2005, nos Municípios de Balneário Camboriú, Camboriú e Itapema. Os dados foram analisados pelo *software* Epi Info 2002. Desenvolveu-se estudo epidemiológico, investigação laboratorial e coleta de vetores por armadilhas luminosas e coleta manual. A investigação do surto registrou 50 casos da doença, sendo a semana 42 a que contabilizou maior número. A maior taxa de detecção de casos foi em Itapema: 46,4 por 100.000 habitantes. A faixa etária mais atingida foi a de 31 a 40 anos (24%); a faixa etária de 1 a 10 anos representou 18%. Setenta e quatro por cento dos casos residiam em área urbana. Em Balneário Camboriú, um dos focos localizou-se em uma ocupação irregular, em área de preservação ambiental. Houve predominância de *Nyssomyia neivai* (80%), cuja presença foi mais freqüente e abundante no peridomicílio. Em menor abundância, coletou-se *P. fischeri* e *M. migonei*. Chama atenção o percentual de casos na população infantil, o que sugere a transmissão peri ou intradomiciliar em área urbana. Há possibilidade de o *N. neivai* ser o vetor da doença. Medidas de controle foram recomendadas aos responsáveis pela organização de serviços locais de saúde, para o atendimento dos casos, coleta de vetores e orientação da população.

www.saude.gov.br/svs
www.saude.gov.br/bvs
disque saúde: 0800.61.1997



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde



ISBN 978-85-334-1342-9

