

ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS DE VACINAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA EM REGIÕES DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Maria Tereza Schermann, Mariana Aparecida Porto¹

1 - Municípios da 12^a, 14^a e 19^a Coordenadoria Regional de Saúde, 2001 a 2006

A morte de macacos durante o mês de maio de 2001 nos municípios de Garruchos e Santo Antônio das Missões, na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, impôs o desenvolvimento de ações que contaram com o apoio do então Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde, do Instituto Evandro Chagas de Belém do Pará, do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente/RS e das Secretarias Municipais de Saúde dos dois municípios.

A comprovação da circulação de vírus amarílico no Estado ocorreu no momento em que foi identificada a presença de focos de *Aedes aegypti* em um número crescente de municípios, fato que determinou a reavaliação da situação do Rio Grande do Sul, até então considerado área inde- para a febre amarela.

Foram realizadas investigações tanto do ponto de vista ambiental como epidemiológico, com vistas à implantação da vigilância de casos de Síndrome Íctero Febril e discussão sobre a adoção de estratégia de vacinação para grupos de risco. Os municípios envolvidos nas investigações pertencem à 12^a, 14^a e 19^a Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual da Saúde.

As ações de vacinação contra a febre amarela tiveram dois objetivos:

- Evitar a ocorrência de casos de Febre Amarela Silvestre;
- Impedir a reurbanização da doença.

Considerando que a circulação viral foi confirmada, a estratégia de vacinação foi definida com base na identificação de áreas de risco, de acordo com os seguintes critérios:

a) municípios com ocorrência de mortes de macacos confirmadas;

CRITÉRIO A:

CRS	MUNICÍPIO
12 ^a	GARRUCHOS
12 ^a	SANTO ANTÔNIO DAS MISSÕES

b) municípios contíguos aos de ocorrência de mortes de macacos confirmadas;

CRITÉRIO B:

CRS	MUNICÍPIO
12 ^a	ITACURUBI
12 ^a	SÃO BORJA
12 ^a	BOSSOROCA
12 ^a	SÃO LUIZ GONZAGA
12 ^a	SÃO NICOLAU

c) municípios ribeirinhos ao rio Uruguai;

CRITÉRIO C:

CRS	MUNICÍPIO
12 ^a	PIRAPÓ
12 ^a	PORTO XAVIER
12 ^a	ROQUE GONZALES
14 ^a	ALECRIM
14 ^a	CRISSIUMAL
14 ^a	DOCTOR MAURÍCIO CARDOSO
14 ^a	NOVO MACHADO
14 ^a	PORTO LUCENA
14 ^a	PORTO MAUÁ
14 ^a	PORTO VERA CRUZ
19 ^a	ALPESTRE
19 ^a	BARRA DO GUARITA
19 ^a	CAIÇARA
19 ^a	DERRUBADAS
19 ^a	ESPERANÇA DO SUL
19 ^a	IRAÍ
19 ^a	PINHEIRINHO DO VALE
19 ^a	TIRADENTES DO SUL
19 ^a	VICENTE DUTRA
19 ^a	VISTA ALEGRE

d) municípios contíguos aos ribeirinhos do Rio Uruguai.

CRITÉRIO D:

CRS	MUNICÍPIO
12 ^a	DEZESSEIS DE NOVEMBRO
14 ^a	CAMPINA DAS MISSÕES
14 ^a	CÂNDIDO GODOI
14 ^a	HORIZONTALINA
14 ^a	NOVA CANDELÁRIA
14 ^a	SANTO CRISTO
14 ^a	SÃO PAULO DAS MISSÕES
14 ^a	TUCUNDUVA
14 ^a	TUPARENDI
19 ^a	AMETISTA DO SUL
19 ^a	FREDERICO WESTPHALEN
19 ^a	PALMITINHO
19 ^a	PLANALTO
19 ^a	TENENTE PORTELA
19 ^a	TRÊS PASSOS
19 ^a	VISTA GAÚCHA

A seguir, apresenta-se a relação de municípios que desenvolveram as estratégias específicas de vacinação, conforme os critérios de definição de área de risco. Salientamos que a distribuição dos municípios por Coordenadoria Regional de Saúde, é relativa ao ano de 2005.

A vacina contra a febre amarela é indicada para prevenir a doença e pode ser aplicada a partir dos seis meses

¹ Núcleo de Imunizações/DVE/CEVS/SES/RS
E-mail: imunizaçõesrs@saude.rs.gov.br

de idade nas áreas endêmicas (onde há casos humanos).

Nas regiões onde há casos de febre amarela entre macacos (áreas enzoóticas ou epizooticas), mas não entre seres humanos, a vacina é utilizada a partir dos nove meses de idade conforme preconiza o Programa Nacional de Imunizações (PNI). No Rio Grande do Sul, foi seguida esta orientação e utilizada a vacina produzida pela Fundação Oswaldo Cruz – Biomanguinhos.

O esquema básico de vacinação corresponde a uma dose. O reforço deve ser administrado a cada dez anos.

As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam as coberturas vacinais atingidas na 12^a, 14^a e 19^a Coordenadorias Regionais de Saúde na estratégia adotada no ano de 2001.

Tabela 1 – Cobertura Vacinal para a Febre Amarela em municípios da 12^a Coordenadoria Regional de Saúde, 2001.

CRS	Município	POP	Doses	COB %
	Bossoroca	7.736	6.238	80,64
	Dezesseis de Novembro	3.378	3.075	91,03
	Garruchos	3.739	4.192	112,12
	Itacurubi	3.519	2.990	84,97
	Pirapó	3.291	3.653	111,00
12 ^a	Porto Xavier	11.221	7.067	62,98
	Roque Gonzales	7.677	7.610	99,13
	Santo Antônio das Missões	12.657	8.439	66,67
	São Borja	65.292	42.727	65,44
	São Luiz Gonzaga	36.447	37.824	103,78
	São Nicolau	6.347	5.642	88,89

Fonte: Programa Estadual de Imunizações/DVE/CEVS/SES

Tabela 2 – Cobertura Vacinal para a Febre Amarela em municípios da 14^a Coordenadoria Regional de Saúde, 2001.

CRS	Município	POP	Doses	COB %
	Alecrim	8.287	7.054	85,12
	Campina das Missões	6.916	7.048	101,91
	Cândido Godói	6.997	6.816	97,41
	Crissiumal	14.862	11.487	77,29
	Doutor Maurício Cardoso	6.220	5.139	82,62
	Horizontina	17.749	15.116	85,17
	Nova Candelária	2.852	2.607	91,41
14 ^a	Novo Machado	4.627	4.259	92,05
	Porto Lucena	6.313	4.987	79,00
	Porto Mauá	2.783	3.469	124,65
	Porto Vera Cruz	2.421	2.420	99,96
	Santo Cristo	14.893	13.598	91,30
	São Paulo das Missões	7.021	6.406	91,24
	Tucunduva	6.252	8.801	140,77
	Tuparendi	9.500	11.992	126,23

Fonte: Programa Estadual de Imunizações/DVE/CEVS/SES

Tabela 3 – Cobertura Vacinal para a Febre Amarela em municípios da 19^a Coordenadoria Regional de Saúde, 2001.

CRS	Município	POP	Doses	COB %
	Alpestre	9.847	7.658	77,77
	Ametista do Sul	7.542	6.497	86,14
	Barra do Guarita	2.922	2.341	80,12
	Caiçara	5.504	4.158	75,55
	Derrubadas	3.619	2.843	78,56
	Esperança do Sul	3.669	2.618	71,35
	Frederico Westphalen	26.935	19.063	70,77
	Iraí	9.061	6.212	68,56
19 ^a	Palmitinho	6.959	6.261	89,97
	Pinheiro do Vale	4.102	3.378	82,35
	Planalto	11.162	9.873	88,45
	Tenente Portela	14.179	13.572	95,72
	Tiradentes do Sul	7.307	8.611	117,85
	Três Passos	24.405	19.174	78,57
	Vicente Dutra	6.073	3.542	58,32
	Vista Alegre	2.974	2.678	90,05
	Vista Gaúcha	2.675	2.369	88,56

Fonte: Programa Estadual de Imunizações/DVE/CEVS/SES

Observa-se que as coberturas vacinais assumem uma heterogeneidade nítida, nos diferentes municípios. Com relação às coberturas acima de 100%, pode-se afirmar uma associação com a epizootia, determinando forte sensibilização da comunidade, não só nos municípios de ocorrência como também nos limítrofes.

Segundo Porto (2004, p. 25), “é fundamental entender a população no seu espaço vivido. As pessoas vivem no território real, onde diversos atores sociais, vivendo diferentes situações, redesenham o território”. Um exemplo de redesenho são as coberturas vacinais reais. As doses aplicadas são registradas no município onde foram administradas não sendo computadas no município de origem.

Os dados do indicador clássico de cobertura vacinal podem apresentar distorções relativas ao registro das doses aplicadas conforme exemplificado anteriormente.

Avaliações desenvolvidas por estudos de campo, permitem corrigir as informações obtidas pelos métodos administrativos uma vez que os resultados não são influenciados por fatores como invasão, evasão de demanda e duplicidade de registro.

No Rio Grande do Sul, a vacina contra a febre amarela é indicada a partir dos 9 meses de idade com reforço a cada dez anos. As Tabelas 4 e 5 apresentam a cobertura vacinal atingida em menores de 1 ano, no período de 2001 a 2006. O denominador utilizado para o cálculo das coberturas vacinais refere-se a base de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Pedrazzani et al. (2002, p. 832), ressaltam que uma base de dados organizada e completa sobre a população atendida e a incorporação da informatização, contribuem para o acompanhamento da situação de proteção da população.

2 - Municípios da 4^a coordenadoria regional de saúde, 2002 a 2006

Nova epizootia foi notificada no município de Jaguarí em novembro de 2002, na região Central do Estado do Rio Grande do Sul, pertencente à 4^a Coordenadoria Regional de Saúde. Anteriormente já havia sido notificada a morte de primatas no município de Mata, limítrofe com Jaguarí.

Esta situação determinou a vacinação da população nestas áreas e a indicação de agregá-las, aos 43 municípios da região Noroeste do Estado, classificados como áreas de transição.

Ressalta-se que as investigações ambiental e epidemiológica têm permitido o conhecimento oportuno da situação, para que sejam desencadeadas medidas de prevenção e controle. A vacinação tem por finalidade a proteção contra a doença e a consequente formação de barreira em oposição à propagação da febre amarela.

Nos municípios de Jaguarí e Mata a vacinação foi realizada a partir dos nove meses de idade, com estratégias diversificadas, inclusive casa a casa na zona rural, tendo-se como meta atingir 100% dos suscetíveis.

Os sete municípios limítrofes à Jaguarí e Mata, a saber: Jari, Nova Esperança do Sul, Santiago, São Francisco de Assis, São Pedro do Sul, São Vicente do Sul e Toropi, foram incluídos para realizar vacinação contra a febre amarela.

A Tabela 6 apresenta as coberturas vacinais alcançadas nos municípios considerados áreas de transição e seus limítrofes.

A estratégia de vacinação foi desencadeada no mês de dezembro de 2002, estendendo-se ao ano seguinte. Arbitrariamente decidiu-se, para fins de cálculo de cobertura, que o numerador seria composto pelo somatório de doses aplicadas em 2002 e 2003 e o denominador pela população estimada para o ano de 2003.

A tabela 7 apresenta as coberturas vacinais para menores de 1 ano, a partir do ano de 2004.

Na rotina dos serviços de saúde, os dados de cobertura vacinal são obtidos a partir do número de doses aplicadas e estão sujeitos a uma série de imprecisões relacionadas ao registro. Também é importante mencionar que alterações na estrutura etária da população, ocasionadas pelas mudanças na taxa de natalidade, aumento da expectativa de vida e movimentos migratórios interferem no cálculo das coberturas vacinais.

Tabela 4 – Acompanhamento da cobertura vacinal para menores de 1 ano em municípios da 12ª e 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2001 a 2006.

CRS / Município	Ano						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
12ª	Bossoroca	50,00	91,43	102,38	97,89	118,31	87,01
	Dezesseis de Novembro	50,00	95,74	188,00	83,72	129,03	110,00
	Garruchos	61,76	69,44	113,33	112,77	180,00	164,71
	Itacurubi	59,46	47,62	58,97	102,63	75,00	113,89
	Pirapó	100,00	112,00	87,50	96,30	150,00	107,69
	Porto Xavier	41,75	100,00	113,33	68,67	98,54	78,47
	Roque Gonzales	19,30	92,86	148,61	97,75	123,17	118,67
	Santo Antônio das Missões	41,94	131,48	138,16	117,24	109,40	103,29
	São Borja	36,05	60,59	71,09	85,46	102,46	87,28
	São Luiz Gonzaga	55,73	97,12	94,53	112,00	90,00	96,23
	São Nicolau	68,81	114,14	113,48	102,30	128,38	145,00
	Alecrim	69,41	112,50	116,92	127,14	123,73	129,63
	Campina das Missões	62,50	80,82	112,12	93,10	110,20	87,27
	Cândido Godói	81,97	85,53	137,74	89,04	95,83	108,96
	Crissiumal	57,23	70,81	106,98	110,40	104,73	98,13
	Doutor Maurício Cardoso	92,16	81,16	96,72	120,37	130,00	100,00
	Horizontina	38,89	89,08	90,48	88,73	96,98	104,17
	Nova Candelária	59,09	92,31	103,45	152,38	100,00	166,67
14ª	Novo Machado	86,67	111,76	107,50	145,95	102,22	105,13
	Porto Lucena	30,16	103,57	90,74	83,33	127,27	161,29
	Porto Mauá	56,67	85,19	100,00	78,57	142,86	128,57
	Porto Vera Cruz	34,38	130,00	105,26	100,00	129,41	126,67
	Santo Cristo	50,56	100,00	105,03	81,14	112,16	94,16
	São Paulo das Missões	50,00	81,33	124,24	86,52	126,56	72,37
	Tcunduva	43,33	101,45	100,00	100,00	133,96	125,00
	Tuparendi	85,96	67,07	88,75	97,47	101,37	91,78

Fonte: SI - API/DVE/CEVS/SES

Tabela 5 – Acompanhamento da cobertura vacinal para menores de 1 ano em municípios da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2001 a 2006.

CRS / Município	Ano						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
19ª	Alpestre	37,74	87,04	116,50	101,68	100,00	102,91
	Ametista do Sul	44,90	55,56	114,50	68,00	127,03	100,65
	Barra do Guarita	36,84	200,00	142,86	80,95	158,33	100,00
	Caiçara	47,37	83,72	122,41	87,50	85,00	114,58
	Derrubadas	57,35	122,81	92,31	61,36	77,55	140,00
	Esperança do Sul	27,40	70,91	57,69	57,58	80,00	88,37
	Frederico Westphalen	58,06	112,26	94,71	95,49	84,40	92,88
	Iraí	64,46	70,07	90,30	107,96	85,98	74,55
	Palmitinho	60,19	107,69	102,53	64,58	134,67	96,34
	Pinheirinho do Vale	29,03	36,67	90,91	130,43	111,11	82,61
	Planalto	76,16	117,13	147,65	124,18	130,07	144,27
	Tenente Portela	27,09	41,74	117,67	86,67	89,18	79,46
	Tiradentes do Sul	38,94	120,59	106,80	59,43	63,10	86,11
	Três Passos	46,95	89,66	91,84	86,23	103,64	98,38
	Vicente Dutra	30,16	70,00	80,43	97,87	81,63	107,53
	Vista Alegre	14,00	56,52	73,53	93,33	79,07	128,57
	Vista Gaúcha	43,90	85,29	91,18	94,29	126,09	81,82

Fonte: SI - API/DVE/CEVS/SES

Tabela 6 – Cobertura Vacinal para a Febre Amarela em municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2002 e 2003.

MUNICÍPIO	2002		2003		SOMATÓRIO DAS DOSES	POP 2003	COBERTURA VACINAL
	POP	DOSES	POP	DOSES			
Jaguari	12.433	10.222	12.408	1.912	12.134	12.408	97,79
Jari	3.723	1.161	3.710	2.399	3.560	3.710	95,96
Mata	5.574	5.266	5.574	721	5.987	5.574	107,41
Nova Esperança do Sul	4.099	3.027	4.140	1.312	4.339	4.140	104,81
Santiago	50.528	11	50.802	32.813	32.824	50.802	64,61
São Francisco de Assis	20.742	11.670	20.711	1.715	13.385	20.711	64,63
São Pedro do Sul	16.957	10.090	16.942	3.166	13.256	16.942	78,24
São Vicente do Sul	8.496	7.216	8.570	202	7.418	8.570	86,56
Toropi	3.187	2.247	3.183	1.961	4.208	3.183	132,20

Fonte: Programa Estadual de Imunizações/DVE/CEVS/SES

Tabela 7 – Acompanhamento da cobertura vacinal para menores de 1 ano em municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2004, 2005 e 2006.

CRS/Município	Ano		
	2004	2005	2006
Jaguari	81,45	85,16	83,19
Jari	82,00	113,89	81,58
Mata	87,14	120,00	131,58
Nova Esperança do Sul	142,00	82,54	124,00
4ª Santiago	74,93	86,68	73,62
São Francisco de Assis	108,98	132,99	78,64
São Pedro do Sul	111,86	111,39	106,86
São Vicente do Sul	100,00	129,35	104,04
Toropi	94,74	100,00	104,04

Fonte: SI - API/DVE/CEVS/SES

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o documento da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA), Concepção e Estruturação, a disponibilização adequada e oportuna de indicadores sobre as condições de saúde e suas tendências, proporciona o aperfeiçoamento da capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas voltadas para a qualidade de saúde e de vida da população (RIPSA, 2004).

O conhecimento da cobertura vacinal tem grande importância para se programar as ações de vigilância epidemiológica, uma vez que, torna possível o acompanhamento de suscetíveis na população e também para estimar até que ponto a imunidade de massa representa uma barreira efetiva para a propagação da doença.

A existência de dados, com a máxima qualidade possível e cuja análise gere informação necessária sobre a real situação de proteção das populações, deve subsidiar a discussão e propostas que envolvam elaboração de microplanos para responder às situações de confirmação de circulação do vírus da febre amarela.

Fundamentada na idéia de que o estado de saúde é heterogêneo, a organização e atuação dos serviços locais também não deveriam ser uniformes. Cada local deve ser estimulado a analisar suas possibilidades de utilização de metodologias de apoio à análise de situação de saúde.

REFERÊNCIAS

PEDRAZZANI, Elisete Silva. et al. Implantação de um banco de dados em vacinação: experiência desenvolvida em um projeto de integração. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 831-836, nov./dez. 2002.

PORTO, Mariana Aparecida. **Cobertura vacinal no Rio Grande do Sul: novos instrumentos de busca de informações para ampliar a ação gerencial**. 2004. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde), Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSA . CONCEPÇÃO E ESTRUTURAÇÃO. Relatório da 3ª Oficina Interagencial. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/rnis/RIPSA/Ripsa-01.htm>> . Acesso em: 25 mai. 2004.

Palavras-chave: Imunização. Febre amarela. Rio Grande do Sul. Vigilância Ambiental em Saúde. Vigilância Epidemiológica.

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO – PASSO FUNDO-RS, 2004-2006

INTRODUÇÃO

Profissionais de diversas áreas de atividade laboral são suscetíveis de sofrer exposição ocupacional com possibilidade de contaminação por agentes bacterianos e virais, tais como os vírus da hepatite B e C e os vírus da imunodeficiência humana (HIV). A contaminação pode ocorrer por meio do contato com sangue, secreções e fluídos orgânicos potencialmente infectantes, seja no contato destes com pele não íntegra, mucosas ou percutâneo. Ainda, os objetos perfurocortantes (agulhas, bisturi, dentre outros), são muitas vezes colocados indevidamente no lixo doméstico ou hospitalar.

Segundo informações do Ministério da Saúde, o risco médio de se adquirir o HIV nestas situações é de, aproximadamente, 0,3% após exposição percutânea e, de 0,09 % após exposição mucocutânea (BRASIL, 2004). Em exposições percutâneas o risco de adquirir hepatite B varia de 22,0% a 31,0% e Hepatite C é de 1,8% (variando de 0 a 7%).

No município de Passo Fundo, a partir da publicação da Norma Técnica Operacional do Ministério da Saúde, foi estabelecido o fluxo do acidente biológico por meio do Programa de Exposição Ocupacional à Material Biológico. O Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador, cria-

do em 1995, atual Núcleo de Vigilância da Saúde do Trabalhador, é responsável pelo atendimento e assessoramento desses acidentes no município.

Por meio de um estudo descritivo amplo foi possível caracterizar os principais fatores que determinam os acidentes ocupacionais com risco de exposição a material biológico ocorridos no município de Passo Fundo, no período de fevereiro de 2004 a julho de 2006.

METODOLOGIA

Os dados foram coletados a partir da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), da Notificação de Acidente de Trabalho do Estado, do Relatório Individual de Notificação de Agravado (RINA) e registros do Núcleo de Vigilância da Saúde do Trabalhador do Município de Passo Fundo.

¹ Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Trabalho (Giest Universidade de Passo Fundo (UPF). E-mail: moretto@upf.br

² Núcleo de Vigilância da Saúde do Trabalhador, Prefeitura Municipal de Passo Fundo. E-mail: volnete@pmpf.rs.gov.br

³ Programa DST/AIDS. Prefeitura Municipal de Passo Fundo. E-mail: adro@brturbo.com.br

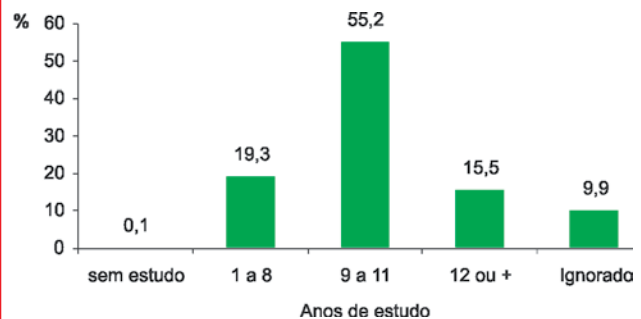
⁴ Médica pela Universidade de Passo Fundo (UPF). E-mail: likareis@brturbo.com.br

Cleide Fátima Moretto¹
Volnete Regina Pizzi²
Adro Ubiratã Linhares dos Reis³
Aline Weiller dos Reis⁴

RESULTADOS

Foram analisados os 796 casos de acidentes notificados no período. Destes, 76,4% ocorreram em trabalhadores do sexo feminino, e a idade variou entre 17 e 67 anos, com predominância entre 21 e 25 anos. Salienta-se que a maior parte dos acidentados (55,2%) tem entre 9 e 11 anos de estudo (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição dos casos de acidentes ocupacionais, segundo a escolaridade, Passo Fundo, jan. 2004 a jun. 2006.



Com relação à instituição de origem, a maior parte dos casos ocorreu em hospitais, seguido por estabelecimentos de ensino e ambulatórios/Centro de Saúde (Tabela 8). Entre os profissionais que se acidentaram com maior frequência estão o técnico e o auxiliar de enfermagem, o estudante da área da saúde, o médico, o auxiliar de sanificação e o enfermeiro (Tabela 9).

Tabela 8 - Distribuição dos casos de acidentes ocupacionais, segundo Instituição de origem, Passo Fundo, jan. 2004 a jun. 2006.

Instituição de Origem	Nº	%
Hospital	551	69,22
Estabelecimento de ensino	135	16,96
Ambulatório/centro de saúde	51	6,41
Clínica ou consultório odontológico	9	1,13
Usina de reciclagem	9	1,13
Clínica de pronto atendimento	8	1,01
Empresa de coleta de resíduos urbano	7	0,88
Hemocentro	6	0,75
Empresa de coleta de resíduos de serviços de saúde	6	0,75
Outros	6	0,75
Laboratório de análises clínicas	5	0,63
Pronto atendimento móvel	2	0,25
Doméstico	1	0,13
Total	796	100,00

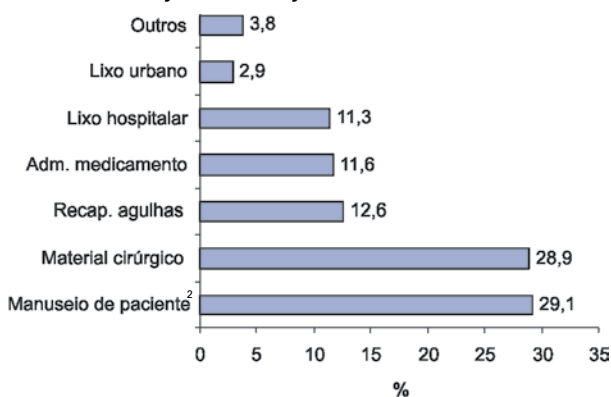
Tabela 9 - Distribuição dos casos de acidentes ocupacionais, segundo ocupação, Passo Fundo, jan. 2004 a jun. 2006.

Ocupação	Nº	%
Técnico em enfermagem	277	34,8
Auxiliar de enfermagem	183	23,0
Estagiário	131	16,4
Médico	48	6,0
Auxiliar de sanificação	40	5,0
Enfermeiro	31	3,9
Odontólogo	12	1,5
Auxiliar administrativo	12	1,5
Reciclador de resíduo	11	1,4
Gari	10	1,2
Auxiliar de laboratório	10	1,2
Auxiliar de lavanderia	9	1,1
Auxiliar de odontologia	8	1,0
Outros ²	14	1,8
Total	796	100

Quando se examina o tipo de exposição, percebe-se que a maior parte dos casos (77,8%) ocorreu por exposição percutânea, 13,1% via mucosa e 8,9% pelo contato com a pele não íntegra. Já com relação ao tipo de material, a predominância dos casos foi com sangue (92,6%) e com secreção (3,8%).

No que se refere à situação geradora do acidente a maior frequência ocorreu pelo manuseio de paciente, seguido de material cirúrgico e pelo recapeamento de agulhas (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos casos de acidentes ocupacionais, segundo situação que causou o acidente, Passo Fundo, jan. 2004 a jun. 2006.



CONCLUSÕES

Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos acidentes ocorreram no sexo feminino, em ambiente hospitalar, entre profissionais da área da saúde, por exposição percutânea e em contato com sangue. Importante lembrar que apesar de significativos estes resultados ainda evidenciam uma subnotificação, principalmente, de trabalhadores de outras áreas, com atividades informais, muitas vezes em situações precárias, em via pública ou em esteiras de reciclagem.

Destacam-se as ações adotadas no município e a importância de um fluxo de acolhimento, aconselhamento pré e pós-teste, bem como do acompanhamento do período chamado de janela imunológica, ou seja, o tempo que o organismo leva para produzir anticorpos contra vírus da hepatite B, C e HIV. Salienta-se ainda, em relação à qualidade dos equipamentos de proteção coletiva, como dos coletores de material pérfuro-cortante, que devem ser de paredes rígidas, resistentes à punção, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, atendendo a norma que regulamenta esse procedimento. É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para reaproveitamento, e as agulhas devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

Ao mesmo tempo em que as evidências identificam o quanto o trabalhador da área da saúde está exposto aos acidentes ocupacionais, percebe-se que os desafios em termos de políticas públicas são imensos para acolher um grande número de trabalhadores vulneráveis totalmente excluídos de proteção social. Acredita-se que a informação e os processos de formação educacional e profissional sejam importantes para ação de prevenção de acidentes na sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/TEM. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador** - PNSST. Brasília, DF: 2004.

MORETTO, C. F.; PIZZI, V. R.; REIS, A. U. L. dos; REIS, A. W. dos. Work and Occupational Exposure to the Biological Material: evidences in Southern Brazil. In: **CRITEOS INTERNATIONAL FORUM 2006**, Lisbon. New Challenges in Work, Health and Effectiveness Research, 2006.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde do Trabalhador. Passo Fundo. Rio Grande do Sul. Doenças Profissionais.

² Outros profissionais com frequência < 3 casos

UM NOVO OLHAR PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA: O GRANDE DESAFIO

Jussara E. S. Figueiredo¹
Silvana A. F. de Souza Schons²

INTRODUÇÃO

As ações da Vigilância Sanitária correspondem a uma das mais antigas faces da Saúde Pública. Em épocas remotas da sociedade já encontramos vestígios do exercício de controle sobre os elementos essenciais da vida e da saúde em sociedade. Nos povos da Antigüidade é possível observar preocupações com a prática médica e também o cuidado com a conservação dos medicamentos e alimentos (TEIXEIRA, 2001, p.15).

O trabalho dos profissionais da vigilância sanitária por muito tempo foi constituído como polícia sanitária, tendo como finalidade proibir o charlatanismo, fiscalizar embarcações, cemitérios e áreas de comércio de alimentos. Com a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS surge um novo conceito de vigilância sanitária que é o de prevenir riscos à saúde e promover qualidade de vida. A mudança de paradigma dos profissionais que trabalham na Vigilância Sanitária, se torna um instrumento de extrema importância, pois contribui para desconstituir a idéia de polícia sanitária. Porém é preciso que o profissional esteja mobilizado a pensar e fazer vigilância sanitária dentro do contexto do SUS; trabalhar na lógica do controle social. Neste contexto a capacitação pontua como facilitador para que o profissional da vigilância seja um agente em saúde, contribuindo para repensar sua prática e construir um modo de vida mais saudável para todos. Portanto, o grande desafio é o de que não basta normatizar é preciso planejar, informar e ouvir. A vigilância deverá estabelecer canais de interlocução com os cidadãos consumidores e usuários, para que sua atuação seja mais efetiva e ética, voltada à concretização dos direitos de uma cidadania ativa e permanente. Deste modo no Estado há um exemplo de uma ação educativa que é o Projeto Pequenos Vigilantes.

O Projeto Pequenos Vigilantes realizado, desde o ano de 2003, pela Vigilância Sanitária de Alimentos do município de Montenegro-RS, foi desenvolvido junto a doze Escolas de Ensino Fundamental pertencentes à Zona Urbana e Rural do Município, envolvendo também em sua execução diversos atores como: professores, alunos, comerciantes do ramo da alimentação, mídia local, Conselho Municipal de Saúde. O principal objetivo é o de demonstrar que as ações educativas em Vigilância Sanitária podem ser um importante instrumento na construção de um quadro promissor em saúde e também, refletir sobre a questão da interdisciplinaridade e intersetorialidade como fundamentos necessários para a busca da qualidade de vida. Este projeto vem conquistando a adesão de todos os sujeitos envolvidos como uma aposta de formação concreta no desenvolvimento da consciência sanitária. Cabe destacar que a partir dos projetos preventivos na área da saúde em especial os desenvolvidos na Vigilância Sanitária Municipal no ano de 2005 não foram registrados nenhum caso de doença transmitida por alimentos, o que faz crer que ações educativas voltadas à saúde são cada vez mais necessárias.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR INTOXICAÇÕES POR PESTICIDÁS REGISTRADAS NO SISTEMA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO RIO GRANDE DO SUL, 2002 A 2006

INTRODUÇÃO

A utilização crescente e indiscriminada de agrotóxicos vem contaminando o ambiente e comprometendo diretamente a saúde dos trabalhadores (da agricultura, das indústrias de formulação, do controle de vetores, do transporte, dentre outros). Além disso, os resíduos nos alimentos e na água de consumo são as mais importantes fontes

de exposição aos agrotóxicos da população em geral. No Sistema de Informações Hospitalares (SIH) são registradas

Após três anos de implantação o Projeto Pequeno Vigilantes formou nove turmas compostas por aproximadamente 25 alunos cada, totalizando uma média de 400 crianças atendidas. Por intermédio dessas crianças certamente encontramos um pai, uma mãe, um familiar, um amigo, configurando-se um efeito multiplicador. Em cada turma trabalhada foi atingido também o parceiro privado (comércio, indústrias de alimentos, produtores e criadores, etc.). Estes passam a buscar, nas exigências da Vigilância, uma forma de qualificar os seus serviços e, com isso o seu consumidor passa a contar com um comerciante mais comprometido a cumprir o que é exigido, tornando-o mais criterioso e atento. O consumidor, por sua vez, passa a adotar uma postura mais crítica na hora de adquirir os seus produtos. Outro ganho com este tipo de proposta é a possibilidade de realizar um trabalho multiprofissional e intersetorial comprovando que, tanto a saúde como a educação são saberes complementar e inseparável.

Com isso as ações educativas em Vigilância passam a ocupar maior espaço na mídia, o que contribui para fortalecê-las, como parte integrante do SUS, em seu novo modelo em saúde. A oportunidade de articulação com o Conselho Municipal de Saúde também é tida como efeito positivo deste trabalho com os escolares, pois estes importantes parceiros passam a vislumbrar, nas atividades em Vigilância Sanitária, resultados favoráveis na construção de melhor qualidade de vida a todos.

A adesão por parte das Vigilâncias de Agudo/RS e Panambi/RS ao Projeto Pequenos Vigilantes, faz crer, que possa servir de modelo a outros, desde que respeite a realidade local, tendo ainda a possibilidade de ampliá-lo e aprimorá-lo, fazendo emergir o caráter educativo da Vigilância Sanitária quebrando paradigmas do serviço lento, burocrático em que é possível construir-se um novo conceito de um serviço simplificado, eficiente e eficaz.

Portanto é uma ação educativa como essa relatada que contribui para promover a consciência sanitária social, fazendo com que o profissional e consumidores tenham um novo olhar para a Vigilância Sanitária.

REFERÊNCIAS

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 20, Brasília. Anais... Brasília, DF: ANVISA, 2001.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária. Educadores em Saúde. Montenegro. Rio Grande do Sul.

¹ Setor de Alimentos/DVS/CEVS
E-mail: alimentos-dvs@saude.rs.gov.br

² Secretaria Municipal de Montenegro
E-mail: smsas@montenegro.rs.gov.br

Virginia Dapper¹
Luciana Nussbaumer¹
Fábio Binz Kalil¹

de exposição aos agrotóxicos da população em geral. No Sistema de Informações Hospitalares (SIH) são registradas

¹ Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador/CEVS/SES/RS
E-mail: virginia-dapper@saude.rs.gov.br,
luciana-nussbaumer@saude.rs.gov.br,
fabio-kalil@saude.rs.gov.br

informações das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) do Sistema Único de Saúde (SUS). As AIH apresentam campo que permite a identificação de internações por intoxicações por pesticidas. A utilização dessas informações é de fundamental importância para o planejamento das ações de saúde do trabalhador.

METODOLOGIA

Este estudo analisou as intoxicações por pesticidas que geraram internações hospitalares no Rio Grande do Sul, de 2002 a 2006. Foram analisadas todas as internações, captadas no site www.datasus.gov.br, que tiveram como diagnóstico principal intoxicação por pesticida (CID T60). Foram avaliadas as variáveis sexo, faixa etária, ocupação, dias de permanência e ocorrência de óbito. As análises foram feitas no software TABWIN.

RESULTADOS

Foram registradas nos cinco anos 972 internações por pesticidas, sendo que destas mais da metade (54,7%) foram por organofosforados e carbamatos (Tabela 10). Das internações 59,2% foram em pessoas do sexo masculino e 40,8% do feminino. O grupo de rodenticidas ocasionou mais internações no feminino. Em todos os demais, predominaram as intoxicações no sexo masculino. A faixa etária de 30 a 39 anos apresentou maior número de internações (20,8%), e cerca de 25% das internações ocorreram em menores de 19 anos (Tabela 11). A maioria (80,86%) das internações ocorreram por intoxicações por pesticidas e necessitaram entre dois e quatro dias de internação. Ocorreram casos de até 29 dias de permanência hospitalar, sendo que vinte (0,2%) evoluíram para óbito. Quanto à ocupação, embora este campo faça parte da AIH, estas informações não estavam disponíveis para análise.

Para ambos os sexos, a maior porcentagem de internações ocorreu na faixa etária de 30 a 39 anos (20,8%)

(Tabela 11) O grupo de adultos de 20 a 49 anos foi responsável por 56% das internações. Chama a atenção o número de internações em menores de 19 anos, (25,14%). O baixo número de internações que evoluiu para óbito aponta para a necessidade de avaliação complementar de outros sistemas, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e elaboração de rotinas de investigação destes óbitos. Destaca-se a importância de utilizar o SIH, como ferramenta para definir o perfil de morbi-mortalidade relacionada à exposição aos pesticidas, devendo ser utilizado rotineiramente no planejamento das ações de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos**. Organização Pan- Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde. Brasília, DF, 1997.

FARIA, N. M., FASSA, A. G., FACCHINI, L. A. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, mar., 2007, v. 12, n. 1, p. 25-38.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Universidade de São Paulo. **Cid 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde. Centro de Informação Toxicológica. **Toxicovigilância: toxicologia clínica: dados e indicadores selecionados**. Porto Alegre: Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul CIT-RS, 2006.

Palavras-chave: Praguicidas. Saúde do Trabalhador. Rio Grande do Sul.

Tabela 10 - Distribuição das internações por pesticidas segundo grupo e sexo, 2002 a 2006.

Grupo	Masc.	%	Fem.	%	Total	%
Inseticidas organofosforados e carbamatos	309	58,10	223	41,92	532	54,73
Pesticida Não Especificados	145	62,50	87	37,50	232	23,87
Outros inseticidas	81	59,56	5	40,44	136	13,99
Herbicidas e fungicidas	19	51,35	18	48,65	37	3,81
Outros pesticidas	19	70,37	8	29,63	276	2,78
Rodenticidas	1	16,67	5	83,33	6	0,62
Inseticidas halogenados	1	50,00	1	50,00	2	0,21
Total	575	59,16	397	40,84	972	100,00

Tabela 11 - Distribuição das internações por pesticidas segundo faixa etária, 2002 a 2006.

	<10	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 e mais	Total	%
Inseticidas organofosforados e carbamatos	48	79	99	117	102	51	25	11	532	54,73
Pesticidas Não Especificados	30	29	39	51	41	24	9	9	232	23,87
Outros inseticidas	26	15	31	21	19	17	3	4	136	13,99
Herbicidas e fungicidas	0	8	5	7	8	7	1	1	37	3,81
Outros pesticidas	4	2	4	5	3	7	1	1	27	2,78
Rodenticidas	2	2	1	1	0	0	0	0	6	0,62
Inseticidas halogenados	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0,21
Total	112	135	179	202	173	106	39	26	972	100,00

Número de casos das doenças de notificação compulsória por CRS de residência, RS, 2007*-2008*

C R S	Doença Meningocócica ⁽¹⁾		Meningite p/ Haemophilus ⁽¹⁾		Hepatite B ⁽¹⁾		Hepatite C ⁽¹⁾		Sarampo ⁽¹⁾		Rubéola ⁽¹⁾		Tétano Neonatal ⁽²⁾		Sífilis Congênita ⁽¹⁾		Leptospirose ⁽¹⁾		Polio/PFA ⁽²⁾	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
1 ^a	4	13	0	3	41	49	219	107	0	0	6	37	0	0	42	36	56	73	2	3
2 ^a	0	9	0	0	3	6	5	9	0	0	0	1	0	0	3	4	17	13	2	2
3 ^a	2	1	0	0	4	3	24	28	0	0	2	0	0	0	0	2	14	17	1	1
4 ^a	0	0	0	0	1	4	4	8	0	0	0	1	0	0	0	3	5	16	0	1
5 ^a	3	0	0	0	67	29	16	19	0	0	0	6	0	0	6	7	7	3	0	1
6 ^a	0	0	0	0	50	15	47	25	0	0	0	0	0	0	4	0	2	2	0	0
7 ^a	0	0	0	0	1	1	10	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 ^a	1	1	0	0	0	1	3	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0
9 ^a	0	0	0	0	6	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
10 ^a	1	0	0	0	2	6	10	6	0	0	0	0	0	0	2	7	3	2	0	0
11 ^a	0	0	0	0	19	5	3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1	0
12 ^a	0	0	0	0	7	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
13 ^a	1	0	0	0	2	1	11	4	0	0	0	19	0	0	0	1	52	31	0	0
14 ^a	1	0	0	0	18	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	23	4	0	0
15 ^a	0	0	0	0	3	4	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
16 ^a	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	13	14	0	0
17 ^a	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	3	0	0
18 ^a	0	0	0	0	9	4	20	4	0	0	0	2	0	0	6	3	22	7	0	0
19 ^a	0	0	0	0	12	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	0	0
RS	13	25	0	3	248	135	381	231	0	0	10	71	0	0	64	66	227	195	7	8

C R S	Tétano Acidental ⁽²⁾		Difteria ⁽²⁾		Coqueluche ⁽¹⁾		Febre Tifóide ⁽²⁾		Hantavirus ⁽²⁾		Dengue ⁽¹⁾		Malária ⁽²⁾		Tuberculose ⁽⁴⁾		Hanseníase ⁽⁴⁾		AIDS ⁽⁴⁾	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
1 ^a	6	1	2	1	24	35	0	0	2	3	19	24	1	2	645	635	10	12	421	365
2 ^a	1	0	0	0	1	7	0	0	8	2	1	1	0	0	102	74	7	0	38	51
3 ^a	1	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	6	0	0	88	82	0	0	33	11
4 ^a	1	2	0	0	1	0	0	1	0	1	3	2	2	0	44	43	5	1	32	10
5 ^a	1	2	0	0	0	4	0	0	2	3	6	9	2	0	51	59	5	3	41	27
6 ^a	0	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	4	1	0	24	14	1	3	18	12
7 ^a	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	14	0	0	1	6
8 ^a	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	18	0	0	10	8
9 ^a	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	5	2	1	0	12	0
10 ^a	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	52	41	7	6	15	14
11 ^a	1	2	0	0	1	0	0	1	1	1	9	0	2	0	5	11	1	2	3	0
12 ^a	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	10	9	3	2	4	2
13 ^a	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	6	2	0	1	30	28	2	1	9	5
14 ^a	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	36	4	0	1	5	7	6	0	3	2
15 ^a	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	0	2	10	1	0	2	4	2
16 ^a	2	1	0	0	0	3	0	0	0	0	2	1	1	0	16	14	2	0	9	3
17 ^a	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	4	5	1	2	2	2
18 ^a	1	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	2	0	23	33	0	1	10	15
19 ^a	3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	3	6	8	4	0	0
RS	20	14	4	3	31	58	1	2	20	14	91	58	13	10	1156	1096	59	39	665	535

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

* Dados preliminares até março

(1) Casos confirmados

(2) Casos notificados

(4) Casos novos

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

As opiniões emitidas nos trabalhos, bem como a exatidão, a adequação e a procedência das referências e das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Conselho Editorial

Airon Fischmann, Ariadne Kerber, Fábio Binz Kalil, Ivone Menogolla, Rosângela Sobieszczanski e Valderes Correa de Oliveira

Jornalista Responsável

Carla Katie Dal-Ri
Coordenadora da Assessoria de Comunicação Social/SES

Bibliotecária Responsável

Geisa Costa Meirelles

Tiragem

20 mil exemplares

Endereço para Correspondência

Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)
Rua Domingos Crescêncio, 132, sala 104
Porto Alegre - RS - CEP 90650-090
Fone: (51) 3901.1071
Fone/Fax: (51) 3901.1078
E-mail: boletim epidemiologico@saude.rs.gov.br