BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

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

ANO IV | **NÚMERO 11** | **MAIO DE 2001**

EDITORIAL

Esta edição do Boletim Epidemiológico pretende contribuir para uma profunda reflexão sobre a importância do meio ambiente para a saúde. Em outras palavras, esta edição apresenta análises mais detalhadas de constatações diretamente relacionadas ao meio ambiente, tais como as seguintes:

- Na realização da vigilância ambiental em Porto Alegre, foram detectados focos do mosquito ***Aedes aegypti,*** principal vetor do Dengue, nos bairros Nonoai e Teresópolis. Esse fato nos coloca em **alerta total** para essa doença, uma vez que, até o momento, só constatamos casos importados.
- Os alagamentos, decorrentes das intensas chuvas nos meses de fevereiro e março, foram fontes de infecção de 32% dos casos de Leptospirose, confirmados até a semana epidemiológica 17.
- Foi também notificado um caso de Esquistossomose em Porto Alegre. Portanto, a vigilância ambiental da ***Biomphalaria glabrata*** para a prevenção dessa doença deve ser iniciada em Porto Alegre, embora ainda não saibamos se o caso notificado é autóctone ou importado. Some-se a isso que há 11 casos confirmados dessa doença na cidade de Esteio. Nessa cidade, o molusco encontrou um ambiente propício em sete áreas alagadas, formando uma grande população, com sério risco de dispersão para áreas adjacentes.

Frente a tais situações, o controle epidemiológico se apresenta como a mais importante forma de conhecer e enfrentar mudanças de fatores ecológicos e ambientais, podendo agir como controle, prevenção e, se possível, como erradicação de fatores de risco para essas e outras doenças.

Todos nós, profissionais da área de saúde, divulgando dados, adotando medidas de prevenção e cuidados, tendo a população como nossa principal aliada, poderemos chegar a comportamentos mais saudáveis. Nesse sentido, pode servir-nos de exemplo a ampliação da cobertura vacinal contra a gripe, que beneficia a população acima de 60 anos.

COMBATE AO DENGUE, UM NOVO E SÉRIO DESAFIO EM NOSSO MEIO

Adelaide Kreutz Pustai
Enfermeira da ECE
Cláudia Barros da Silva Lima, Liane Fetzer,
Maria Angélica Weber e Vera Regina Baldasso
Biólogas da ECZ

O Dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral e de evolução benigna na forma clássica; é grave quando se apresenta na forma hemorrágica. A possibilidade de contrair febre hemorrágica é potencialmente maior para a pessoa que já teve Dengue, ou seja, para a pessoa que contrair a doença pela segunda ou terceira vez.

O Dengue é hoje a mais importante doença transmitida por insetos ao homem. Constitui um sério problema de saúde pública no mundo, especialmente em países tropicais, onde as condições do meio favorecem o desenvolvimento e a proliferação do principal vetor, o mosquito ***Aedes Aegypti***,. (Guia de Vigilância Epidemiológica da FUNASA, 1998). Anualmente, em mais de cem países, ocorrem 50 milhões de casos de dengue, causando 500 mil internações e 20 mil mortes (dados da OMS).

Em nosso país, a proliferação do ***Aedes Aegypti*** atinge 27 das unidades federadas, somando 3857 municípios infestados pelo vetor da doença. Entretanto, a transmissão do Dengue é um pouco mais reduzida, sendo registrada em 2137 municípios de 24 estados.

No ano 2000, ocorreram 231.471 casos da doença em nosso país. (Dados do Boletim Eletrônico da FUNASA Nº 01, de 12/03/2001). Por outro lado, a tendência é de que ocorram casos de gravidade cada vez maior, tendo em vista que já existem três sorotipos da doença circulando em alguns estados do país.

No estado do Rio Grande do Sul, o mosquito transmissor encontra-se em 66 municípios. Entretanto, não temos a presença do vírus, ou seja, ainda não temos a transmissão da doença.

Em janeiro de 2001, a Secretaria Municipal da Saúde reiniciou o Programa de Prevenção ao Dengue, dentro do chamado Plano de Pactuação Integrada, uma nova forma de financiamento do Ministério da Saúde, que estabelece metas para erradicação do mosquito ***Aedes aegpyti*** .

Esse mosquito tem hábitos urbanos e domésticos, procurando, nos imóveis, locais para colocar seus ovos. Esses locais costumam ser vasos de plantas, pneus, garrafas vazias, caixas d'água destampadas, enfim, quaisquer recipientes que possam armazenar água. Cada mosquito adulto pode colocar até 300 ovos, e cada ovo pode resistir até 500 dias. Dessa forma o mosquito se dissemina com grande facilidade.

O ciclo de transmissão da doença se dá da seguinte forma: **HOMEM CONTAMINADO – MOSQUITO CONTAMINADO – HOMEM**. Dessa maneira, inicia-se uma cadeia de transmissão que pode atingir proporções epidêmicas, ainda mais porque não existe vacina para o Dengue.

No início do mês de abril do ano em curso, **foi encontrado, em nosso município, o mosquito *Aedes aegypti***, transmissor do Dengue.

Frente a essa realidade, a Secretaria Municipal de Saúde vem intensificando o trabalho do Programa de Prevenção ao Dengue. Nos bairros com presença do vetor, foi iniciado o tratamento para a eliminação do mosquito.

Entretanto, somente o trabalho da Secretaria Municipal de Saúde não é suficiente. É de fundamental importância que os todos os profissionais de saúde sejam agentes multiplicadores de informações sobre a doença, iniciando um trabalho de prevenção em seu local de trabalho e residência, de modo que seja evitada a formação de depósitos de água limpa parada.

Mais importante ainda é lembrar que sem mosquitos não há transmissão do Dengue. E, para eliminá-los, é necessário a participação e colaboração de todos.

Sempre que algum profissional de saúde atender **caso suspeito de Dengue**, deve imediatamente **notificar** a Equipe de Controle Epidemiológico pelos telefones **3216-8890 e 3212-5457.**

Informações sobre o Programa de Prevenção ao Dengue podem ser obtidas através do telefone **156.**

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO DOS IDOSOS

No período de 23 de abril a 11 de maio, foi oferecida a toda a população acima de 60 anos a vacina contra o vírus influenza, causador da gripe. Também foi aproveitada a oportunidade para realizar a atualização do esquema de vacinação da dupla adulto (tétano e difteria) para os idosos que ainda não haviam completado o esquema de 3 doses.

Este ano, a meta do município de Porto Alegre era vacinar 147.340 habitantes idosos. Durante o período de campanha, foram aplicadas 109.228 doses da vacina, representando uma cobertura vacinal de **74,13%**. No entanto, essas cifras se tornam mais positivas se tomarmos, como base de cálculo, a orientação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), cuja meta era vacinar 70% da população acima de 60 anos, isto é, 103.138 pessoas. Sob esse enfoque, o cálculo da cobertura vacinal de Porto Alegre se eleva para **105,90%**.

Informações técnicas sobre a vacina:

A vacina contra influenza é composta por 3 tipos de vírus, inativados e fracionados. Mais especificamente, a vacina oferecida e aplicada este ano é assim constituída:

- A/Moscow/10/99 (H3 N2)
- A/New Caledonia/20/99 (H1 N1)
- B/Sichuan/379/99

Os estudos existentes demonstram que a vacina contra influenza produzida com vírus inativados é mais eficaz para reduzir os graves sintomas da doença do que a infecção pelo vírus propriamente dito.

Quanto à eficácia da campanha de prevenção, estudos demonstram que a vacina protege 60% dos idosos contra a doença, reduz 40% da mortalidade e reduz as internações por pneumonias e outras complicações decorrentes do vírus da influenza em torno de 30% a 40%.

Dúvidas e esclarecimentos.

1. Resfriado e gripe não são a mesma doença. O **resfriado** pode ser causado por diversos vírus (rinovírus, adenovírus, etc.) e tem, como sintomas, coriza e febre baixa. A **gripe** é causada especificamente pelo vírus da influenza e é uma doença que, além de provocar dor de garganta, obstrução nasal, tosse, pode causar febre alta, dores musculares e mal estar geral.

2. A vacina não pode provocar gripe

Muitas pessoas, ao serem acometidas por um resfriado logo após terem sido vacinadas contra a gripe, acham que a vacina não funciona e, até mesmo, causa gripe. Os idosos que ficam gripados alguns dias após terem sido vacinados podem ter incubado a doença antes de terem recebido a dose da vacina. Acrescente-se a tudo isso que o vírus utilizado na composição da vacina é inativado, ou seja, é um vírus morto. Portanto, a vacina não pode constituir causa de gripe.

No ano 2000, foram aplicadas em torno de 100.000 doses da vacina e notificados apenas 15 casos de eventos adversos.

3. Tempo necessário para conseguir proteção com a vacina: São necessários 15 dias após a vacinação para ficar protegido.

INFORMAÇÃO DE UTILIDADE PÚBLICA.

PARA OS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS E PARA OS IMUNOCOMPROMETIDOS ACIMA DE 2 ANOS DE IDADE, A VACINA CONTRA O PNEUMOCOCO ESTÁ DISPONÍVEL NO CRIE. (CRIE Centro de Imunobiológicos Especiais

CONTINUANDO COM A AVALIAÇÃO DOS SURTOS DE HEPATITE DO TIPO A EM PORTO ALEGRE

Maristela Fiorini Tósca
Enfermeira da ECE
Sônia Valladão Thiesen
Médica Veterinária da ECE

No ano que passou, a Equipe de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde identificou 37 surtos de hepatite do tipo A em Porto Alegre, os quais atingiram 140 pessoas. Este relatório apresenta a descrição desses surtos por bairros atingidos, em ordem alfabética:

Anchieta: Ocorreu um surto, que envolveu 2 pessoas (irmãos) com idades de 2 e 5 anos. A causa provável de contaminação foi a água ingerida durante passeio a um local sem tratamento de água, não caracterizando, portanto, o bairro do domicílio como local de contaminação.

Bom Jesus: Um surto com duas pessoas atingidas, idades de 5 e 7 anos, cuja causa provável foi

o esgoto a céu aberto nas proximidades da residência dos infectados.

Camaquã: Um surto, envolvendo duas pessoas com idades de 10 e 13 anos, tendo, como causa provável, a rede de esgoto inadequado na residência das crianças.

Cascata: Um surto que envolveu cinco pessoas com idades entre 5 e 7 anos. A causa provável também foi a presença de esgoto a céu aberto nas proximidades da residência dos infectados.

Cavalhada: Um surto, envolvendo quatro pessoas numa faixa etária entre 5 e 14 anos. A causa provável de contaminação foi a rede de esgoto inadequada.

Centro: Um surto, envolvendo 2 pessoas com idades de 16 e 17 anos. Nesse surto, a causa provável de contaminação foi o manuseio inadequado de instalações de uso coletivo, com infiltrações de esgoto na cozinha de instituição pública de ensino, fonte provável de contaminação dos alimentos.

Cidade Baixa: Um surto, envolvendo duas pessoas com idades de 3 e 37 anos, causado também por manuseio inadequado de equipamentos de uso coletivo, bem como manipulação inadequada de fezes de criança no momento da troca de fraldas.

Cruzeiro: Um surto com três pessoas envolvidas, idades de 2 a 3 anos. A provável fonte de contaminação foi o manuseio inadequado de equipamentos de uso coletivo em instituição de ensino infantil.

Jardim Carvalho: Um surto, envolvendo quatro pessoas com idades entre 4 e 5 anos. A causa provável de contaminação foi a drenagem de esgoto para dentro da instituição de ensino. Em períodos de chuvas, o pátio da instituição é inundado por esgoto, contaminando o local onde as crianças brincam.

Jardim Ipiranga: Um surto, envolvendo duas pessoas com idades de 9 e 12 anos. A causa de contaminação não foi detectada.

Jardim Sabará: Um surto, envolvendo três pessoas com idades entre 8 e 16 anos (irmãos). A causa provável não foi identificada.

Lomba do Pinheiro: Dois surtos, envolvendo 17 pessoas com idades entre 2 e 13 anos. A causa provável também foi a rede pública de esgoto deficiente.

Menino Deus: Dois surtos, sendo que o primeiro envolveu três pessoas com idades entre 12 e 32 anos, cuja causa provável de contaminação não foi identificada. O segundo envolveu seis pessoas com idades entre 5 e 12 anos. Nesse surto, a causa provável de contaminação foi o manuseio inadequado de equipamentos de uso coletivo em pracinha de estabelecimento público de ensino.

Partenon: Três surtos: o primeiro envolveu duas pessoas com idades de 1 ano. A causa provável foi a manipulação inadequada de equipamentos de uso coletivo em instituição pública, refletindo hábitos de higiene inadequados, desde a limpeza do ambiente até a manipulação de alimentos. Os outros dois surtos envolveram quatro pessoas com idades de 3 a 9 anos, tendo, como causa provável de contaminação, o saneamento básico deficiente na região.

Restinga: Seis surtos, envolvendo 10 pessoas com idades entre 5 e 12 anos. A causa provável também foi o esgoto a céu aberto nas proximidades das residências dos infectados.

São José: Um surto, envolvendo quatro pessoas com idades entre 1 e 15 anos. Causa provável: saneamento básico deficiente, exemplificado pelo esgoto a céu aberto nas proximidades das residências dos infectados.

Santa Teresa: Foi este o bairro mais atingido por surtos de hepatite do tipo A, somando um total de sete durante o ano de 2000. Esses surtos envolveram quarenta e duas pessoas numa faixa etária entre 2 e 17 anos. A causa provável de todos os surtos foi o esgoto inadequado nas proximidades das residências das crianças, onde o achado mais comum foi o esgoto a céu aberto muito próximo da entrada das residências, invadindo o pátio das mesmas, local de brincadeiras dos infectados.

Sarandi: Três surtos, envolvendo 9 pessoas com faixa etária entre 8 e 12 anos, tendo mais uma vez, como causa provável, a rede de esgoto deficiente, muitas vezes correndo próximo aos domicílios. Some-se a isso o abastecimento de água feito de forma clandestina, através de mangueiras conhecidas como “pés de galinha”.

Vila Esmeralda: Um surto, envolvendo quatro pessoas com idades entre 5 e 10 anos. A causa provável foi a manipulação inadequada de equipamentos de uso coletivo, com sanitários em péssimas condições de higiene.

Vila Nova: Um surto, envolvendo oito pessoas entre 5 e 14 anos. Causa provável: rede de esgoto deficiente nas residência dos contaminados.

Como pode ser observado pela descrição acima apresentada, a Zona Sul, em relação a outras regiões da cidade, apresentou o maior número de surtos de hepatite do tipo A, com maior número de pessoas infectadas. Acreditamos, a princípio, que não se trate de melhor notificação e diagnóstico sorológico das unidades dessa região, mas que as características do relevo, entre as quais um maior número de morros, estejam favorecendo a disseminação da doença. Entretanto, não temos a confirmação da hipótese ora levantada.

Diante dos riscos de proliferação da hepatite A, é importante ressaltar a importância da notificação imediata de casos suspeitos dessa doença, para que as ações de investigação e medidas de controle (medidas estas que envolvem ações integradas entre equipes do DMAE, DEP), possam ser efetivas.

Ao longo do ano de 2001, estaremos investigando todos os casos suspeitos de hepatite do tipo A, realizando monitoramento ambiental sempre que ocorrerem casos relacionados entre si, objetivando buscar a causa dos surtos e, uma vez identificada a

A SITUAÇÃO DA ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Sônia V. Thiesen
Médica Veterinária da ECE

A Esquistossomose é uma doença de veiculação hídrica com grande repercussão em saúde pública, tanto pela severidade das complicações clínicas quanto pela sua prevalência.

É uma doença largamente difundida no mundo. Na América do Sul, o Brasil é o país com a maior e mais importante área endêmica, estendendo-se por quase toda a costa litorânea e com penetração para o interior, onde segue o trajeto de importantes bacias hidrográficas.

No Brasil, a enfermidade é causada pelo ***Schistosoma mansoni***, um trematódeo que, para completar seu ciclo vital, depende da existência de caramujos de água doce do gênero Biomphalaria. A ***Biomphalaria glabrata*** (vide figuras) é o hospedeiro intermediário de maior importância epidemiológica no país, sendo encontrado em coleções hídricas com pouca ou nenhuma correnteza, como lagoas, banhados, valos, açudes ou margens de córregos ou rios.

Os ovos do ***Schistosoma mansoni*** são eliminados pelas fezes do hospedeiro infectado (homem). Esses ovos eclodem na água, liberando uma larva denominada miracídio, que infecta o caramujo. Entre o período de quatro a seis semanas da infecção do caramujo, este começa a liberar cercárias na água. (Cerca de 300000 mil cercárias são oriundas de um único miracídio.)

Quando o homem entra em contato com a água, as cercárias penetram ativamente na pele e, através da circulação, atingem preferencialmente o fígado, onde as formas jovens se diferenciam sexualmente. Migram depois para a veia porta, passando daí às tributárias mesentéricas, onde se inicia o acasalamento e a postura dos ovos.

Ainda imaturos, os ovos migram da luz do vaso para a luz intestinal, provocando pequenas hemorragias e áreas de inflamação, responsáveis pelo aparecimento de diarréia muco-sanguinolenta. Os ovos que não alcançam a luz intestinal e aqueles que refluem para o fígado são responsáveis pela formação de microgranulomas que ocluem a passagem do sangue, causando toda a sintomatologia das formas mais graves da doença (**fibrose hepática, lesões perivasculares intra-hepáticas, congestão passiva do baço, esplenomegalia, ascite**).

O diagnóstico da doença é feito através de exames laboratoriais (pesquisa de ovos nas fezes), tendo em conta a sintomatologia e história do paciente (ser originário ou haver entrado em contato com águas em região endêmica). O exame parasitológico de fezes deve ser realizado em três amostras coletadas em dias alternados, contendo cada uma, no mínimo, 100g de fezes.

No Rio Grande do Sul, o primeiro foco de esquistossomose foi encontrado no município de Esteio, em 1997, com onze casos confirmados, sendo mapeadas sete áreas de risco com a presença do caramujo (***Biomphalaria glabrata***) contaminado com o parasita (***Schistosoma mansoni***).

Em Porto Alegre, desde a municipalização da Vigilância Epidemiológica (1995), foram notificados dois casos de Esquistossomose. O primeiro, notificado em 2000, foi confirmado e classificado como importado, já que era procedente de área endêmica e negou contato com coleções hídricas em Porto Alegre.

Em março de 2001, foi notificado o segundo caso, desta vez de um morador de Porto Alegre que reside no município há seis anos. Anteriormente residia em outro município do Rio Grande do Sul e, há 14 anos, em município de São Paulo. O caso foi confirmado e, durante a investigação, constatou-se que o domicílio do paciente localizava-se em área de banhado constantemente alagada, sem saneamento básico (área de invasão).

As equipes de Controle Epidemiológico e Controle de Zoonoses do CVS, em conjunto com a Unidade de Saúde, DMAE e Secretaria Estadual de Saúde, realizaram a procura do caramujo nas coleções de água próximas ao domicílio do paciente e nas margens do Guaíba, mediante orientação e acompanhamento da equipe do Dr. Carlos Graeff, assessor para a doença no Estado. **Entretanto, não foi encontrado caramujo do gênero Biomphalaria nessa busca.** Por isso, novas coletas deverão ser realizadas em pontos estratégicos a serem definidos pela Secretaria Municipal de Saúde e DMAE. Ao lado disso, a Secretaria Estadual de Saúde comprometeu-se a realizar levantamento ambiental nos dois municípios do Estado em que o paciente relatou contato com água de açude e lagoa.

Após o diagnóstico laboratorial, o paciente foi tratado com Oxamniquine e, depois de 30 dias, foi realizado controle de cura com resultado negativo para pesquisa de ovos nas três amostras, o que pode indicar uma infecção antiga **(o vermífugo tem ação sobre as formas adultas, e no caso de presença de formas jovens ou reinfecção, a eliminação de ovos persiste).**

Face à importância e repercussão sócio-econômica da Esquistossomose e diante do fato de ainda não ter sido determinada a fonte de infecção do caso relatado, é imprescindível a manutenção do controle ambiental para determinar a presença ou não do caramujo em nosso município. Para tanto, é fundamental envolver a comunidade que reside em área suspeita. Nesse sentido, já foram realizadas duas reuniões com a Associação de Moradores para esclarecimentos sobre a doença, formas de prevenção e transmissão, apresentação e reconhecimento dos caramujos da ***Biomphalaria glabrata***.

Cabe salientar ainda que, até o presente momento, Porto Alegre é considerada área indene. Para manter esse "status", é essencial a integração entre a Equipe de Controle Epidemiológico e as Unidades de Saúde, promovendo a imediata notificação, investigação, diagnóstico e tratamento de eventuais casos, ao mesmo tempo em que se sistematizem e sustentem ações intersetoriais de vigilância ambiental.

Ao lado disso, devem ser desenvolvidas ações de saneamento básico, educação para a saúde e incentivo a

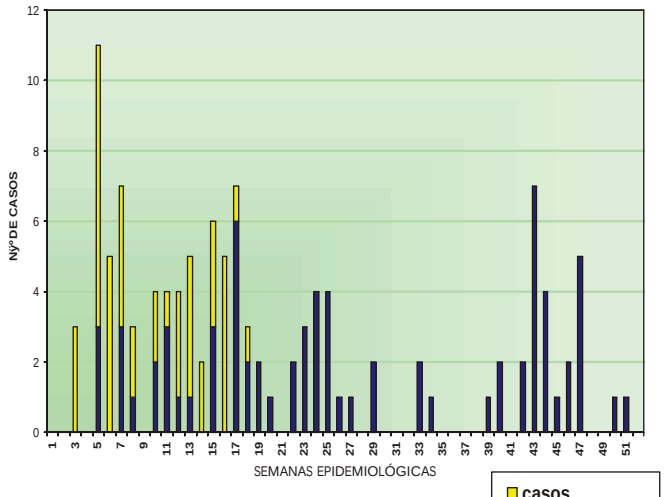
O que está sendo observado na Vigilância da Leptospirose em 2001

Lisiane Morélia Weide Acosta
Enfermeira da ECE

Antes de mais nada, cabe lembrar que a Leptospirose é uma doença de notificação e investigação compulsória, cuja vigilância epidemiológica é realizada pela Equipe de Controle Epidemiológico de Porto Alegre desde a municipalização da saúde em 1995.

Os dados apurados entre 1996 e 1999 mantinham uma homogeneidade em termos de coeficiente de incidência (números de casos por 100.000 habitantes). Porém, esse coeficiente subiu no ano 2000 devido à presença de surtos. Acrescente-se a isso que, entre as manifestações dessa doença, registrou-se a forma anictérica pulmonar. Todos esses fatores, bem como a cobertura maciça da imprensa, foram apresentados no artigo "A Vigilância da Leptospirose em Porto Alegre no ano 2000", publicado no Boletim Epidemiológico de fevereiro de 2001.

Os dados até agora apurados no ano de 2001, conforme o gráfico abaixo, novamente registram uma mudança em comparação ao ano anterior. Os casos de Leptospirose iniciaram já na terceira semana epidemiológica, em janeiro, e ocorreram com maior freqüência até a décima sétima semana epidemiológica.



Número de Casos de Leptospirose Investigados em Pessoas Residentes em Porto Alegre, 2000 e 2001
Fonte: PMPA/SMS/CVS/ECE

Como fonte de infecção da doença predomina o fator **alagamento de ruas e casas**, dado este confirmado pelo Núcleo de Controle de Vetores e Roedores da Equipe de Controle de Zoonoses, que faz a vigilância ambiental da Leptospirose. Os locais de alagamentos de ruas e domicílios, com casos positivos para a doença, são os seguintes, com os respectivos bairros:

- Rua H	Bairro Rubem Berta
- Rua 9	Bairro Rubem Berta / Loteamento Timbaúva
- Rua C (dois casos)	Sarandi
- Rua Santa Clara	Partenon
- Rua Miguel Couto	Bairro Santa Tereza
- Beco Biazeto	Bairro Aberta Morros
- Rua Tanaui da Silva Boeira	Lomba do Pinheiro
- Rua Cancio Gomes	Floresta
- Rua Silvano Monteiro	Passo das Pedras
- Acesso 10	Protásio Alves

Esses dez locais correspondem a 32% do total de 34 (trinta e quatro) casos de Leptospirose com moradores de Porto Alegre. Entre os casos positivos ocorridos nesses locais houve 01 (um) óbito, de um total de 02 (dois) ocorridos até o mês de abril de 2001.

Frente à realidade dos alagamentos, é possível associar a incidência da leptospirose aos índices pluviométricos de Porto Alegre, o que reforça a necessidade de um trabalho conjunto com as demais secretarias para prevenir outros casos dessa patologia, sobretudo no se refere à eliminação das fontes de infecção.

TUBERCULOSE EM PORTO ALEGRE 2000

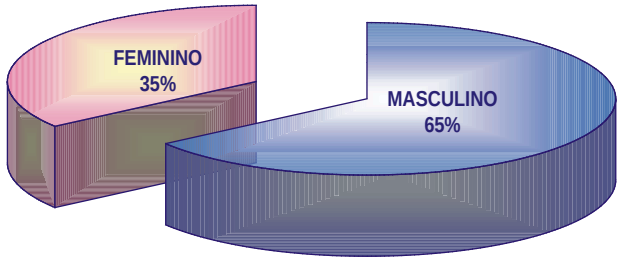
Rita Dalla Jobim
Médica do Núcleo de Doenças Crónicas ECE/CVS
Patrícia Wiederkehr
Enfermeira do Núcleo de Doenças Crônicas ECE/CVS

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 8 milhões de casos novos e quase 3 milhões de mortes por Tuberculose tem ocorrido no mundo a cada ano, caracterizando, assim, uma situação epidêmica. No Brasil, o Ministério da Saúde registra que, em 1996, foram notificados 85.860 novos casos de Tuberculose. Entretanto, como há subnotificação, estima-se que esse número seja ainda maior.

Para combater a Tuberculose aqui em Porto Alegre, é preenchida uma ficha individual de investigação pelo médico assistente sempre que é confirmado o diagnóstico dessa doença. Semanalmente a vigilância epidemiológica busca, nas Unidades de Saúde, os casos notificados e atualiza os dados referentes a resultados de exames, como, por exemplo, do teste anti-HIV, para que possam ser avaliados adequadamente.

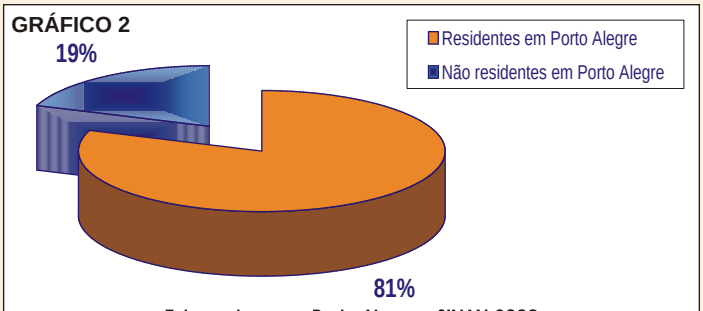
No ano 2000, a Equipe de Controle Epidemiológico/ECE Núcleo das Doenças Crônicas recebeu 2894 notificações do SINAN/Tuberculose provenientes da rede ambulatorial e hospitalar de Porto Alegre. Em nosso banco de dados, das 2894 notificações recebidas, encontramos 1701 notificações de pacientes virgens de tratamento, portanto, casos novos. Avaliando o perfil desses casos, observamos que sessenta e cinco por cento (65%) ocorreram em indivíduos do sexo masculino e trinta e cinco por cento (35%) em indivíduos do sexo feminino. Quanto à residência, 1371 (81%) informaram que residiam em Porto Alegre, e 330 (19%) que residiam em outros municípios. Nos gráficos 1 e 2, esses dados podem ser melhor visualizados.

GRÁFICO 1



Tuberculose em Porto Alegre - SINAN 2000
Distribuição dos casos novos notificados por sexo
Fonte: PMPA/SMS/CVS/ECE

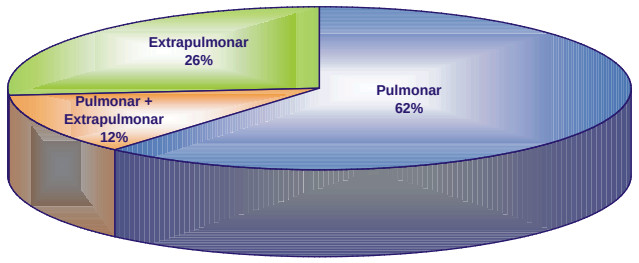
GRÁFICO 2



Tuberculose em Porto Alegre - SINAN 2000
Distribuição dos casos novos notificados por local de residência
Fonte: PMPA/SMS/CVS/ECE

Ao analisarmos as formas de apresentação da tuberculose no Município de Porto Alegre em 2000, verificamos que sessenta e dois por cento (62%) dos casos novos notificados foram de tuberculose pulmonar, vinte e seis por cento (26%) apresentaram a forma extrapulmonar e doze por cento (12%) tiveram a forma associada, pulmonar e extrapulmonar. Entre as formas de apresentação extrapulmonar, as doenças pleural, ganglionar e miliar foram as mais freqüentes.

GRÁFICO 3

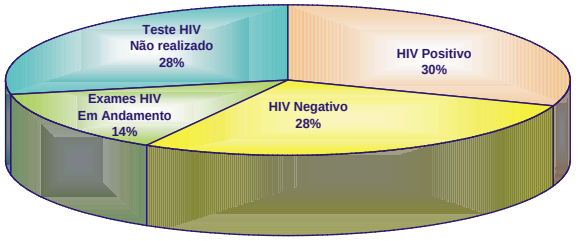


Tuberculose em Porto Alegre - SINAN 2000
Formas de Apresentação da Tuberculose
Fonte: PMPA/SMS/CVS/ECE

O teste anti-HIV foi realizado em 1223 (72%) dos 1701 casos novos notificados. Destes, 522 (30%) foram positivos, 469 (28%) foram negativos e 232 (14%) ainda não haviam encaminhado resultado até a semana epidemiológica 14 do ano em curso. Os demais, ou seja, 478 (28%) dos pacientes notificados não foram testados.

O número crescente de notificações de pacientes HIV positivos preocupa a ECE, pois esses pacientes são hospitalizados diversas vezes durante o tratamento e estão sujeitos a mudanças de esquema terapêutico por intolerância ou toxicidade, o que contribui para diminuir a adesão ao tratamento e aumentar a prevalência dos casos de tuberculose.

GRÁFICO 4



Tuberculose em Porto Alegre - SINAN 2000
Distribuição dos casos novos notificados segundo o resultado do teste anti-HIV
Fonte: PMPA/SMS/CVS/ECE

JÁ PENSOU? PODE SER TUBERCULOSE.

UNIDADES DE REFERÊNCIA:

- CENTRO DE SAÚDE NAVEGANTES - Av. Presidente Roosevelt, 05
- CENTRO DE SAÚDE MODELO - Rua Jerônimo de Ornellas, 55
- CENTRO DE SAÚDE VILA DOS COMERCIÁRIOS SETOR 15 - Rua Manoel Lobato, 151
- CENTRO DE SAÚDE SÃO JOSÉ DO MURIALDO - Av. Bento Gonçalves, 3722
- CENTRO DE SAÚDE IAPI SETOR 12 - Rua Três de Abril, 90
- UNIDADE SANITÁRIA RESTINGA VELHA - Rua Abolição, 850

ANÁLISE DA DOENÇA MENINGOCÓCICA EM PORTO ALEGRE NO ANO 2001

Maria de Fátima de Bem Rigatti
Enfermeira da ECE

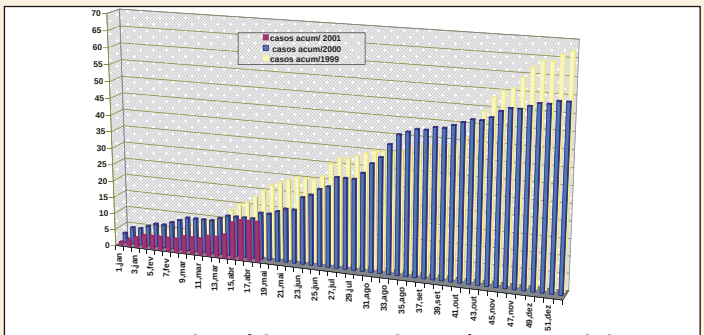
Doença Meningocócica em Porto Alegre:
Distribuição, por faixa etária, dos casos, óbitos e sorogrupo

faixa etária	n de casos	n de óbitos	sorogrupo B	sorogrupo não identificado
0 a 0,11m	3	1	2	1
1-4a	4	1	1	2
5-9a	1		2	
10-14a	0			
15-19a	1		1	
20-24a	0			
25-29a	1			1
30-34a	0			
35-39a	1			1
40-44a	0			
45-49a	1			1
50-54a	0			
55-60a	0			
mais de 60a	0			
total	12	2	6	6

Fonte: PMPA/SMS/CVS/ECE

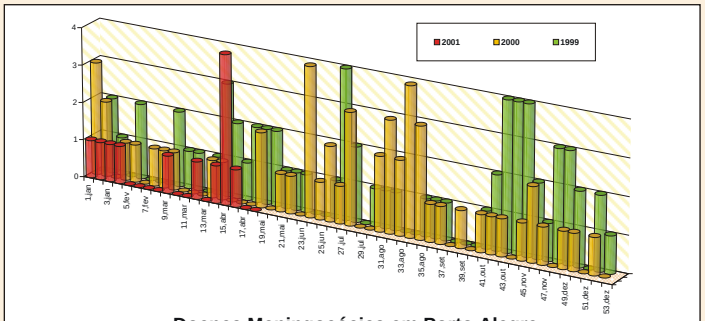
Os dados da tabela acima confirmam que

- mesmo contando com um baixo número total de casos da *Doença Meningocócica* até a semana epidemiológica 18 (5/5/01), esses casos concentram-se na faixa etária de zero a 9 anos (66,6%), o que corresponde ao comportamento normalmente observado para essa doença;
- permanece o aparecimento exclusivo, no território Porto Alegrense, do *sorogrupo B,* fato que tem sido observado desde o ano de 1998.



Doença Meningocócica em Porto Alegre: número acumulado de casos por semana epidemiológica, período 1999 a 2001 (SE18,5/5)
Fonte: PMPA/SMS/CVS/ECE

Neste gráfico, observa-se o declínio no número total de casos, ou seja, 67 casos em 1999, e 54 casos em 2000. Essa tendência parece se manter em 2001.



Doença Meningocócica em Porto Alegre: número de casos por Semana Epidemiológica, período 1999 a 2001
Fonte: Equipe de Controle Epidemiológico/CVS/SMS

Este gráfico apresenta a distribuição dos casos de *Doença Meningocócica* nas semanas epidemiológicas e meses do ano. Observa-se que, em 2000, a concentração dos casos ocorre entre as semanas epidemiológicas 23 e 34 (42,6% dos casos no período de junho a agosto). Entretanto, em 1999, essa sazonalidade (predomínio no aparecimento da doença nos meses de inverno) não se confirmou, já que a concentração de casos ocorreu entre as semanas epidemiológicas 40 e 50 (37,3% dos casos entre outubro e dezembro).

Situação das investigações epidemiológicas realizadas em 2001, referente às semanas epidemiológicas 1 a 20. 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 Municipios	Total Parcial	POA	Outros Municipios	Total parcial	Todas as Procedências
cólera	-	0	0	0	0	0	0	0
dengue (**)	-	11	3	14	3	2	5	9
difteria	-	2	0	2	–	–	–	2
febre amarela	-	0	0	0	0	0	0	0
febre tifóide	-	0	1	1	0	0	0	1
esquistossomose (***)	-	1	0	1	1	0	0	1
síndrome pulmonar hantavírus	-	0	3	3				
hepatites	(todos)	223	77	300				
	A				41	12	53	
	B				26	07	33	
	C				113	19	132	
leptospirose	-	163	143	306	49	75	124	182
malária (**)	-	9	4	13	3	2	5	8
meningites em geral	(todos)	194	170	364				
	doença meningocócica				13	12	25	
	criptococos				11	07	18	
	haemophilus influenzae				–	–	–	
	s. pneumoniae				5	2	7	
	outras etiologias				13	–	26	
	virais				84	64	148	
	tuberculose				5	–	5	
	não especificadas				23	26	49	
paralisias agudas e flácidas	-	0	0	0				
doença exantemática	total	42	11	53				
	sarampo	3	–	3	0		0	
	rubéola	39	–	39	1		1	
sífilis congênita		28	5	33	4	4	8	25
tétano acidental	-	3	3	6	3	2	5	1
tétano neonatal	-	0	0	0	0	0	0	0
tuberculose					487	123	610	
total		718	420	1138				

(*) 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.

Nossos Encontros...

Lisiane Morélia Weide Acosta
Enfermeira da ECE

No ano 2000, muitas foram as formas de nós, da Equipe de Controle Epidemiológico, nos encontrarmos e nos comunicarmos com toda a rede de saúde pública e privada de Porto Alegre. Entre os nossos canais de comunicação ocupava lugar de destaque o Boletim Epidemiológico trimestral. Por isso, justifica-se plenamente a sua continuidade e manutenção.

Acreditamos que esse boletim, entre os diferentes canais de comunicação, seja o de maior abrangência, uma vez que atinge a todos os órgãos públicos, sociedades de especialistas e outras organizações, ainda mais agora que está na Internet, no endereço www.portoalegre.rs.gov.br No entanto, o contato direto, seja através de reuniões, cursos ou por telefone, não deixa de ser mais rico em termos de troca, de elucidação de dúvidas, de conhecimento da realidade do outro.

Constatamos que, quando realizamos um encontro, quer seja sobre hepatite, quer seja sobre leptospirose ou vacinas, como bem revela o que ocorreu em 2000, o interesse das pessoas em comparecer é grande, pois sabem que nos esmeramos na organização, na escolha e recepção dos convidados, etc. Porém, nesse quadro, quase sempre surge um questionamento: "*Vocês querem que preenchamos esta ficha enorme,... cheia de perguntas??? Nosso tempo é curto...*"

A nossa resposta é a de que os colegas não farão isso sozinhos. Estamos juntos em todas as atividades da vigilância epidemiológica, que busca conhecer, controlar e, se possível, erradicar doenças. Não nos podemos limitar a fazer pronto atendimento. Não nos basta só contar "pauzinhos". Precisamos estar atuantes e vigilantes em toda a complexidade que é a **saúde**, pesquisando, nos informando e sempre indo além das aparências.

Por isso, quando nos comunicamos, principalmente no momento de uma notificação, ocorre um mútuo aprendizado. Esse é um "momento" que pode ser associado aos ensinamentos de Paulo Freire: *"é o momento em que conhecemos o conhecimento existente, produzido; é o momento em que produzimos o novo conhecimento", ... "superando as visões compartimentadas em que, não raro, nos perdemos".* (Freire, Paulo. Pedagogia da Esperança. São Paulo, 1994, p. 192 e 193).

Poderíamos aqui relatar inúmeros momentos educativos que ocorrem até com simples telefonemas, mas nos limitamos a exemplificar apenas um caso: Certa vez, um médico nos ligou notificando uma suspeita de sarampo. Muito consciente do seu dever, ia relatando todos os achados clínicos encontrados, juntamente com os dados de identificação da criança, pedindo orientações sobre para onde deveria encaminhar a sorologia.

Ao preenchermos a ficha de investigação, solicitamos também a data da vacina do sarampo. Como o mesmo médico trabalhasse num posto bem organizado, de imediato conseguiu da equipe de enfermagem a respectiva data. Ficamos então sabendo que a criança havia sido vacinada somente há sete dias. (A vacina fora aplicada com atraso, pois a criança já estava com um ano de idade). Concluímos que a suspeita do médico estava correta quanto aos sinais e sintomas clínicos do sarampo e que se tratava de um evento adverso da vacina. Por isso, o caso foi notificado como evento adverso, não havendo necessidade de coleta para sorologia.

Esse exemplo ilustra bem um encontro de conhecimentos do qual resultou uma outra visão da realidade que se apresentava.

Mas, a realidade também pode ser diferente, como a que já tem se apresentado quando buscamos fazer a contra referência de casos de meningite meningocócica e meningococcemia, ocorridos na área de atuação de cada unidade de saúde. Nessa situação, de um modo geral, se apresentam dificuldades para localizar a área de atuação em que se insere o respectivo caso e, quando o localizamos e comunicamos o fato, não encontramos profissional que o assuma. Muitos chegam a nos perguntar o que fazer com essa informação.

Talvez estejamos apressando um pouco a descentralização dos dados epidemiológicos; talvez os profissionais ainda não tenham se apropriado da sua área de atuação; talvez tenha que haver um responsável pela vigilância epidemiológica em cada unidade de saúde. São tantos os "talvez" que, certamente, alguns podem ser eliminados mediante discussão e outros se apaguem mediante sua transformação em realidade num futuro

EXPEDIENTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE:
Joaquim Dahne Kliemann

COORDENADOR DA COORDENADORIA GERAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
Marcelo Bósio

CHEFE DA EQUIPE DE CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO:
Adelaide Kreutz Pustai

MEMBROS DA EQUIPE DE CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO:
Adelaide Kreutz Pustai / Ana S..de G. Munhoz / Ana Sir C. Gonçalves
Ângela M. L. Echevarria / Cláudio R. de J. Rodrigues / Débora B. G. Leal
Edi de Souza / Eliane C. Elias / Eliane N. Siqueira / Larissa Simão Beskow
Leila V. F. Campo / Lisiane M. W. Acosta / Márcia C. Santana / Mª. Aparecida M. Vilarino
Maria da G. S. de Bastos / Maria de Fátima de B. Rigatti / Maria R. V. Brito
Maristela F. Tósca / Marli T. G. Ferreira / Naiar S. Marques / Niraci P. Perin
Orlandina de O. Pereira / Patrícia C. Wiederkehr / Patrícia Z. Lopes / Paulina B. Cruz
Rita D. Jobim / Rosane T. da C. Linck / Rute da S. Lopes / Simone S. B. Garcia
Sônia V. Thiesen / Vera L. J. Ricaldi / Vera R. da S. Carvalho

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) 3216.8890.
www.portoalegre.rs.gov.br

Editoração e Impressão:
BRASUL GRÁFICA E EDITORA
Editoração e Impressão:
Fone/Fax: (51) 3346.1577
email: brasul@terra.com.br - www.graficabrasul.com.br

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
Administração Popular
Onde a Participação faz Democracia
SMS

Prefeitura de Porto Alegre
ADMINISTRAÇÃO POPULAR
MAIS CIDADE, MAIS CIDADANIA