

Este número apresenta, encartado, orientações do Programa Estadual de Controle e Profilaxia da Raiva Humana, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, contendo as orientações básicas de profilaxia e tratamento anti-rábico humano.

MÃES DE MENOR ESCOLARIDADE E A QUEDA DA NATALIDADE NO RIO GRANDE DO SUL

José Inácio Lermen¹
Airtton Fischmann¹

A queda do número de nascidos vivos no Rio Grande do Sul é uma realidade desde o ano de 1995. Os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) implantado em 1992, mostram esta redução ano a ano, exceto em 1999 (fim do milênio)² quando houve um aumento, voltando a cair no ano 2000 em valor inferior a 1998. Neste período também se observou a redução da Taxa de Natalidade e da Taxa de Fecundidade.

No âmbito das políticas públicas há que se preocupar com o possível impacto da redução progressiva e consistente da natalidade/nascidos vivos, caso esta tendência se confirme. Este fato aliado ao aumento da expectativa de vida ao nascer não só provocará o "envelhecimento" da população gaúcha como poderá acarretar um crescimento negativo nos próximos trinta anos, determinando uma série de ações de diferentes áreas do governo. Tomando-se por base o número de nascidos vivos de 1999 (184.571). Até o final de 2004 haverá uma diminuição aproximada de 90.000 menores de cinco anos.

O recorte de análise aqui proposto é a verificação desta redução observada, quando se estratificam os nascidos vivos pela escolaridade das mães. Na tabela 1, os nascidos vivos dos anos 2000 a 2003 foram distribuídos em cinco faixas de escolaridade das mães: analfabetas (escolaridade zero), um a três anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e mais de 12 anos de escolaridade. As publicações dos dados do Sinasc nos anos anteriores a 2000 não contemplam a escolaridade das mães dos nascidos vivos com esta mesma agregação, entretanto, classifica as mães por grau de escolaridade: analfabeta, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau e nível superior.

TABELA 1 – Distribuição dos nascidos-vivos por ano de escolaridade das mães. Rio Grande do Sul, 2000 a 2003

Anos de Escolaridade	2000		2001		2002		2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zero	3.030	1,7	2.196	1,4	1.899	1,2	1.562	1
1 a 3	16.340	9,3	14.392	9	12.723	8,2	11.516	7,7
4 a 7	81.825	46,6	74.142	46,2	68.529	44,2	61.859	41,7
8 a 11	48.093	27,4	46.215	28,8	47.549	30,7	50.390	33,8
mais de 12	23.066	13,1	21.846	13,6	23.435	15,1	22.733	15,3
Ignorado	762	0,4	347	0,2	168	0,3	174	0,1
Não informado	2.577	1,5	1.228	0,8	709	0,5	729	0,5
Total de nascidos vivos	175.693	100	160.366	100	155.062	100	148.963	100

Fonte: Sinasc/NIS/SES/RS

Tabela 2 – Distribuição dos nascidos-vivos por ano de escolaridade das mães. Rio Grande do Sul, 2000 a 2003*

Escolaridade das mães	2000		2001		2001/2002		2002		2002/2001		2003		2003/2002		2003/2000	
	N	%	N	%	Variação %	N	%	Variação %	%	Variação %	%	Variação %	Variação %			
Até 7 anos	101.195	59,5	90.730	57,1	-9,4	83.151	54,0	-8,4	74.927	-50,6	-9,9	-26,0				
8 anos e mais	71.159	41,4	68.061	43,9	-4,4	70.984	46	4,3	73.123	-49,4	3	2,8				
Total	172.354	100	158.791	100	-7,8	154.135	100	-2,9	148.050	100	-3,9	-14,1				

Fonte: Sinasc/NIS/DAS/SES-RS. *Excluídos ignorados e sem informação

A tabela 1 mostra queda da natalidade principalmente nas faixas das mães de menor escolaridade. Além disso, os dados mostram que, quanto menor a escolaridade, maior a redução. Esta queda, tanto em quantidade, quanto em percentual de nascimentos ocorre nas três faixas de menor escolaridade e é observada em cada um dos anos estudados.

Nas mães analfabetas a natalidade reduziu em 48,5%, comparando-se 2000 com 2003. As mães com 1 a 3 anos de escolaridade apresentaram a redução de 29,5% no mesmo período, já para aquelas de 4 a 7 anos de estudo a redução foi de 24,4%.

Pode-se inferir que as mães de nascidos vivos que não informaram a escolaridade e, até mesmo aquelas de que se ignora esta informação, têm alta probabilidade de serem analfabetas ou com menor grau de instrução. Sendo assim, a redução entre as mães analfabetas cairia de 6359 em 2000 para 2465, ou seja, 61,3%.

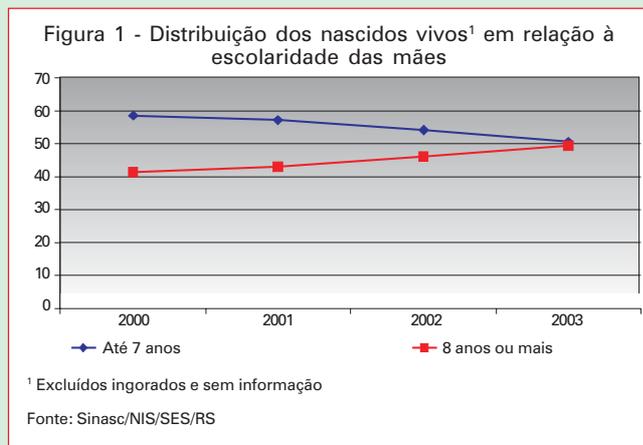
Ainda com referência à tabela 1, os dados mostram que há uma modificação desta tendência nas duas faixas de maior escolaridade. Ambas comportam-se de maneira semelhante quanto ao número de nascidos vivos caindo de 2000 para 2001, aumentado de 2001 para 2002, mas em 2003 as mães de 8 a 11 anos de estudo aumentam em número e nas de maior escolaridade há uma queda. Contudo em todos os anos as duas faixas etárias, apesar da flutuação, têm sua representação percentual crescente todos os anos, a ponto de somadas representarem, em 2003, 49,4% dos nascidos vivos, enquanto que em 2000 representavam 41,4%, quando se excluem os ignorados e os não informados conforme tabela 2.

O agrupamento em apenas duas faixas de escolaridade, até 7 anos e 8 anos e mais, mostra que a redução de nascidos vivos é contínua só na primeira delas. Para o número de nascidos vivos de mães com menor escolaridade, a queda de 2000 para 2001 representa 9,4%, de 2001 para 2002 8,4% e de 2002 para 2003 9,9%.

Entre os nascidos vivos de mães com 8 anos de estudo há diminuição em 2001 de 4,4% enquanto há aumento tanto em 2002 (4,3%), quanto em 2003 (3,0%), enquanto em 2001 a queda foi de 4,4%. Deve se observar que em 2003 o número de nascidos vivos de mães com maior escolaridade foi 2,8% maior que em 2000, o que atenuou para 14,1% a diminuição do total de nascidos vivos, uma

vez que ela foi de 26% entre aquelas de mães com até 7 anos de escolaridade.

Portanto a queda da natalidade no Estado do Rio Grande do Sul está acontecendo às custas das mães de menor escolaridade, isto é, analfabetas e com primeiro grau incompleto.



O percentual de nascidos vivos de mães com menor escolaridade diminui a cada ano. De 58,6% em 2000, para 57,1% em 2001, 54% em 2002 para 50,6% em 2003 (Figura 1). Na faixa de maior escolaridade das mães ocorre o inverso. Se esta tendência for mantida, em 2004 ocorrerá uma inversão onde as mães com segundo e terceiro graus representarão mais da metade dos nascimentos no Rio Grande do Sul.

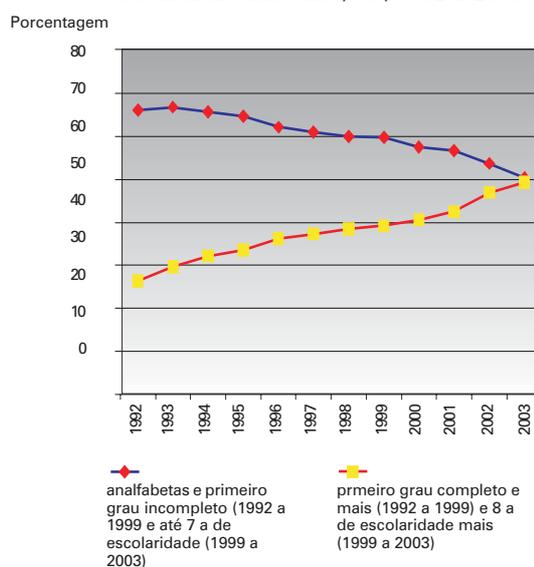
Utilizando os critérios de classificação de escolaridade, antes referidos, para as mães com filhos nascidos entre 1992 e 1999, e combinando com a classificação de 2000 a 2003, obtém-se a curva da Figura 2, demonstrando que a redução da natalidade em mães de baixa escolaridade já vem ocorrendo há vários anos.

Estes dados podem parecer surpreendentes, tendo em vista que a maior natalidade costuma estar representada em mulheres com baixa escolaridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta mudança de perfil da natalidade, nos últimos anos, no **Rio Grande do Sul**, nos leva a outras reflexões: a diminuição da natalidade nas classes com menor escolaridade não tem impactado a mortalidade infantil, que tem se mantido em torno de 15 óbitos por mil nascidos vivos. Está melhorando o acesso à escola/formação no Estado? As mães

Figura 2 - Distribuição dos nascidos vivos pela escolaridade das mães, RS, 1992 a 2003



de menor escolaridade estão tendo maior acesso à informação? O discutido planejamento da natalidade, que é questionado para ser praticado principalmente pela população mais carente, leia-se com menor escolaridade, deve efetivamente ser reforçado, ou já está sendo praticado de forma suficiente? Cessará a discussão da necessidade de vagas nas escolas, com a redução consistente do número de crianças, principalmente daquelas que são potencialmente o usuários do setor público? A prioridade para políticas sociais efetivas para o idoso não deverá ser incrementada tendo em vista a mudança na pirâmide populacional? A conjunção entre queda da natalidade e o aumento da expectativa de vida ao nascer, levando ao crescimento negativo da população entre os anos 2030 e 2035, não poderá requerer, no Estado, uma política de incentivo à natalidade como ocorre em alguns países europeus, ou, menos radicalmente, atrair, deliberadamente, populações migrantes de outras áreas do país?

Palavras-chaves: Rio Grande do Sul. Natalidade. Vigilância Epidemiológica. Controle da Natalidade.

1 CEVS/SES/RS – E-mail: jose-lermen@saude.rs.gov.br; airton-fischmann@saude.rs.gov.br

2 FISCHMANN, A, FERREIRA J., Alexandre J.Uelinton. **Bol. Epid.** v. 5, n. 1 ago/set, 2003.

PERFIL DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR PNEUMOCONIOSE NO RIO GRANDE DO SUL, DE 2000 A 2002

Virgínia Dapper¹
Luciana Nussbaumer¹

INTRODUÇÃO

As Pneumoconioses são doenças pulmonares relacionadas à exposição às poeiras minerais nos ambientes de trabalho. Considerando que são doenças totalmente preveníveis, que se desconhece a população efetivamente exposta e o perfil de morbi-mortalidade, faz-se necessário conhecer melhor a realidade através dos dados disponíveis nos sistemas de informação do SUS, analisando-os territorialmente na tentativa de identificar regiões sentinelas.

OBJETIVOS

Este estudo objetiva traçar um perfil das internações hospitalares por pneumoconiose no Rio Grande do Sul (RS) no período de 2000 a 2002, identificando os municípios e regiões com maiores coeficientes médios de internação, comparativamente ao coeficiente médio de internação no RS.

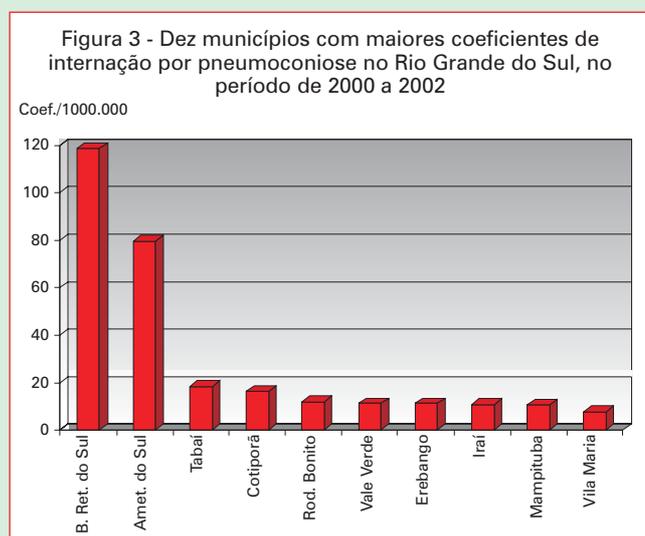
¹ Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador/Centro Estadual de Vigilância em Saúde/SES/RS. E-mail: virginia-dapper@saude.rs.gov.br; luciana-nussbaumer@saude.rs.gov.br

METODOLOGIA

Foram analisados os casos de internação por pneumoconiose de acordo com o município de residência e utilizando como fonte de dados o SIH/SUS nos anos de 2000, 2001 e 2002. Foram calculados os coeficientes médios de internação por 100.000 habitantes.

RESULTADOS

Foram registradas internações hospitalares em 52 municípios do RS de um total de 497 (10,4% dos municípios). A 16ª e a 19ª CRS foram as que apresentaram os maiores coeficientes de internação por 100.000 habitantes, no período de estudo (Mapa 1). O coeficiente médio de internação por pneumoconiose no Estado foi 0,49 por 100.000 habitantes. Os dez municípios que apresentaram os maiores coeficientes médios de internação por pneumoconiose foram Bom Retiro do Sul (118,4), Ametista do Sul (79,6), Tabaí (18,3), Cotiporã (16,3), Rodeio Bonito (11,7), Vale Verde (11,1), Erebangó (11,1), Iraí (11,0), Mampituba (10,7) e Vila Maria (8,0). As duas Regionais de Saúde com maiores coeficientes médios de internação por pneumoconiose foram Lajeado (4,82) e Frederico Westphalen (3,77) (Figura 3).

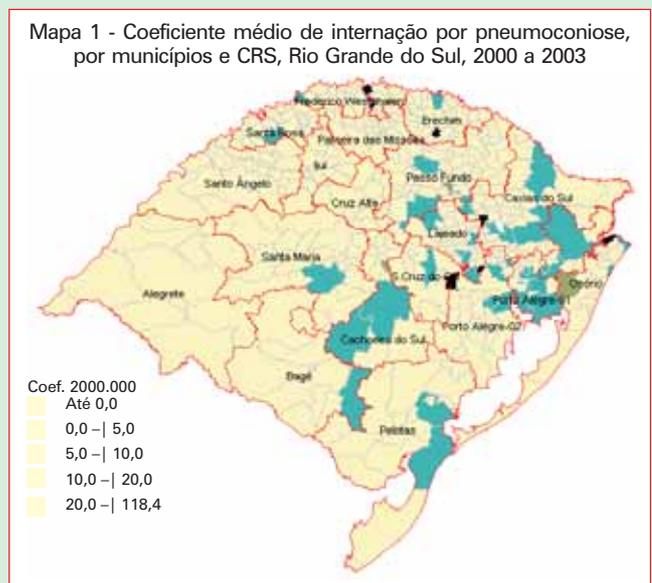


CONCLUSÃO

Os dados mostram que existem diferenças significativas quando comparamos os coeficientes de alguns municípios e regionais com o do Estado. Apesar da grande subnotificação destes agravos, não refletindo adequadamente o problema, podemos utilizar o SIH/SUS para observar a presença e relevância dos mesmos nas diferentes regiões do Rio Grande do Sul, servindo como alerta (evento sentinela) e subsidiando o planejamento das ações de saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

COUTINHO, Zila; CASTRO de Hermano; ALGRANTI, Eduardo. Pneumopatias profissionais. In: BETHLEN, Newton. **Bethlen pneumologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000. p. 729-743.
Castro H. A. Mortalidade por pneumoconioses nas macrorregiões do Brasil no período de 1979-1998. **J Pneumol**, v. 29, p. 82-88, 2003.
ALGRANTI E. Epidemiologia das doenças ocupacionais respiratórias no Brasil. **Epidemiol Doenças Respir**, v. 3, p. 119-43, 2001.



Palavras-chaves: Rio Grande do Sul. Pneumoconiose. Doenças Respiratórias. Doenças ocupacionais.

AVALIAÇÃO DE EGRESSOS DOS CURSOS BÁSICOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, RS, 2003/2004.

Ariadne Ribeiro Kerber¹

INTRODUÇÃO

Após três anos de aplicação do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica para técnicos de nível superior e para auxiliares de nível médio (CBVE) e após a conclusão do I Curso de Especialização em Epidemiologia - ênfase em Vigilância em Saúde, a coordenação do Projeto VIGISUS propôs a avaliação dos egressos desses treinamentos realizados no Rio Grande do Sul.

No decorrer do processo foram treinados em CBVE 882 técnicos de nível superior e 627 auxiliares de nível médio das redes estadual, regional e municipal de saúde, distribuídos em 317 municípios do Estado.

OBJETIVOS

Identificar o aproveitamento dos egressos pelos serviços de saúde e verificar a utilização prática dos conhecimentos adquiridos nos cursos.

METODOLOGIA

Foi construído instrumento de coleta de dados específico para esta investigação. O questionário foi composto por quatro blocos que abordavam questões sobre situação funcional, avaliação de aproveitamento e avaliação de utilização. A metodologia foi diferente para os dois tipos de treinamentos. Para o Curso de Especialização, o questionário foi auto-aplicável e enviado a todos os egressos. Para o CBVE, foi definida uma amostra aleatória e o questionário foi aplicado pelo telefone. Após a coleta de dados, criou-se um banco de dados no Programa Epi-info 6.0.

AMOSTRA PARA CBVE NÍVEL SUPERIOR:

Tamanho da população: 882

Erro (precisão absoluta): 5%

¹ Técnica do Projeto VIGISUS/SES/RS. E-mail: ariadne@saude.rs.gov.br

Prevalência esperada: 50%
Nível de confiança: 99,9%
Tamanho calculado da amostra: 18
Amostra utilizada: 32

CURSO BÁSICO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA NÍVEL SUPERIOR (CBVENS)

RESULTADOS

Dos 32 egressos sorteados, 25 responderam ao questionário, o que representou 78,12%. Três (9,37%) não foram localizados e quatro (12,5%) não trabalham mais no setor saúde.

Analisando-se a formação profissional, observou-se que 52% dos entrevistados eram enfermeiros, 16% médicos veterinários, 4% médicos, 4% farmacêuticos e 24% pertenciam a outras categorias profissionais.

Com relação à lotação, 76% pertenciam ao nível municipal, 16% ao nível regional e 8% ao nível central.

Dos egressos avaliados, 8% fizeram o treinamento em 2000, 52% em 2001 e 40% em 2002.

Avaliando-se a área de atuação, antes do treinamento 100% dos entrevistados atuavam na área técnica. Após o treinamento 96% continuavam atuando na área técnica.

Quanto ao exercício de atividades específicas de vigilância epidemiológica, 68% afirmaram exercê-las antes do curso, enquanto que depois do curso este percentual subiu para 92%.

Analisando-se os conteúdos trabalhados no curso que eram utilizados no desenvolvimento das atividades de VE antes e depois do treinamento, obteve-se os seguintes resultados (Tabela 3).

Tabela 3- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ALUNOS DO CBVENS, ANTES E DEPOIS DA REALIZAÇÃO DO CURSO.

Atividades desenvolvidas	% antes do curso	% depois do curso
Investigação de caso	44	64
Coleta de dados	60	76
Consolidação de dados	44	76
Análise de dados	44	79
Elaboração de relatórios	64	84
Trabalho com dados primários	48	60
Trabalho com dados secundários	24	48
Realização de treinamentos	44	64
Realização de supervisão	44	72
Elaboração de boletins epidemiológicos	24	48

Os resultados mostraram que a alimentação/utilização dos Sistemas pesquisados aumentou, conforme Tabela 4.

Tabela 4- SISTEMAS DE INFORMAÇÃO UTILIZADOS PELOS ALUNOS DO CBVENS, ANTES E DEPOIS DA REALIZAÇÃO DO CURSO.

Sistema de Informação	% antes do curso	% depois do curso
SINAN	32	56
API	16	32
SIM/SINASC	24	48
SIA	24	48
SIH	4	16
SIAB	24	32
SISCOLO	20	32
SISÁGUA	4	20
SIST	8	24
SISHIPERDIA	8	32
OUTRO	4	16

Com relação à utilização de instrumentos para análise de dados, os resultados foram os seguintes: Tabwin aumentou de 4% para 12%, Epi-info manteve em 8%, Excel aumentou de 16% para 32%, Access aumentou de 4% para 8%.

Dos egressos que continuam atuando na área da saúde, 92% relataram que utilizam os conhecimentos adquiridos no treinamento no desempenho das atividades de vigilância epidemiológica.

O fato de ter participado do treinamento facilitou a leitura de artigos científicos para 88% dos egressos avaliados.

Com relação aos treinamentos, 60,9% dos avaliados utilizam tabelas e gráficos na apresentação do assunto.

Quanto à avaliação de indicadores de saúde durante as atividades de supervisão, 85,3% afirmaram avaliar morbidade, 54,2% mortalidade, 58,3% cobertura vacinal e 62,5% indicadores operacionais (envio de material, investigação 48 horas, coleta adequada, % notificação negativa semanal).

As atividades de vigilância epidemiológica são desenvolvidas com facilidade por 39,1% dos egressos, e razoavelmente por 60,9%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica, pode-se dizer que houve aumento na frequência do desenvolvimento de atividades de Vigilância Epidemiológica após a realização do curso.

A análise estatística revelou aumento significativo no exercício de atividades de vigilância epidemiológica antes e depois do curso ($\chi^2 = 4,5$ e $p = 0,03$).

Conforme Tabela 3, em todas as atividades houve aumento percentual no desenvolvimento de atividades após o curso. Na análise estatística, houve aumento significativo nas atividades Consolidação de Dados ($\chi^2 = 5,3$ e $p = 0,02$), Análise de Dados ($\chi^2 = 6,38$ e $p = 0,01$) e Realização de Supervisão ($\chi^2 = 4,02$ e $p = 0,04$). Para as demais atividades vale a observação de que não houve significância estatística nos aumentos encontrados.

Face ao resultado da pesquisa, recomenda-se a continuidade das ações de capacitações do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica.

REFERÊNCIAS

DEAN, A.G. et al. **Epi Info, Versão 6**: um programa de processamento de texto, banco de dados e estatística para Saúde Pública em microcomputadores. Atlanta; Geórgia: CDC, 1994.

FISCHMANN, A.; MEDINA, C.; GUS, I. **Prevalência de fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 2000.

MARTINS, G. Sistema de Acompanhamento dos Egressos dos Cursos do EAC-FEA e da FIPECAFI. Disponível em <<http://www.eac.fea.usp.br>>. Acesso em: 2003.

Palavras-chaves: Rio Grande do Sul. Capacitação. Vigilância Epidemiológica. Avaliação da aprendizagem. Serviços de saúde.

A VIABILIDADE DA IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL¹

Rogério Faermann²

Divisão de Vigilância Sanitária/Centro Estadual de Vigilância em Saúde/SES-RS

INTRODUÇÃO

Está em questão neste trabalho a viabilidade da implantação de um Centro Estadual de Vigilância em Saúde no Rio Grande do Sul, que congregue as quatro vigilâncias: epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador. A vigilância epidemiológica estuda os agravos à saúde que as moléstias causam à população, tentando diminuir as taxas de morbi-mortalidade a que a população está sujeita. A vigilância sanitária, que em épocas antigas era chamada de "Polícia Sanitária", o que por si só já demonstra suas características, tenta com sua atuação diminuir os riscos de agravos provocados por atividades e estabelecimentos de atenção à saúde não regulamentados pela legislação sanitária, o que poderia afetar a saúde da população. A vigilância ambiental preocupa-se com toda a interface entre o homem e o meio ambiente, tanto do ponto de vista das doenças originadas na natureza, como dos danos que o homem acarreta ao ambiente, e que, num segundo momento se voltam contra ele mesmo. E, por fim, a mais nova das vigilâncias, que é a da saúde do trabalhador, responsável, como seu nome diz, pela atenção à saúde do indivíduo em seu ambiente de trabalho, considerando todas as implicações adversas à sua saúde que o trabalho pode ocasionar. Cada uma dessas vigilâncias tem autonomia e características próprias. Os trabalhadores de saúde em cada uma delas têm sua maneira própria de pensar e de agir. Cada uma tem regras, normas e legislação próprias. Por aí já se vê que as dificuldades para integrá-las são muitas. Além disso, há o aspecto dos modelos e pensamentos arraigados, que são difíceis de ser contornados, aumentando ainda mais o rol de entraves que podem dificultar a criação desse Centro.

OBJETIVOS

Analisar a viabilidade da implantação de um Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) no RS;

Conhecer as condições políticas existentes na Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES-RS) para a implantação do CEVS;

Conhecer as condições econômicas existentes na SES-RS para a implantação do CEVS;

Conhecer as condições organizacionais existentes na SES-RS para a implantação do CEVS;

Conhecer as condições técnicas existentes na SES-RS para a implantação do CEVS;

Analisar a viabilidade política da implantação do CEVS;

Analisar a viabilidade econômica da implantação do CEVS;

Analisar a viabilidade organizacional da implantação do CEVS;

Analisar a viabilidade técnica da implantação do CEVS.

METODOLOGIA

A técnica utilizada na pesquisa foi um questionário distribuído aos servidores em atividade no CEVS da SES/

RS. Cabe salientar que o Centro já foi criado, mas legalmente ainda não foi efetivado.

Atualmente o CEVS conta com 165 servidores, sendo que 120 já estão instalados no prédio, desenvolvendo suas atividades na área técnica. Não se encontravam presentes no prédio durante o período da pesquisa 40 funcionários. Vários deles estavam em trabalho de campo, alguns em inspeções no interior do estado e outros ausentes por licença saúde/prêmio.

Foram então distribuídos 80 questionários, sendo que 62 foram respondidos, correspondendo a 77% de retorno. Os 62 questionários respondidos correspondem a 52% do total de servidores do CEVS em atividade técnica.

Este questionário foi distribuído aleatoriamente entre os técnicos, sem identificação.

O questionário utilizado continha 2 perguntas descritivas e 5 afirmações, onde foi utilizada uma escala de 5 pontos em que o funcionário deveria se basear para emitir sua opinião a respeito de cada afirmação, conforme o quadro abaixo:

1	2	3	4	5
DISCORDO PLENAMENTE	DISCORDO	NEUTRO	CONCORDO	CONCORDO PLENAMENTE

As respostas foram analisadas sob o ponto de vista da dimensão política, econômica, organizacional e técnica da viabilidade, aliadas à capacidade de decisão e à capacidade operacional, observando se o resultado é favorável ou não para a implantação do CEVS. Também foram analisadas as dimensões associadas à capacidade de permanência do programa implantado.

Do ponto de vista financeiro foram revisados documentos oficiais que normatizam o repasse de verba pública do Governo Federal para os estados e municípios a fim de que as ações de vigilância em saúde possam ser executadas com êxito. Estes documentos foram os escolhidos porque são legislações que ditam as regras do financiamento das ações e compra e manutenção de equipamentos vitais para que as atividades de vigilância possam ser executadas de uma forma transparente e eficaz.

RESULTADOS

Questão nº 1 – O que significa, na sua visão, vigilância em saúde?

- Promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde da população = 51 respostas (82%);
- Integralidade entre as vigilâncias = 22 respostas (35%).

Questão nº 2 – Como você vê a proposta de criação do CEVS?

- Um avanço em saúde pública = 32 respostas (52%);
- Um desafio = 6 respostas (10%);

¹ Resumo de monografia apresentada ao PPGA da UFRGS, para obtenção do Título de Especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, 2004

² Chefe da seção de Vigilância de Estabelecimento/DVS/SES
E-mail: rogerio-faermann@saude.rs.gov.br

- Uma proposta inovadora = 11 respostas (18%); - Uma proposta excelente = 13 respostas (21%);
- Uma proposta difícil = 14 respostas (22%).

Questão nº 3 – Existem condições operacionais na SES para implantar o CEVS com sucesso?

1 – 3 respostas = 5% 2 – 11 respostas = 18% 3 - 12 respostas = 19% 4 - 25 respostas = 40%
5 - 11 respostas = 18%

Questão nº 4 – Existem informações suficientes para que todos participem na efetivação do CEVS?

1 – 4 respostas = 6,5% 2 – 23 respostas = 37% 3 - 7 respostas = 11% 4 – 20 respostas = 32,5% 5 - 8 respostas = 13%

Questão nº 5 – Existe disposição efetiva, por parte dos dirigentes da SES, para efetivação do CEVS?

1 – 3 respostas = 5% 2 – 7 respostas = 11% 3 – 21 respostas = 34% 4 – 26 respostas = 42%
5 – 2 respostas = 8%

Questão nº 6 – Os profissionais hoje lotados no CEVS têm clareza sobre seus novos papéis e funções?

1 – 5 respostas = 8% 2 – 30 respostas = 48,5% 3 – 14 respostas = 22,5% 4 – 11 respostas = 18%
5 – 2 respostas = 3%

Questão nº 7 – A criação do CEVS expressa uma nova tendência de organização das vigilâncias, que vai além dos propósitos da atual direção da SES?

1 - 1 resposta = 1,5% 2 – 7 respostas = 11% 3 – 9 respostas = 15% 4 – 23 respostas = 37%
5 – 22 respostas = 35,5%

A viabilidade econômica está assegurada para a execução das ações de vigilância sanitária de média e alta complexidade, de acordo com a RDC nº 200 de 12/07/2002, onde os recursos federais para estados, municípios e Distrito Federal, estão regulamentados, com o objetivo de custear estas ações. Este custeio consiste em verbas para aquisição de equipamentos, materiais de consumo, veículos, gastos com transporte e diárias para servidores, além de capacidades para os mesmos.

Já as ações de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e de baixa complexidade de vigilância sanitária, são financiadas por verbas federais regidas pela Portaria nº 1172 de 15/06/2004. Esta Portaria substituiu a Portaria nº 1399 de 15/12/99, pois a nível federal já havia a preocupação de que as ações de vigilância deveriam ter uma abrangência maior. Houve uma mudança da aplicação dos recursos da área da epidemiologia e controle de doenças, para a área de vigilância em saúde. Esta Portaria se refere, além das ações de vigilância epidemiológica e ambiental, também às ações de vigilância sanitária de baixa complexidade.

Do ponto de vista financeiro, se toda a legislação referente ao embasamento legal do repasse de recursos federais para os estados e municípios para a realização destas ações for respeitada, e os recursos que são repassados ao estado e aos municípios forem devidamente utilizados em ações de vigilância em saúde, o CEVS tem todas as condições de ser implantado com sucesso, e assim permanecer atuando.

CONCLUSÃO

No quadro de Matus, abaixo podemos ver o resultado da pesquisa realizada entre os servidores lotados no CEVS, além da análise dos documentos oficiais que foram escolhidos para que se tivesse o embasamento suficiente que justificasse o projeto em questão. Estas duas maneiras de avaliação, em conjunto, dão um retrato do atual momento da vigilância em saúde no estado, seus pontos positivos, negativos, o que pode melhorar e, principalmente o que é viável.

VIABILIDADE	CAPACIDADE DE DECISÃO	CAPACIDADE DE ORGANIZAÇÃO	CAPACIDADE DE PERMANÊNCIA
DIMENSÃO POLÍTICA	SIM	SIM	SIM
DIMENSÃO ECONÔMICA	SIM	SIM	SIM
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	SIM	SIM	SIM
DIMENSÃO TÉCNICA	NÃO	NÃO	NÃO

Após a análise do questionário distribuído aos servidores e a análise de documentos oficiais, com o **SIM** se marca quando há a viabilidade e com o **NÃO** quando não há a viabilidade de implantação do CEVS.

Aplicando-se as respostas do questionário ao quadro de Matus, podemos concluir que a implantação e permanência do CEVS são viáveis. O único senão encontrado é que deve haver, por parte dos dirigentes, uma maior conscientização e distribuição dos papéis dos servidores, para que cada um saiba com clareza o porquê da implantação do Centro, e onde cada um é importante para o sucesso do empreendimento. Quanto à dimensão política do processo, metade do grupo de servidores participantes da pesquisa opinou que há, por parte da direção da SES, vontade política para a implantação. Como boa parte das respostas se mostrou neutra quanto a este aspecto, podemos afirmar também que este é um passo que pode ser resolvido para o sucesso do projeto, necessitando que haja um maior entendimento e discussão entre o grupo.

Analisando o questionário quanto às estratégias de construção da viabilidade, podemos afirmar que duas delas estão aqui presentes. Temos a cooperação entre os atores e a cooptação entre eles. Quanto ao conflito, acho que sua presença, se existe, não é notada ou não tem ainda força para atuar.

Concluo então que a implantação do Centro Estadual de Vigilância em Saúde no Rio Grande do Sul tem viabilidade favorável com restrições. É média a viabilidade, as restrições não são impeditivas, mas reformulações são necessárias para se obter pleno êxito.

REFERÊNCIAS

DEGANI, Vera C. Vigilância à Saúde: uma breve reflexão sobre a saúde individual e coletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, p. 49-57, 1999, n. especial.
 DEVER, Alan G.E. **Epidemiologia y Administracion de Servicios De Salud**. OPAS, OMS, 1991.
 MATUS, Carlos. **Política, Planejamento & Governo**. 2 ed. Brasília, DF: IPEA, 1996.
 MENDES, Eugênio V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. **Uma Agenda para a Saúde**, São Paulo, p. 233-295, 1996.
 O PLANEJAMENTO de saúde na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 2, n. 3, p. 85 – 87, jul / set. 1975.
 SILVA JÚNIOR, Carlos B. da. **Nova estrutura do Ministério**. Disponível em: <http://portal.saúde.gov.br>. Acesso: 29 abr.2004, 18h15.
 SOUZA, Maria de F. M. de; KALICHMAN, Artur O. Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida. In: ROUQUAYROL, Maria Z. **Epidemiologia & Saúde**, 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, p. 467-476, 1994.
 TEIXEIRA, Carmen F.; PAIM, Jairnilson S.; VILASBÔAS, Ana L. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 49-60, abril / jun. 1998.
 TEIXEIRA, Carmen F. Promoção e Vigilância da Saúde no contexto de regionalização da assistência à saúde no SUS. In: SEMINÁRIO SAÚDE E DESIGUALDADES: instituições e políticas públicas no século XXI, 2001, s.l. **Anais...** Rio de Janeiro: ENSP / FIOCRUZ, 2001. p. 178-191.
 WALDMAN, Eliseu Alves. Usos da Vigilância e da monitorização em Saúde Pública. **IESUS**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 7-26, jul / set, 1998.

SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVÍRUS (HANTAVIROSE)¹

A **Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus** é uma enfermidade infecciosa causada por um vírus, cujos doentes podem apresentar inicialmente febre, cansaço e dor nos músculos. Alguns apresentam também dor de cabeça, tonturas, calafrios, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e até tosse seca e síndrome de angústia respiratória aguda.

TRANSMISSÃO

É transmitida pela inalação de aerossóis (gotículas) e poeiras contaminadas pelo vírus contido na urina, fezes e saliva de roedores infectados.

RESERVATÓRIOS

Os reservatórios são pequenos mamíferos, principalmente roedores silvestres. Eles vivem nos matos nativos e junto às plantações de milho, cana-de-açúcar, capim elefante, amendoim, bambus e taquarais.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Cortar a grama, arbustos densos ao redor da casa em um raio de pelo menos 50 metros.
- Colocar pilhas de lenha e qualquer outro tipo de madeira sobre estrados elevados a pelo menos 30cm do solo e, se possível, a 30 metros ou mais de distância da casa.
- Remover fontes de água e alimentos para roedores num raio de 50 metros da casa.
- Os produtos e os alimentos armazenados no interior dos domicílios devem ser conservados em recipientes fechados à prova de roedores e a 40cm do solo com rateiras.
- Em locais onde haja coleta de lixo rotineira, os lixos orgânicos e inorgânicos devem ser acondicionados em latões com tampa bem-ajustada ou em sacos plásticos sobre suporte de aproximadamente 1,5 metro de altura do solo.
- Lixos orgânicos e inorgânicos, caso não exista coleta regular, devem ser enterrados separadamen-

te, respeitando-se uma distância mínima de 50 metros do domicílio.

- Armazenar grãos e ração de animais em recipientes à prova de roedores.
- Não deixar sobras da comida ou ração dos animais domésticos nos seus potes ou pratos depois que eles comerem.
- O produto colhido assim como restos de colheita não devem pernoitar no campo.
- Armazenar insumos agrícolas e outros objetos em galpões distantes pelo menos 30 metros do domicílio, sobre estrados de 40cm de altura.
- Armazenar produtos agrícolas (grãos hortifrutigranjeiros) em silos e tulhas situados a uma distância mínima de 30 metros do domicílio, sobre estrados com 40cm do solo com escada removível e rateiras dispostas em cada suporte.
- O armazenamento em estabelecimentos comerciais deve seguir as mesmas orientações para o armazenamento em domicílios e silos de maior porte.
- O plantio deve obedecer a uma distância mínima de 50 metros dos domicílios, separados das áreas silvestres.

¹ Os primeiros casos diagnosticados ocorreram no ano de 1988. Até novembro de 2004, foram confirmados 36 (trinta e seis) casos em 28 (vinte e oito) municípios, com uma taxa de letalidade de 53%.

ALERTA EPIDEMIOLÓGICO

No ano de 2004 foram registrados 31 (trinta e um) casos de hantavirose em municípios das regiões do meio oeste e proximidades de Florianópolis no Estado de Santa Catarina, com uma taxa de letalidade de 29%. Muitos destes ligaram-se às ratadas ocorridas por ocasião da floração das taquaras no meio rural. A ocorrência de casos no vizinho Estado, exige que a rede de assistência ambulatorial e hospitalar, esteja em alerta para as possíveis ocorrências de quadros clínicos respiratórios agudos caracterizados por pneumonias atípicas. Estes casos deverão ser imediatamente notificados ao sistema de vigilância municipal e estadual da saúde pública.

Errata do Encarte do Bol. Epidemiológico, v. 6, n. 2, jun., 2004

Calendários de Vacinação

Programa Estadual de Imunizações

Calendário Básico de Vacinação da Criança

(3) A vacina contra Febre Amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residem ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

Calendário Básico de Vacinação do Adulto e do Idoso

Onde se lê 60 anos ou mais pneumococo(6) dose anual, leia-se 60 anos ou mais pneumococo(6) dose única.

Número de casos das doenças de notificação compulsória por CRS de residência, RS, 2003*-2004*

C R S	Doença Menin- gocócica ⁽¹⁾		Meningite p/ Haemophilus ⁽¹⁾		Hepatite B ⁽¹⁾		Hepatite C ⁽¹⁾		Sarampo ⁽¹⁾		Rubéola ⁽⁵⁾		Coqueluche ⁽²⁾		Febre Tifóide ⁽²⁾		Sífilis Congênita ⁽²⁾		Difteria ⁽²⁾	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
1 ^a	88	54	6	1	139	149	298	604	0	0	2	2	49	136	0	2	142	33	2	2
2 ^a	8	10	0	0	27	28	34	37	0	0	2	0	11	21	0	0	2	2	3	0
3 ^a	16	13	0	1	34	18	70	92	0	0	1	1	3	8	0	0	13	2	0	0
4 ^a	2	8	0	1	11	10	6	7	0	0	0	0	1	11	0	0	3	5	0	0
5 ^a	14	8	0	0	185	137	100	82	0	0	1	2	6	15	0	0	36	16	0	1
6 ^a	5	4	0	0	75	93	54	104	0	0	2	0	20	14	1	0	13	2	1	0
7 ^a	1	1	1	0	17	2	36	47	0	0	0	0	7	3	0	0	0	0	1	4
8 ^a	1	1	0	0	6	7	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
9 ^a	0	0	0	0	12	6	6	3	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
10 ^a	12	13	0	0	15	6	29	48	0	0	0	3	2	1	0	0	8	0	2	1
11 ^a	1	0	1	1	35	26	2	11	0	0	0	0	1	0	12	1	0	0	0	0
12 ^a	0	1	0	0	7	5	2	7	0	0	0	1	1	5	0	0	0	0	1	0
13 ^a	7	4	0	0	19	18	12	10	0	0	1	1	6	15	0	0	2	0	0	0
14 ^a	0	2	1	0	39	29	1	2	0	0	1	0	3	0	4	1	0	1	0	0
15 ^a	1	2	0	0	10	14	2	3	0	0	0	0	8	11	0	0	1	2	0	0
16 ^a	0	0	0	0	3	13	5	13	0	0	2	1	1	6	0	0	0	0	0	0
17 ^a	0	0	0	0	13	9	6	6	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
18 ^a	6	4	1	0	16	11	53	53	0	0	1	1	11	15	0	0	5	9	0	0
19 ^a	2	2	0	0	7	2	3	3	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	3	3
RS	164	127	10	4	670	583	721	1134	0	0	14	12	133	264	18	4	227	74	13	11

C R S	Tétano Acidental ⁽²⁾		Tétano Neonatal ⁽¹⁾		Dengue ⁽⁴⁾		Leptospirose ⁽¹⁾		Malária ⁽⁴⁾		Hantavírus ⁽⁴⁾		**PFA ⁽¹⁾		Tuberculose ⁽⁴⁾		Hanseníase ⁽⁴⁾		AIDS ⁽⁴⁾	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
1 ^a	12	9	0	0	25	5	124	28	12	7	4	4	6	10	2016	1510	29	10	1336	760
2 ^a	3	1	0	0	0	0	24	6	0	2	14	7	3	2	298	195	11	2	109	79
3 ^a	1	1	0	0	0	0	67	17	0	0	4	4	0	0	260	241	8	0	114	62
4 ^a	2	1	0	0	1	0	56	9	0	0	0	0	1	0	123	86	12	4	48	20
5 ^a	1	5	0	0	6	1	10	1	2	0	7	3	2	3	179	121	9	14	102	82
6 ^a	5	1	0	0	3	2	0	0	1	4	3	1	0	1	70	73	8	4	58	28
7 ^a	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	54	54	0	0	3	5
8 ^a	2	3	0	0	2	0	12	0	0	0	1	1	1	0	58	50	1	1	13	8
9 ^a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	10	1	0	7	0
10 ^a	2	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	2	0	2	179	192	37	17	76	17
11 ^a	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	2	0	2	18	24	4	1	7	9
12 ^a	1	3	0	0	0	2	3	0	0	0	3	0	1	0	39	29	11	6	10	5
13 ^a	3	4	1	0	2	0	153	26	0	0	6	1	1	0	58	42	5	2	29	14
14 ^a	0	0	0	0	2	1	17	6	0	1	0	0	0	0	12	18	4	8	8	4
15 ^a	1	1	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	10	14	15	0	4	7
16 ^a	2	1	0	0	2	0	24	3	3	0	2	2	1	0	59	44	1	3	25	15
17 ^a	2	1	0	0	2	1	7	2	0	1	4	1	0	1	28	32	7	11	5	4
18 ^a	2	1	0	0	1	1	7	5	1	3	1	0	0	0	108	110	6	0	64	17
19 ^a	3	2	0	0	1	0	3	0	2	2	0	0	0	0	15	18	19	16	7	0
RS	43	35	2	0	47	14	512	106	22	21	53	28	17	22	3601	2863	188	99	2025	1136

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

* Dados preliminares até setembro

** Paralisia Flácida e Aguda

⁽¹⁾ Casos confirmados

⁽²⁾ Casos notificados

⁽³⁾ Casos confirmados importados

⁽⁴⁾ Casos novos

⁽⁵⁾ Casos confirmados do banco paralelo da DVE

Obs.: Não ocorreram casos de RAIVA, CÓLERA, POLIOMIELITE, FEBRE AMARELA e PESTE.

EXPEDIENTE

O Boletim Epidemiológico é um instrumento de informação técnica em saúde, editado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, com periodicidade trimestral, disponível no endereço eletrônico www.saude.rs.gov.br

Conselho Editorial

Airton Fischmann, Ana Luiza Trois de Miranda, Marilina Bercini, Rosângela Sobieszczanski e Waldivia Lehnemann

Bibliotecária Responsável

Geisa Costa Meirelles

Jornalista Responsável

Jorge Olavo de Carvalho Leite
Coordenador da Assessoria de Comunicação Social / SES - Reg. Prof. 3006/RS

Tiragem

20 mil exemplares

Endereço para Correspondência

Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)
Rua Domingos Crescêncio, 132, 2º andar
Porto Alegre - RS - CEP 90650-090
Fones (51) 3901.1107 / 3901.1109
E-mail: boletimepidemiologico@saude.rs.gov.br