



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Equipe de Controle Epidemiológico - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

ANO IV

NÚMERO 10

FEVEREIRO DE 2001

EDITORIAL

Cada edição do Boletim Epidemiológico é motivo de alegria para nossa equipe, especialmente este, o primeiro de 2001, no qual ressaltamos os aspectos mais significativos de 2000 e os mais urgentes para este ano. Entre esses aspectos cabe lembrar a vigilância ambiental da dengue, de extrema importância para o ano em curso, já que essa doença manifesta-se em nível epidêmico em várias regiões do Brasil. Embora em Porto Alegre tenhamos registrado apenas casos importados de dengue, é necessário que nos mantenhamos muito vigilantes para que não tenhamos casos autóctones dessa doença.

Também a situação da doença meningocócica em 2000, bem como a vigilância epidemiológica da leptospirose apontam novas variáveis a serem estudadas. Por isso, mais uma vez ocupam espaço nesta edição do Boletim. Nesta edição ainda podem ser encontradas informações importantes sobre o exame de PCR (reação polimerase em cadeia) para hepatite C.

Motivo de alerta e preocupação para todos nós é o retorno da poliomelite nas Américas. Mesmo que a cobertura vacinal contra poliomelite e outras doenças permaneça boa em nossa cidade enquanto um todo, temos áreas de baixa cobertura vacinal em regiões da cidade, tornando-as vulneráveis.

Em resumo, nossa expectativa é de que este boletim ajude a todos na reavaliação de conhecimentos e ações, para que juntos possamos buscar estratégias que melhorem cada vez mais a Vigilância Epidemiológica.

Por que vigiar as Paralisias Flácidas e Agudas? (PFA)

Rosani Tesser
Enfª Sanitarista/SES

A possibilidade de reintrodução do poliovírus selvagem no Brasil é uma ameaça constante, isso porque a vigilância epidemiológica dessa doença está fragilizada e porque as coberturas vacinais não são homogêneas em todos os municípios.

No ano de 1999, nos continentes Asiático e Africano, onde a poliomelite ainda é endêmica, ocorreram 6896 casos dessa doença. Na América Central, no ano 2000, foram confirmados 3 casos com isolamento do poliovírus tipo 1 na República Dominicana, e outros 16 encontram-se em investigação. No Haiti também foi confirmado um caso com isolamento do poliovírus tipo 1. Inicialmente, os isolamentos foram realizados pelo laboratório de Poliovírus da OPS no Centro de Epidemiologia do Caribe e, posteriormente, caracterizados pelo Laboratório de Poliovírus do CDC. O poliovírus isolado é considerado raro, pois deriva do poliovírus da vacina oral (OPV). Portanto, o controle do vírus derivado da OPV é necessário para controlar a circulação do poliovírus selvagem, ou seja, é preciso manter altas coberturas vacinais.

Mesmo assim, os indicadores de qualidade do programa de vigilância das PFA, após erradicação da poliomelite em 1994, estão caindo vertiginosamente no Brasil e no RS.

A vigilância das PFA tem, como principal indicador de qualidade, a identificação e investigação de casos em menores de 15 anos. Para o RS, são esperados 28 casos/ano. Observe-se na tabela abaixo os indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica no RS no período de 1990-2001.

INDICADORES DE QUALIDADE DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO RIO GRANDE DO SUL

ESPECIFICAÇÃO	SITUAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL												
	Meta Mínima	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Taxa de notificação (excluídos os casos de PFP) (28 casos)	1 CASO/ 100.000 HABITANTES *15 ANOS	0,20	0,09	0,90	0,90	1,10	1,00	1,00	1,00	1,31	0,78	0,85	0,10
Investigação em 48 horas	80%	71,40	79,30	84,60	96,00	97,00	100,0	90,00	96,60	94,73	86,36	87,50	100,0
Coleta de amostras de fezes adequadas	80%	64,30	55,20	42,30	31,00	45,00	50,00	50,00	68,00	55,30	45,45	62,50	100,0
Notificação negativa semanal	80%	90,70	85,50	94,60	95,70	100,0	88,20	88,30	96,70	91,54	40,37	76,10	88,30
Coleta de amostras de fezes de 5 comunicantes para cada caso de PFA	80%	14,28	6,80	34,60	92,00	97,00	50,00	50,00	32,00	---	---	---	---

Fonte: DCDTA/SES/RS
PFA = Paralisia Flácida e Aguda
PFP = Paralisia Facial Periférica
* até semana 02/01

Diante das considerações acima, solicitamos a especial atenção das fontes notificadoras (hospitais, profissionais de saúde) para que, independente da hipótese diagnóstica, notifiquem todo o caso de paralisia flácida aguda, permitindo que sejam adotadas oportunamente as medidas de controle.

Análise da Cobertura Vacinal de Porto Alegre no ano 2000

Maria Aparecida M. Vilarino
Enfermeira da ECE

No ano 2000, na cobertura vacinal de Porto Alegre foram apurados os seguintes dados:

MUNICÍPIO	Pop	SABIN		DTP		SARAMPO		HEP B		BCG	
		DA	CV %	DA	CV %	DA	CV %	CA	CV %	DA	CV %
PORTO ALEGRE	20596	21151	102,69	21240	103,13	20440	99,24	21040	102,16	24075	116,89

DISTRITO	Pop	SABIN		DTP		SARAMPO		HEP B		BCG	
		DA	CV %	DA	CV %	DA	CV %	CA	CV %	DA	CV %
DISTRITO 1	1112	1092	98	1119	101	1280	115	1060	95	1648	148
DISTRITO 2	2397	2264	94	2273	95	1977	82	2118	88	2237	93
DISTRITO 3	2346	2204	94	2253	96	2325	99	2274	97	2663	114
DISTRITO 4	2799	2913	104	2834	101	2586	92	2854	102	2997	107
DISTRITO 5	1049	1140	109	1133	108	1081	103	1143	109	1474	141
DISTRITO 6	1773	1671	94	1667	94	1479	83	1629	92	1787	101
DISTRITO 7	1986	2245	113	2284	115	2289	115	2341	118	2429	122
DISTRITO 8	2250	2664	118	2700	120	2885	128	2835	126	3779	168
DISTRITO 9	1461	1942	133	1953	134	1803	123	1902	130	1921	131
DISTRITO 10	1108	1145	103	1159	105	1004	91	1069	96	1190	107
DISTRITO 11	1686	1871	111	1865	111	1731	103	1815	108	1950	116

Fonte: PMPA/CVS/ECE/Núcleo de Imunizações

Para o cálculo da **cobertura vacinal (CV)** utilizamos a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{nº de vacinados}}{\text{nº populacional}} \times 100 = \text{CV}$$

O nº de vacinados é obtido pelo registro das doses aplicadas no Boletim de Imunizações (IMU), enviado pelas salas de vacinas.

O nº populacional é apurado pelo CEDIS para o cálculo dos distritos e unidades de saúde. Esse número tem como referência a recontagem populacional de 1996. O cálculo dos PSF fundamenta-se nos dados próprios de cada unidade e provém do cadastramento da população atendida em sua área de atuação. Para o cálculo da cobertura vacinal do município foi utilizado o nº populacional fornecido pelo Ministério da Saúde (MS). O valor cem da fórmula é uma constante.

Para manter eliminada a poliomielite, a meta de cobertura vacinal contra essa doença, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), é de 90%. Por outro lado, para erradicar o sarampo, a meta para a cobertura vacinal é de 95%.

De um modo geral, a análise da cobertura

vacinal do município de Porto Alegre em 2000 revela dados positivos para o Sarampo, Pólio, DTP, BCG e Hepatite B. Entretanto, a mesma análise, feita por distrito de saúde, indica que não existe uma homogeneidade nas coberturas vacinais, agravando ainda mais essa situação quando a análise é feita por unidades de saúde (dados não apresentados neste artigo). Constatamos assim que algumas unidades e PSF apresentam baixas coberturas vacinais para a pólio e o sarampo.

Cabe lembrar que o MS tem o compromisso de erradicar o sarampo até o ano 2002. Uma das metas para atingir esse objetivo é a obtenção de uma cobertura vacinal homogênea de 95%.

Sobre a poliomielite, deve ser registrado que, no final do ano passado, ocorreram casos dessa doença no Haiti e na República Dominicana, devido às baixas coberturas vacinais encontradas naqueles países. Para mantermos a pólio eliminada das Américas, precisamos de 90% de cobertura vacinal homogênea. Esse é um compromisso de todos nós.

Meningites em Porto Alegre 2000

Maria de Fátima de Bem Rigatti
Enfermeira da ECE

Segundo as normas do Ministério da Saúde/FUNASA para vigilância e controle de doenças, um caso suspeito de meningite é definido como "quadro clínico compatível (Síndrome infecciosa com 1 ou mais sinais de hipertensão intracraniana e/ou Síndrome radicular) e alteração quimiocitológica do LCR. Por ocasião do atendimento desses casos, sua notificação à autoridade sanitária local é compulsória.

As mesmas normas estabelecem os seguintes critérios para a confirmação de caso:

- exames laboratoriais (cultura, CIEF, aglutinação pelo latex, bacterioscopia, citoquímica do LCR),
- exames clínicos (prova terapêutica, necrópsia).

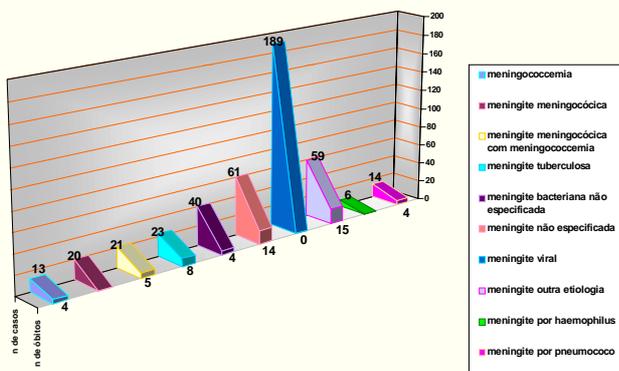
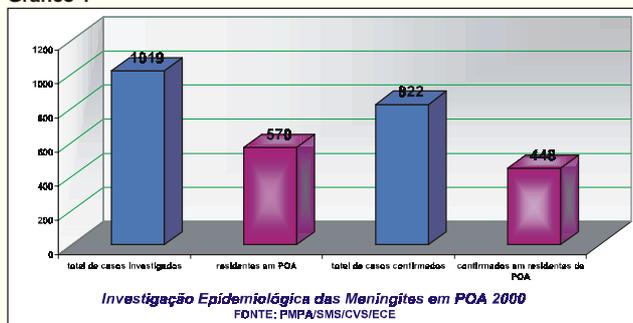
Poderão ainda ser utilizados outros critérios de análise laboratorial e vínculo epidemiológico com caso já confirmado.

A busca rigorosa e a obtenção de informações objetivas para o diagnóstico etiológico dos casos investigados é um compromisso assumido entre o serviço de vigilância e os profissionais que prestam assistência ao caso, assegurando a qualidade da vigilância e proteção à saúde coletiva.

Ao longo do ano 2000, a Equipe de Controle Epidemiológico/CVS da Secretaria Municipal da Saúde investigou 1019 casos suspeitos de meningite, todos atendidos pela rede de saúde de Porto Alegre, dos quais 822 foram confirmados.

Dos casos investigados, 570 referiam-se a pessoas residentes em Porto Alegre, sendo confirmados 448 (78,5%). Esses dados podem ser melhor visualizados no gráfico 1. Nos gráficos 2, 3 e 4, são apresentados outros aspectos da mesma doença.

Gráfico 1

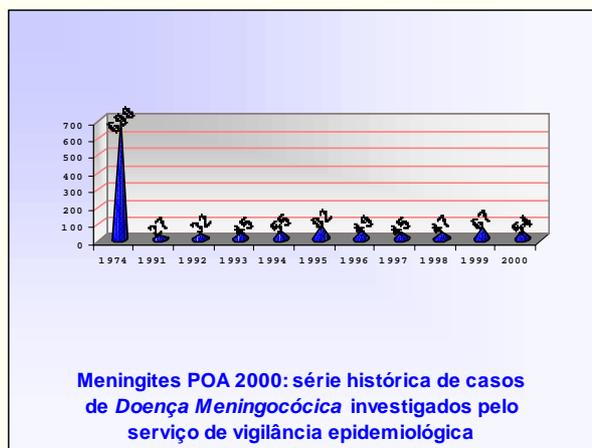


Meningites POA 2000: distribuição dos casos e óbitos investigados segundo a classificação do SINAN

O gráfico 2 nos mostra que no ano de 2000, o comportamento das meningites manteve-se nos mesmos índices de anos anteriores.

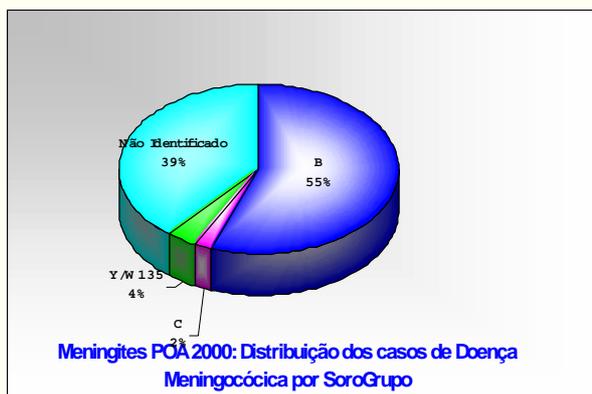
Considerando-se a classificação e critérios para diagnóstico epidemiológico preconizados pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), observa-se o predomínio (42%) das meningites com etiologia presumidamente viral, enquanto que a Doença Meningocócica aparece com 12,1% dos casos de meningite investigados.

Nesta série histórica fica claro o ano epidêmico de 1974, seguido pelo ciclo endêmico, 1991 a 2000. No período 1995 a 2000, realizou-se o monitoramento dos casos através de sua busca ativa nos hospitais da cidade. Essa busca ativa foi efetivada através da visita sistemática aos laboratórios, serviços de emergência e tratamento intensivo, pontos considerados essenciais para a captação da informação epidemiológica no que concerne em especial a esse agravo.



Em 2000, observa-se mais uma vez a predominância do sorogrupos B nos casos de Doença Meningocócica. (Em 1999 identificou-se esse sorogrupos em 61%, e em 1998, em 48% dos casos). O fato novo, no mês de agosto/2000, foi a identificação de um caso de meningite por N. Meningitidis do sorogrupos C, exatamente no mês em que se completavam 2 anos sem a identificação desse sorogrupos. Lembramos que o Município de Porto Alegre promoveu campanhas de vacinação contra este sorogrupos nos anos de 1995 e 1997.

Chamamos a atenção dos profissionais da saúde (especialmente dos médicos, bioquímicos e enfermeiros) para a altíssima importância do encaminhamento de culturas positivas (de LCR e/ou de sangue), para que se possa conhecer, de forma cada vez mais qualificada, a etiologia das meningites bacterianas em nosso território.



Diagnóstico Molecular do Vírus da Hepatite C (hcv)

André Fonseca, Vagner Lunge & Nilo Ikuta
SIMBIOS BIOTECNOLOGIA

O diagnóstico molecular do vírus da hepatite C (HCV) possibilita a detecção e genotipagem pela análise genética do vírus. A técnica mais utilizada, a RT-PCR, consiste na síntese enzimática de bilhões de cópias de DNA a partir do ácido nucleico do vírus. Essa metodologia não só permite confirmar resultados positivos obtidos por ELISA, mas também avaliar casos de hepatite aguda ou crônica com ELISA negativo e monitorar a eficiência de tratamento com anti-virais (interferon, ribavirina, etc.).

O diagnóstico molecular do vírus da hepatite C pela técnica de RT-PCR (transcrição reversa seguida da reação em cadeia da polimerase) é uma ferramenta efetiva para detectar o genoma viral, tanto em sangue como em tecido (biópsias), mesmo em situações em que o vírus esteja presente em concentrações muito pequenas para os demais métodos de análise (200 vírus por mililitro de sangue).

Na realização desse diagnóstico, é preciso lembrar que a família dos vírus da hepatite C é bastante heterogênea. Atualmente, no mundo inteiro, são conhecidos pelo menos 6 genótipos principais e uma infinidade de subtipos. No Rio Grande do Sul, é descrita a ocorrência de 3 genótipos, denominados 1 (com subtipos 1a e 1b), 2 e 3. Embora esses genótipos sejam os de maior prevalência no mundo, uma característica peculiar de nossa região é a alta prevalência do genótipo 3.

A genotipagem do HCV pode ser realizada pela técnica conhecida por RFLP, que utiliza DNA obtido pela RT-PCR. O material amplificado é submetido a "cortes" com enzimas de restrição, que agem como "tesouras moleculares" ao reconhecerem seqüências características de cada genótipo.

A definição do genótipo não é importante apenas do ponto de vista epidemiológico. Recentes reuniões de consenso mundiais, que congregam os maiores especialistas, têm demonstrado que o genótipo infectante determina a eficiência do tratamento com anti-virais.



Padrões dos genótipos 1A, 1B, 2 e 3 - de HCV após RT-PCR/RFLP.

Descrição da prevalência dos genótipos nos exames de PCR realizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no período de 01/99 a 12/00.

Maristela Fiorini Tósca
Enfermeira da ECE
Larissa Simão Beskow
Acadêmica de Enfermagem da ECE

A solicitação do exame de Reação Polimerase em Cadeia (PCR) com genotipagem não deve ser utilizada rotineiramente na prática clínica, porém é de suma importância para estudos epidemiológicos e, principalmente, para definir o tratamento a que o paciente será submetido por indicação de um especialista. Conforme o protocolo de tratamento da Hepatite C com Interferon e Ribavirina, recomendado pelo Ministério da Saúde, o genótipo define a duração do tratamento a ser realizado. O protocolo refere que

-pacientes com genótipos 1, 4, 5 ou 6 devem realizar 12 meses de tratamento;

-pacientes com genótipos 2 ou 3 devem realizar 6 meses de tratamento.

Ao final de 6 meses de tratamento, independente do genótipo do paciente, este deve ser submetido a um novo exame de PCR, para que seja verificada a eficácia ou não do tratamento realizado.

Nos gráficos abaixo, podemos observar a prevalência dos genótipos nos exames de PCR. Esses exames foram realizados em pacientes com resultado de Anti HCV reagente, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2000.

Gráfico 1

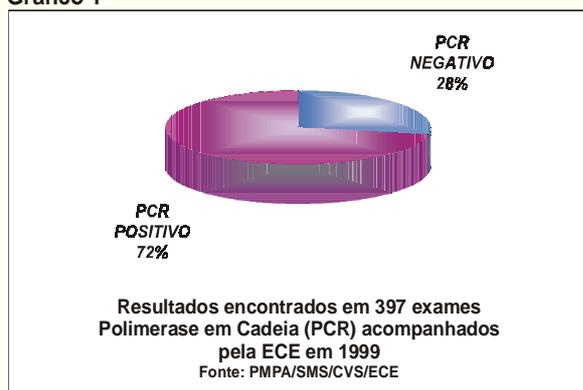


Gráfico 2

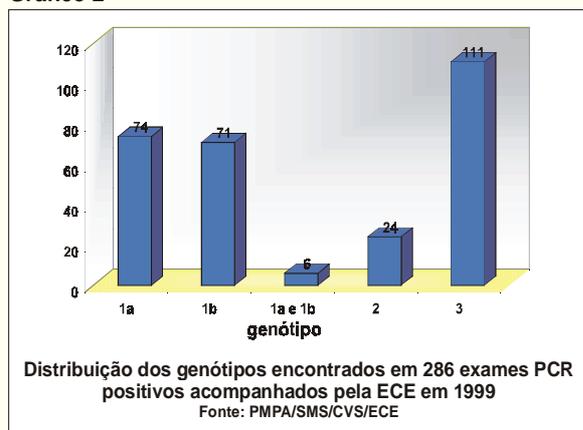


Gráfico 3

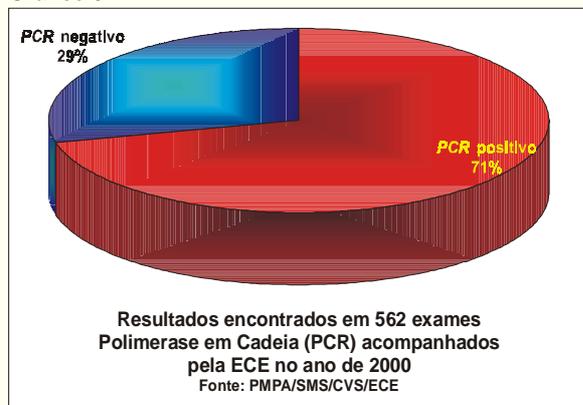
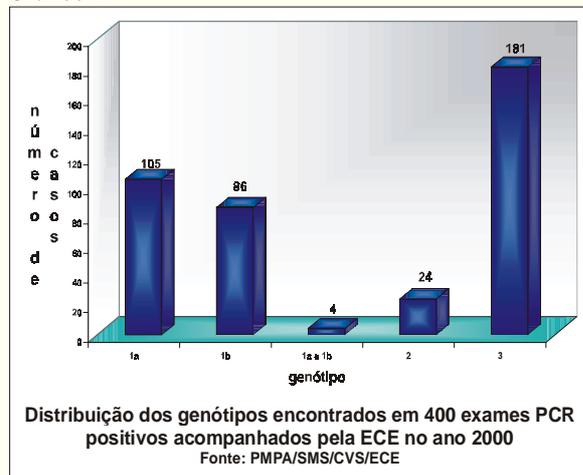


Gráfico 4



Fluxo de Autorização do Exame de Polimerase em Cadeia (PCR)

Até 1999, o exame Reação Polimerase em Cadeia (PCR) era autorizado e pago pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre aos moradores do município, mediante alguns critérios. A partir do ano de 1999, o exame passou a integrar a tabela de procedimentos do SIA-SUS.

Atualmente, a rotina para autorização do mesmo exame se realiza de acordo com a seguinte rotina: o paciente portador do vírus da Hepatite C, detectado mediante resultado reagente do exame anti-HCV, realiza uma consulta com um especialista da rede pública de saúde (conforme indicações da tabela 1). O especialista, após avaliar o caso do paciente, preenche um formulário específico denominado laudo médico para APAC-HCV, no qual solicita o exame de PCR. De posse dessa solicitação, o paciente providenciará os seguintes documentos, que são necessários para a autorização do PCR:

- carteira de identidade;
- CPF/CIC;

- comprovante de residência do paciente ou declaração de residência, que comprove sua moradia no município de Porto Alegre;

- exames sorológicos que comprovem que o paciente é portador do vírus da Hepatite C (anti-HCV reagente).

Com esses documentos, o paciente deve dirigir-se à Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS), sito à Avenida João Pessoa, 325; 1o andar (edifício da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre). O atendimento é realizado de segunda à sexta-feira, das 9 às 11h, com a Dra. Beatriz, que efetivará a autorização do exame de PCR.

Com a autorização do exame pela GRSS, o paciente será encaminhado ao laboratório de referência para coleta de sangue.

MÉDICOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE QUE PODEM SOLICITAR O EXAME DE POLIMERASE EM CADEIA (PCR)

- Hepatologistas da Rede Pública de Saúde
- Infecologistas da Rede Pública de Saúde
- Gastroenterologistas do Hospital da Criança Santo Antônio
- Gastroenterologistas do Hospital São Lucas PUC
- Gastroenterologistas do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição
- Gastroenterologistas do Hospital Independência
- Gastroenterologistas do Hospital Presidente Vargas
- Gastroenterologistas do Complexo Hospitalar Santa Casa
- Gastroenterologistas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Gastroenterologistas do Hospital Sanatório Partenon
- Gastroenterologistas do PAM 4 (Vila IAPI), PAM 3 (Vila dos Comerciantes)
- Gastroenterologistas da Unidade de Saúde Santa Marta

Programa de Prevenção a Dengue resultados e perspectivas

Cláudia Barros da Silva Lima, Liane Fetzer, Maria Angelica Weber e Vera Baldasso
Biólogas NCRV/ECZ/CGVS

A dengue é hoje a mais importante arbovirose que afeta o homem e constitui um sério problema de saúde pública no mundo. Dados da Organização Panamericana de Saúde apontam a presença da doença em mais de cem países, nos quais ocorrem 50 milhões de casos anuais, 500 mil internações e 20 mil mortes.

Frente a essa situação, a Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde criou o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), plano este que foi implantado no município de Porto Alegre após celebração de convênio, com início das atividades em 1999.

No segundo semestre de 1999, aproximadamente 14000 imóveis foram visitados. Também foram inspecionados 460 pontos estratégicos, tais como borracharias, ferros-velhos, postos de gasolina, depósitos de materiais de construção, cemitérios, entre outros., uma vez que esses locais, de um modo geral, possuem grande quantidade de depósitos de água, constituindo possíveis focos de larvas de mosquitos. Felizmente, os resultados obtidos demonstram que, em nenhum dos locais inspecionados em nosso município, estava ocorrendo a presença do mosquito *Aedes aegypti*.

No mesmo período, ainda foram desenvolvidos 28 eventos de divulgação e orientação em saúde, envolvendo 24 instituições de ensino público e privado, atingindo uma população de aproximadamente 8053 pessoas.

Para combater a dengue em 1999, também foi realizada a primeira edição do Curso de Capacitação para Prevenção da Dengue, cujo objetivo foi capacitar os trabalhadores de saúde da SMS e representantes da comunidade para atuarem, como multiplicadores, nas ações de vigilância da dengue.

Durante a realização do convênio, tivemos o apoio logístico de várias instituições, entre as quais os Centros Administrativos Regionais, Unidades de Saúde e Postos de Saúde de Família, escolas, associações comunitárias, igrejas, dando suporte às ações do programa em cada bairro.

Apesar dos resultados decorrentes dos convênios entre o Ministério da Saúde e órgãos estaduais e municipais, esses convênios foram extintos. Com essa extinção, no final de 2000, o Ministério da Saúde apresentou uma nova forma de financiamento, dentro do chamado Plano de Pactuação Integrada, que estabelece metas para a erradicação da dengue, entre outras doenças. Esta pactuação, diferentemente dos convênios, tem caráter permanente, assegurando a continuidade das ações.

Dessa maneira, a partir de janeiro de 2001, a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, através do Núcleo de Controle de Roedores e Vetores, reiniciou o Programa de Prevenção a Dengue. Assim, foram capacitados 53 estagiários dos cursos de Biologia e Medicina Veterinária para desenvolverem ações de prevenção de uma possível entrada do mosquito *Aedes aegypti* em nossa cidade.

Para a execução desse programa, a cidade foi dividida em áreas, ficando cada área sob a responsabilidade de uma equipe. Dessa maneira, os estudantes ficam inseridos na comunidade e, com o tempo, deverão conhecer a realidade de cada local. Assim sua atuação como agentes educadores certamente se intensificará.

O Programa apresenta três etapas distintas e definidoras da vigilância entomológica do vetor da Dengue: o levantamento de pontos estratégicos, a pesquisa larvária através de indicadores como índice predial e a instalação de armadilhas.

Inicialmente será feito o reconhecimento geográfico de todo o município, num trabalho que inclui o registro minucioso de todos os imóveis de cada quarteirão para posterior inspeção. Além disso, serão visitados e mapeados os pontos estratégicos. Os dados obtidos permitirão um delineamento mais acurado das ações, possibilitando o zoneamento de áreas suscetíveis à entrada do vetor e subsidiando as ações de controle, em caso de infestação. Esses pontos estratégicos serão cadastrados e vistoriados quinzenalmente.

Terminada a primeira etapa, se iniciará a pesquisa larvária por meio do levantamento de índice predial, oportunidade em que serão vistoriados 10% dos imóveis do município. Este indicador entomológico representa o percentual de imóveis positivos para *Aedes aegypti*.

Na etapa seguinte, será feita a instalação de armadilhas, cujo objetivo principal é possibilitar a detecção precoce do vetor, já que essas armadilhas deverão ser colocadas em locais considerados porta de entrada do mosquito adulto, como em portos, aeroportos, rodoviárias. Nesses locais, a inspeção será semanal.

Todas as visitas serão acompanhadas de orientações aos proprietários dos imóveis e estabelecimentos para que evitem a formação de criadouros, com a indicação de medidas de manejo apropriadas para cada caso. Se, durante a visita, forem encontradas larvas, estas serão levadas para identificação e determinação da espécie. Dessa forma, também estarão sendo mapeadas outras espécies presentes em nosso meio.

Com a implantação dessa metodologia e a consolidação da vigilância epidemiológica e da vigilância aos vetores, ao lado dos investimentos em educação e comunicação para a saúde, teremos estabelecido os fluxos e protocolos necessários às ações de vigilância contra a dengue no município.

Porto Alegre, é importante esclarecer, continua se mantendo como área não infestada, ou seja, aqui não ocorre, até o momento, a presença do mosquito transmissor da dengue. Entretanto, para continuar nessa situação, justifica-se o programa acima detalhado. Além das iniciativas nele apresentadas, contamos ainda com a parceria do Serviço de Informações Municipais fone 156, para o esclarecimento de dúvidas sobre a identificação dos estagiários, bairros com ações em andamento, metodologia utilizada durante as visitas, além de informações sobre a doença e as características básicas do vetor.

Situação das investigações epidemiológicas realizadas em 2000, referente às semanas epidemiológicas 1 a 52. Casos de diversas procedências internados e/ou atendidos em serviços de saúde em Porto Alegre. **Dados sujeitos a revisão.**

AGRAVO		INVESTIGADOS			CONFIRMADOS			DESCARTADOS/ INCONCLUSIVOS
		POA	Outros Municípios	Total Parcial	POA	Outros Municípios	Total	Todas as Procedências
cólera	-	1	0	1	0	0	0	1
dengue (**)	-	14	04	18	9	0	9	9
difteria	-	3	1	4	0	0	0	4
febre amarela	-	1	0	1	0	0	0	1
febre tifóide	-	4	3	7	0	0	0	7
esquistossomose (**)	-	1	1	2	1	1	2	0
síndrome pulmonar hantavírus	-	7	8	15	0	2	2	13
hepatites	(todos)	1738	604	2342	1376	243	1619	723
	A				464	50	514	
	B				214	58	272	
	C				694	133	827	
leptospirose	-	318	279	597	75	95	170	427
malária (**)	-	7	9	16	5	5	10	6
meningites em geral	(todos)	570	450	1020				
	doença meningocócica				54	50	104	
	criptococos				38	—	—	
	haemophilus influenzae				6	14	20	
	s. pneumoniae				14	26	40	
	outras etiologias				22	91	113	
	virais				190	125	315	
	tuberculose				23	7	30	
	não especificadas				101	129	230	
paralisias agudas e flácidas	-	5	10	15				
doença exantemática	total	303	56	360				
	sarampo	43	—	—	zero		zero	
	rubéola	260	—	—	13		13	
sífilis congênita		93	58	151	35	26	61	90
tétano acidental	-	3	12	15	2	12	14	1
tétano neonatal	-	0	0	0	0	0	0	zero
tuberculose					1361	310	1671	
total		3068	1495	4564				

(*) Aguardando resultados de exames do laboratório de referência (FEPES/LACEN/SES) ou outros resultados laboratoriais.

(**) Casos Importados.

(***) Não foi possível determinar se autóctone ou importado.

As diferenças numéricas observadas entre os casos investigados e os casos notificados possuem as seguintes causas:

- Notificações sem endereço ou com endereços não localizados.
- Nem todos os agravos notificados são passíveis de investigação epidemiológica (por exemplo caxumba).
- As notificações ambulatoriais de outros municípios são repassadas semanalmente para a 1ª CRS e SES/RS. A investigação desses casos é de competência das coordenadorias regionais ou de outros municípios. Os casos internados em hospitais de Porto Alegre são investigados pela SMS de Porto Alegre através de busca ativa ou da notificação feita pela instituição hospitalar.

A Vigilância da Leptospirose em Porto Alegre no ano 2000

Lisiane Morélia Weide Acosta
Enfermeira da ECE

Se considerarmos algumas características, podemos dizer que o ano de 2000 foi um ano atípico em Porto Alegre com relação a leptospirose. Uma dessas características foi a ocorrência de surtos da doença. O primeiro desses surtos manifestou-se com militares, após manobras no Parque Saint Hilaire, sendo registrados 11 (onze) casos. O segundo, com 7 (sete) casos, ocorreu no Loteamento Cavalhada, após uma enchente no local.

A presença da forma anictérica pulmonar da leptospirose em nosso meio foi outro diferencial importante na vigilância epidemiológica dessa patologia neste ano, levando-nos a fazer um alerta a todas as emergências de saúde do município.

Outra variável, após casos de óbitos, foi a maior cobertura da mídia, aumentando o interesse de profissionais da saúde e da população em geral em relação a essa doença. Esse interesse, mais a constatação de que as notificações ocorriam predominantemente em nível hospitalar, levou-nos a realizar um encontro sobre a vigilância epidemiológica da leptospirose com os profissionais da rede básica de saúde. O encontro ocorreu em outubro de 2000, registrando 95% de aproveitamento bom e ótimo para todos os itens avaliados pelos participantes. Nesse sentido, merece destaque a resposta "sim" para o item "sentir-se em condições de aplicar o conhecimento".

No curso das investigações epidemiológicas dessa doença, queremos destacar um outro aspecto relevante, qual seja, a interface da investigação das meningites com a investigação das leptospiroses. Considerando essa interface, já relacionamos quatro casos de pacientes com exame sorológico para leptospirose positivo, com alterações citopatológicas no LCR compatíveis com meningite infecciosa, em que os testes para identificação etiológica realizados em LCR foram negativos. No que concerne ao diagnóstico etiológico das meningites, esses dados deverão merecer um estudo mais aprofundado, a ser realizado no decorrer deste ano.

O resultado das variáveis identificadas e analisadas este ano foi a constatação de um aumento significativo dos casos investigados e confirmados, com reflexos no coeficiente de incidência. Em compensação, houve uma diminuição do coeficiente de letalidade, como está demonstrado na tabela abaixo.

Acrescentem-se aos dados da tabela mais 241 (duzentos e quarenta e um) casos de pacientes provenientes de outras cidades, atendidos e investigados por esta ECE, dos quais 95 (noventa e cinco) foram confirmados.

Com base nas informações apresentadas, podemos concluir que há uma maior sensibilidade dos profissionais da área de saúde para a leptospirose, ao lado de uma vigilância epidemiológica eficaz, conduzindo a ações ambientais de desratização que visam um controle desta doença endêmica no mundo inteiro.

Dados e Indicadores da Leptospirose em Porto Alegre a partir do ano de 1996

ANO	nº de casos investigado	nº de casos confirmados	Coeficiente de Incidência *	óbitos	Coeficiente de Letalidade
1996	56	20	1,51	0	0
1997	104	29	2,23	6	0,20
1998	152	52	3,98	6	0,11
1999	126	27	2,05	4	0,14
2000	317	75	5,71	8	0,10

*Coeficiente de Incidência é o nº de casos por 100.000 habitantes de POA

Fonte: PMPA/SMS/CVS/ECE/Núcleo das Doenças Transmissíveis Agudas/POA

EXPEDIENTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE:
JOAQUIM DAHNE KLIEMANN

COORDENADOR DA COORDENADORIA GERAL
DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
MARCELO BÓRIO

CHEFE DA EQUIPE DE CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO:
ADELAIDE KREUTZ PUSTAI

CONSELHO EDITORIAL:
ADELAIDE KREUTZ PUSTAI / ERICLÉIA LEÃO DE SOUZA
LISIANE M. W. ACOSTA / MÁRCIA CLAIR SANTANA
MARIA APARECIDA VILARINO / MARIA DE FÁTIMA DE BEM RIGATTI
MARIA REGINA VARNIERI BRITTO / MARISTELA FIORINI TÓSCA
PATRÍCIA COUTO WIEDERKEHR / RITA DALLA JOBIM

REVISÃO DE TEXTO:
PROF. ROQUE AMADEU KREUTZ



TIRAGEM: 2000 Exemplares -
Periodicidade trimestral.
Sugestões e colaborações podem ser
enviadas para:
Av. João Pessoa, 325 - 2 andar - sala 5 -
Cep: 90040-000
Porto Alegre - RS -
Fone: (0xx51) 216.8890.