



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

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

ANO V

NÚMERO 15

MAIO DE 2002

EDITORIAL

Os artigos da Leptospirose e da Dengue se destacam neste Boletim Epidemiológico do mês de junho no qual comemoramos o dia do meio ambiente em 5 de junho. Ambas são doenças que possuem vetores e estão diretamente relacionadas a adaptação deles ao ambiente urbano, ou seja, o meio ambiente da cidade de Porto Alegre.

No artigo da priorização de áreas para ações preventivas à Leptospirose, fez-se um georeferenciamento de todos os locais de contaminação dos casos dessa doença no período de 1990 - 2000, o que nos possibilitou conhecer as áreas de maior risco em Porto Alegre. Esse estudo é resultante do trabalho conjunto da Equipe de Controle Epidemiológico com a Equipe de Zoonoses/ Núcleo de Roedores e Vetores e conclui que as ações preventivas à Leptospirose só podem existir através desse trabalho multi e intersectorial com ênfase ao ambiente no qual vivemos.

O controle ambiental do vetor da Dengue em Porto Alegre e seus resultados são mostrados no artigo da Equipe de Zoonoses/ Núcleo Roedores e Vetores. Muito nos preocupa a constatação que locais revisitados pelos agentes continuam com focos de mosquitos. Essa realidade coloca em risco o objetivo de evitar uma epidemia de dengue na nossa cidade.

O artigo dos genótipos de vírus da hepatite C nos mostra a prevalência do Genótipo 3 em ambos os sexos. O conhecimento desse fato é resultado de uma boa vigilância epidemiológica das hepatites virais em nossos serviços de saúde.

No mês de junho estaremos iniciando a Campanha de Vacinação contra a Rubéola e o Sarampo para as Mulheres em Idade Fértil. Essa campanha integra o Programa Nacional de Erradicação da Rubéola Congênita. Os passos e objetivos estão descritos no artigo do Núcleo de Imunizações.

Os resultados que apresentamos das doenças investigadas no ano de 2002 e 2001 podem conter erros por serem retirados do Programa SINAN/Windows do Ministério da Saúde. Esse programa está apresentando problemas técnicos ainda não solucionados. Estamos contando nossos dados manualmente pois os relatórios emitidos e a exportação do banco de dados para "dbf" por este software não estão confiáveis. Já constatamos perda de informações. Esperamos que este problema seja solucionado até o final do ano. Assim, o quadro das investigações de doenças não será publicado nesta edição.

Encerramos este boletim com o relato de um momento muito feliz no qual confraternizamos e homenageamos pessoas e instituições que nos ajudam muito no dia a dia de nosso trabalho, a fim de que possamos conhecer, analisar, prevenir e se possível reduzir as doenças transmissíveis de notificação compulsória em nossa cidade.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL

*Márcia Clair Sant'Anna.
Enfermeira da ECE/NI*

A rubéola é uma doença viral exantemática que tem evolução geralmente benigna, mas torna-se uma enfermidade severa quando acomete mulheres nos primeiros meses de gravidez provocando a síndrome da rubéola congênita no concepto.

Cerca de 90% dos fetos, cujas mães foram infectadas nos três primeiros meses de gestação, irão desenvolver alguma anomalia. Quanto mais precocemente infectadas maior o risco de morte intra uterina, aborto espontâneo e malformações congênitas de órgãos e sistemas: cardiopatias, microcefalia, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, glaucoma congênito, microftalmia, catarata, surdez e outras manifestações transitórias como hepatoesplenomegalia, icterícia, meningencefalite e osteopatia radiolúcida. A diabetes insulino dependente é também uma manifestação tardia freqüente na rubéola congênita. As malformações podem se apresentar de formas isoladas ou combinadas.

Visando eliminar a síndrome da rubéola congênita, o município de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal da Saúde, estará engajado na campanha de vacinação contra a rubéola para as mulheres em idade fértil, campanha esta que será realizada em todo o estado do Rio Grande do Sul bem como em outros 11 estados brasileiros, no período de 15/06/02 a 05/07/02.

A população alvo será todas as mulheres na faixa etária dos 12 aos 39 anos completos, independente da condição vacinal ou história de diagnóstico prévio de rubéola.

Mesmo aquelas mulheres que não pretendem ou não podem engravidar deverão receber uma dose da vacina, diminuindo assim a circulação do vírus da rubéola e, conseqüentemente, o risco de termos crianças acometidas pela síndrome da rubéola congênita.

Nossa meta é vacinar 95% de uma população de 310.801 mulheres.

Apesar do terrível quadro representado pela síndrome da rubéola congênita (SRC), ainda existe certa resistência dos profissionais da saúde em indicar a vacina contra a rubéola para mulheres, devido ao medo do risco teórico do concepto apresentar a SRC, caso a mulher esteja grávida ou venha a engravidar pouco tempo após ser vacinada.

É necessário salientar que não existe nenhum relato de síndrome de rubéola congênita relacionado a mulheres que receberam inadvertidamente a vacina contra a rubéola nos primeiros três meses de gestação ou que tenham engravidado até 3 meses após receber a vacina.

Com base nestes dados, o Comitê Consultivo para Prática de Imunizações do Ministério da Saúde reduziu para **28 dias** o período recomendado para evitar a gestação após ter recebido a vacina com componente da rubéola.

Este período de segurança é devido a um pequeno risco fetal teórico de 1,3% que é substancialmente menor que o risco de 20% para SRC associado com infecção materna durante as primeiras 20 semanas de gestação.

Com base neste pequeno risco teórico está sendo formado um Comitê Multidisciplinar para acompanhamento das mulheres grávidas inadvertidamente vacinadas e também daquelas que engravidaram nos 30 dias após campanha.

Após a testagem sorológica, todas as mulheres consideradas suscetíveis ou com a sua condição imunológica ignorada, serão contactadas e acompanhadas pelo Serviço Nacional de Informações sobre Agentes Teratogênicos (SIAT), vinculado ao Serviço de Genética do HCPA, que também fará o acompanhamento dos recém-nascidos.

Para que a campanha tenha sucesso, é imprescindível que todos os profissionais da rede estejam sensibilizados e orientados da importância desta campanha para que se consiga eliminar a síndrome da rubéola congênita, protegendo nossas crianças de mal formação que pode ser prevenida.

Bibliografia Consultada

Centers for Disease Control and Prevention.
MMWR December 14, 2001.

PRIORIZANDO ÁREAS PARA AÇÕES PREVENTIVAS À LEPTOSPIROSE EM PORTO ALEGRE *

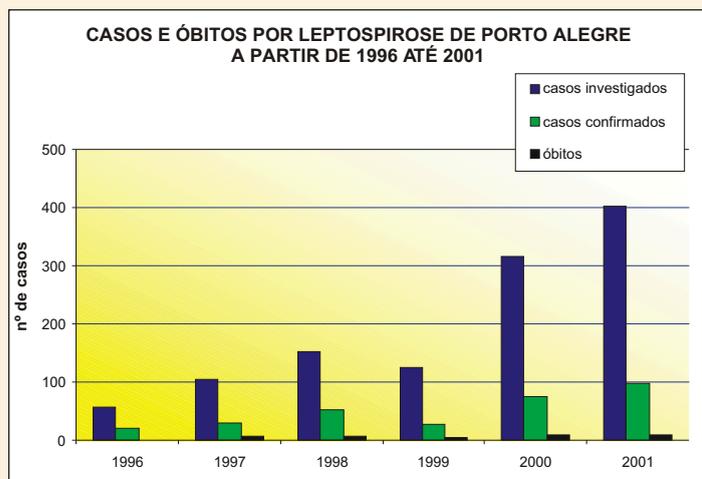
Lisiane Morélia Weide Acosta
 Maria Inês Michelucci Rodrigues Bello
 Regina Cristina Ávila

Com a maior sensibilidade do sistema de vigilância, a partir da municipalização do controle epidemiológico ocorrido em 1995, observa-se um crescimento contínuo da incidência da Leptospirose como pode ser observado no gráfico e tabela abaixo:

Casos e Indicadores de Leptospirose em Porto Alegre, 1996 a 2001

ANO	casos investigados n	casos confirmados n	Coefficiente de Incidência *	óbitos	Coefficiente 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
2001	403	98	7,36	10	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



Fonte: PMPA / SMS / CVS / ECE / NCZ

O controle ambiental dos roedores realizado pela Equipe de Controle de Zoonoses (EZ)/Núcleo de Controle de Roedores e Vetores, ocorre desde 1990 através das ações de desratização e antirratização nos locais de casos confirmados de Leptospirose. Porém, questões como alagamentos, áreas de risco, saneamento necessitam de política preventiva intersetorial com priorização de áreas de ação.

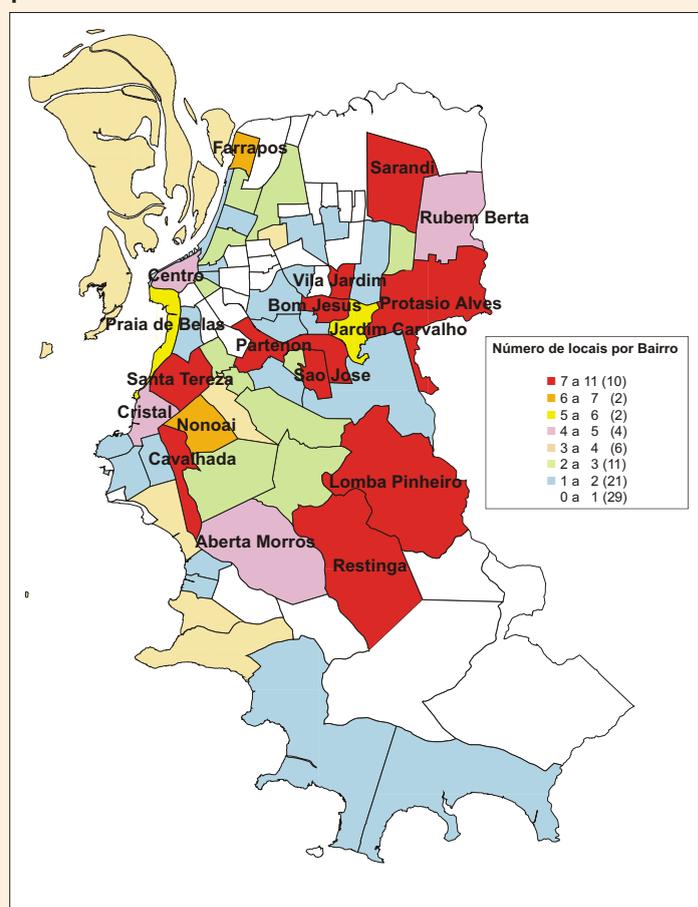
Para determinarmos as áreas prioritárias para prevenção da Leptospirose, realizamos uma "análise histórica da distribuição geográfica dos locais de contaminação dos casos de

Leptospirose de Porto Alegre nos anos de 1990 a 2001" ilustrada por meio de mapas.

Os mapas foram construídos através do georeferenciamento dos endereços dos locais de contaminação de casos confirmados de Leptospirose. Esses locais são determinados pelo Núcleo de Roedores e Vetores/EZ através da investigação ambiental que é realizada desde 1990.

Por uma questão de territorialização, distribuímos a frequência de locais de contaminação por bairros (fig 2) o que facilita uma ação conjunta dos diversos agentes responsáveis pelos determinados bairros.

Figura 2 - Distribuição da Frequência de Locais de Contaminação de Leptospirose por Bairros no período de 1990 a 2000*



Fonte: PMPA / SMS / CVS / ECE / NCZ

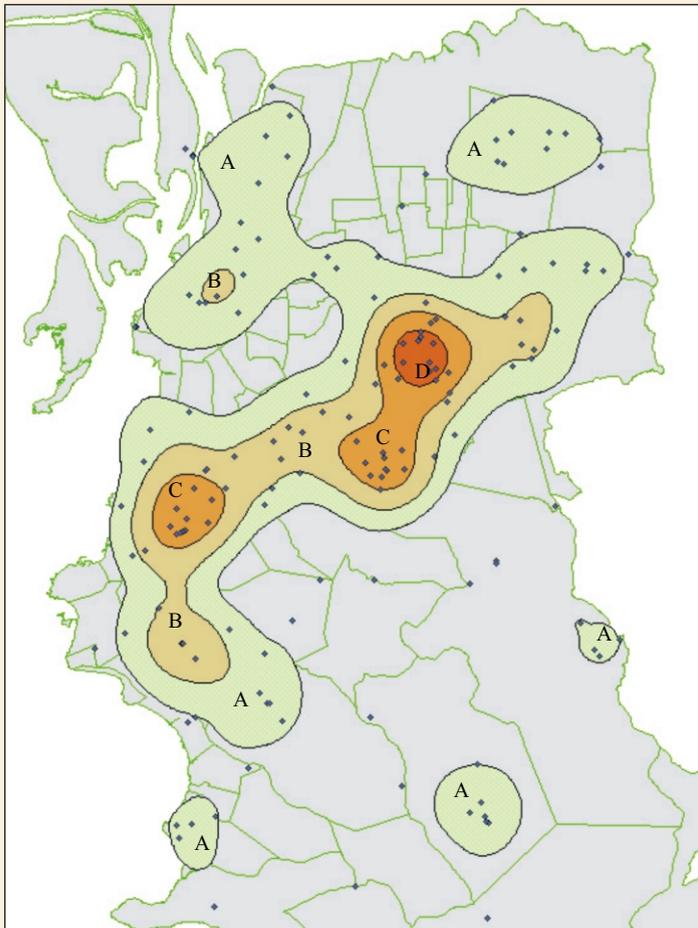
Como os bairros não possuem a mesma área(m²), fizemos um índice resultante do número de locais de contaminação de cada bairro no período de 1990 a 2000 dividido pela área(m²) de cada bairro. O maior índice resultante é o do bairro Vila Jardim.

Entretanto, como os fenômenos não ocorrem de acordo com divisões político-territoriais, realizamos uma análise geográfica da concentração da distribuição dos locais de

(* POSTER APRESENTADO NO V CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, CURITIBA 2002.)

contaminação de Leptospirose que pode ser visualizado na figura 3. Esse mapa servirá para um futuro estudo de fatores geográficos como bacias hidrográficas, morros, e outros que existem na nossa cidade e que podem contribuir para a ocorrência dessas áreas de concentração de casos, também nos mostra a área de maior concentração na Vila Jardim e Bom Jesus, seguido da região do Partenon, São José com a mesma densidade da região do bairro Santa Tereza e Cruzeiro.

Figura 3 - Distribuição por Densidade de Pontos dos Casos de Leptospirose no período de 1990 a 2000



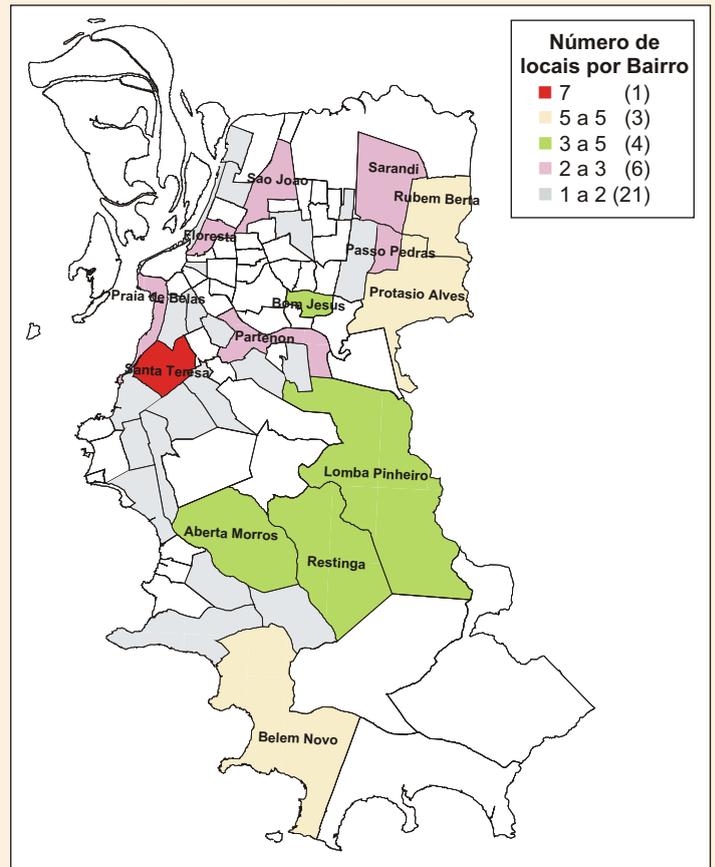
Fonte: PMPA / SMS / CVS / ECE / NCZ e Geógrafo Christovam Barcellos

	Área (km ²)	Casos	Densidade (casos : km ²)	Proporção dos casos (%)
A	125,19	142	1	82,6
B	41,04	70	2	40,7
C	13,11	40	3	23,3
D	1,89	10	5	5,8

Na distribuição dos locais de contaminação por bairros no ano de 2001, demonstrado no mapa a seguir (fig.4), o bairro Santa Tereza tem uma maior frequência. Outros bairros da região sul

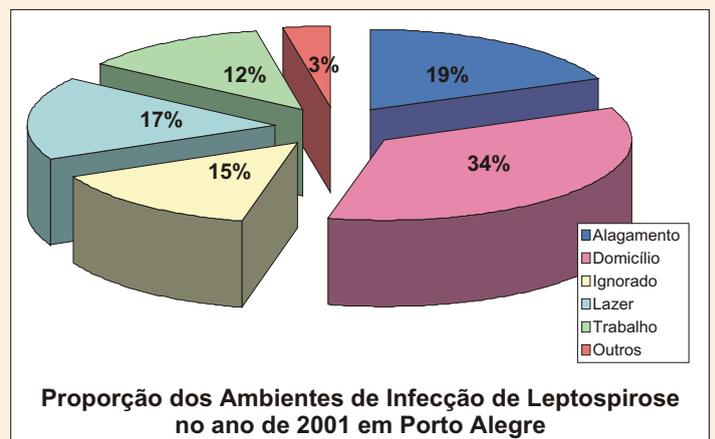
aparecem com mais casos do que no período de 1990 a 2000.

Figura 4 - Distribuição da Frequência por Bairros de Locais de Contaminação de Leptospirose no ano de 2001



Fonte: PMPA / SMS / CVS / ECE / NCZ

Esta realidade pode estar relacionada a mudança das variáveis das características dos locais de contaminação, pois a partir de 2001 o fator alagamento está mais presente, como mostra o gráfico abaixo.



Fonte: PMPA / SMS / CVS / ECE / NCZ

Muitas análises ainda se fazem necessárias, mas o importante é conhecermos as três áreas geográficas prioritárias para as ações preventivas da Leptospirose em Porto Alegre, cientes de que as ações preventivas são multisetoriais para responderem aos complexos fatores ambientais de risco dessa patologia.



Genótipos do vírus da Hepatite C

Prevalência dos genótipos do vírus da Hepatite C nos exames de Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em 2000*



Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
Coordenação de Vigilância em Saúde
Equipe de Controle Epidemiológico

Maristela Fiorini
Lisiane Morélia Weide Acosta
Sônia Valladão Thiesen
Larissa Simão Beskow
Maria de Fátima de Bem Rigatti

O exame *Reação de Polimerase em Cadeia (PCR)* detecta a presença do vírus da Hepatite C e seu genótipo no organismo humano. Os resultados apontados por este exame são de grande importância para estudos epidemiológicos, além de definirem o tempo de tratamento a que o paciente será submetido.

Conforme protocolo do Ministério da Saúde estabelecido pela Portaria 639 de 21/06/2000 o genótipo define a duração do tratamento com *Interferon e Ribavirina*. Pacientes com genótipo 2 e 3 devem ser submetidos a 6 meses de tratamento e pacientes com genótipos 1, 4, 5 e 6 devem realizar 12 meses de tratamento.

No ano de 2000, os resultados encontrados, pela Secretaria Municipal da Saúde podem ser observados conforme está descrito nas tabelas abaixo.

Distribuição, segundo genótipo viral, dos casos de Hepatite C Porto Alegre-RS, 2000

Genótipo	Número de casos	%
gen.1a	127	15,89
gen.1b	105	13,14
gen. 2	35	4,38
gen. 3	226	28,29
negativos	269	33,67
gen.1a +gen.1b	7	0,88
gen1b + gen3	6	0,75
positivos sem identificação de genótipo	24	3,00
total	799	100,00

Fonte: Equipe de Controle Epidemiológico/
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde/SMS/POA-RS

Distribuição, segundo genótipo viral, dos casos de Hepatite C em mulheres, Porto Alegre-RS,2000

Genótipo	Número de casos	%
gen.1a	50	13,30
gen.1b	48	12,77
gen. 2	18	4,79
gen. 3	102	27,13
negativos	139	36,97
gen.1a +gen.1b	4	1,06
gen1b + gen3	2	0,53
positivos sem identificação de genótipo	13	3,46
total	376	100,00

Fonte: Equipe de Controle Epidemiológico/
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde/SMS/POA-RS

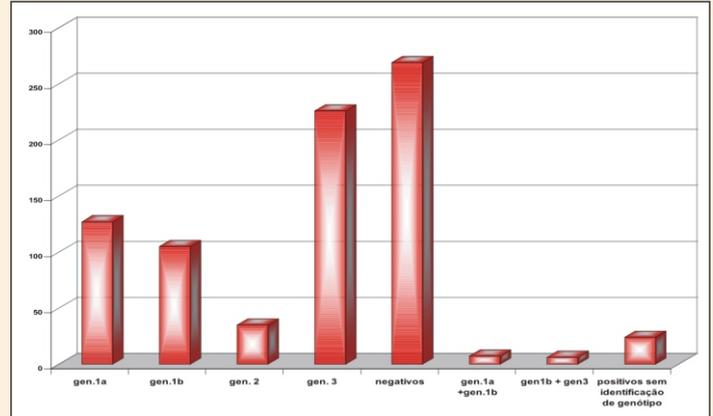
Distribuição, segundo genótipo viral, dos casos de Hepatite C em homens, Porto Alegre-RS,2000

Genótipo	Número de casos	%
gen.1a	77	18,20
gen.1b	57	13,48
gen. 2	17	4,02
gen. 3	124	29,31
negativos	130	30,73
gen.1a + gen.1b	3	0,71
gen1b + gen3	4	0,95
positivos sem identificação de genótipo	11	2,60
total	423	100,00

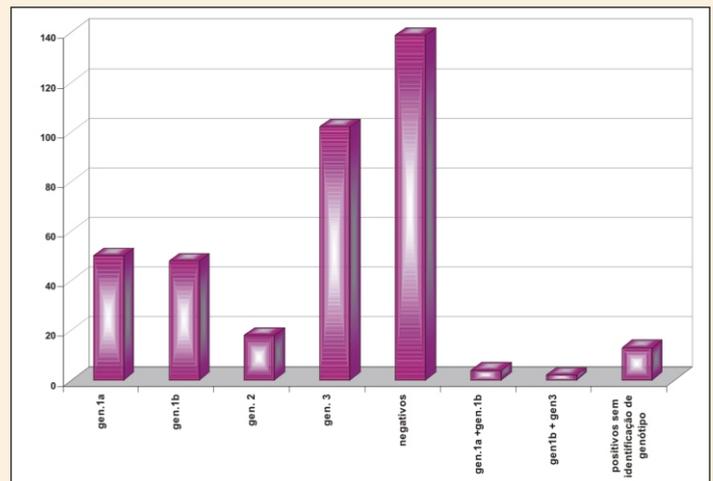
Fonte: Equipe de Controle Epidemiológico/
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde/SMS/POA-RS

Os resultados encontrados revelam a prevalência do **genótipo tipo 3** tanto em homens quanto em mulheres confirmando assim uma tendência já indicada em outros estudos sobre a prevalência deste genótipo na região sul do país.

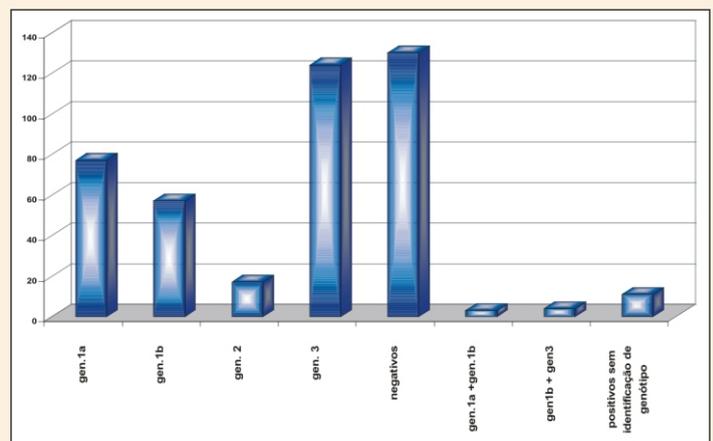
(* **POSTER APRESENTADO NO V CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, CURITIBA 2002.**)



Distribuição dos casos de Hepatite C, segundo genótipo do vírus, Porto Alegre-RS, 2000
fonte: SMS/ CVS/ECE



Distribuição, segundo genótipo do vírus, dos casos de Hepatite C em mulheres residentes em Porto Alegre-RS, 2001
fonte: SMS/ CVS/ECE



Distribuição, segundo genótipo do vírus, dos casos de Hepatite C em homens residentes em Porto Alegre-RS, 2001
Fonte: PMPA/SMS/ CVS/ECE



OS VETORES DA DENGUE EM PORTO ALEGRE

Cláudia Barros da Silva Lima
Liane Fetzer
Maria Angélica Weber
Vera Baldasso
Biólogas do NCRV/CGVS

A presença dos vetores *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* em nossa cidade é relativamente recente. Os primeiros exemplares de *Aedes aegypti* foram coletados em meados de abril de 2001. No final daquele ano foram identificados os primeiros focos de *Aedes albopictus*. A partir do levantamento de informações geradas pela coleta de dados de forma contínua pelo Programa de Prevenção à Dengue começam a ser compreendidos os hábitos e características destes vetores em nosso meio. Neste artigo serão expostos alguns resultados que ilustram esta afirmativa.

Aedes aegypti possui habitat domiciliar e peridomiciliar preferindo criadouros artificiais, tanto aqueles a céu aberto e preenchidos por água de chuvas, como aqueles utilizados para armazenar água para uso doméstico. Nestes criadouros pode haver proliferação de larvas e pupas com a condição de que a água armazenada seja translúcida, acumulada em recipientes situados em locais sombreados e, preferencialmente, de fundo ou paredes escuras. Essas também tem sido observadas em água acumulada entre as folhas de bromélias, ocos de árvores, escavações em rocha e bambu. Tais achados, no entanto, são raros em comparação com os chamados criadouros preferenciais, mencionados anteriormente. Esse mosquito é

facilmente encontrado em locais de maior densidade populacional e, mais raramente, em ambientes semi-silvestres. (SOUZA-SANTOS, R 1999)

Aedes albopictus é um mosquito asiático que teve sua dispersão incrementada para outras partes do mundo desde 1980. Sua primeira identificação no Brasil, foi na cidade do Rio de Janeiro, em 1986, e nenhum registro anterior é conhecido. Partindo da área inicialmente infestada esta espécie vem se disseminando sucessivamente pelo Brasil inteiro. O mosquito tem demonstrado elevada capacidade para utilizar uma ampla variedade de criadouros artificiais no território brasileiro, sem abandonar os criadouros naturais. *A albopictus* tem importância vetorial para o sudeste asiático, sul da China, Japão e Ilhas Seychelles onde é o transmissor da dengue. A população de *A albopictus* introduzida no Brasil demonstrou capacidade de transmitir dengue, febre amarela e vírus da encefalite equina venezuelana sob condições laboratoriais (GOMES, A C et alli 1999)

O conhecimento da realidade local com o mapeamento da distribuição dos vetores, o perfil vetorial e características ecológicas é fundamental para o delineamento das ações de prevenção e controle.

Em 2002, o Programa de Prevenção à Dengue do município está sendo realizado em parceria pelas secretarias municipais e estaduais de saúde. Os trabalhos de campo estão sendo realizados por 200 agentes de saúde e 60 estagiários dos cursos de biologia e medicina veterinária contratados pelo estado e município, respectivamente.

Neste ano, até a data de 03 de junho, foram visitados 106.599 imóveis. As visitas aos imóveis têm como objetivos orientar os moradores para o reconhecimento e eliminação de locais que servem como criadouros às formas imaturas de mosquitos e detectar a presença e a distribuição das espécies *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, através da coleta sistemática de amostras (larvas) em diversos tipos de depósitos e imóveis.

Na figura 1 observamos o total de imóveis inspecionados, a presença das espécies vetoras e demais espécies. Apesar da quantidade de casas com a presença dos vetores ser pequena, em relação ao total de imóveis visitados não podemos deixar de nos preocupar, pois, a presença do vetor na cidade cresceu rapidamente desde o início de seu registro, em abril de 2001.

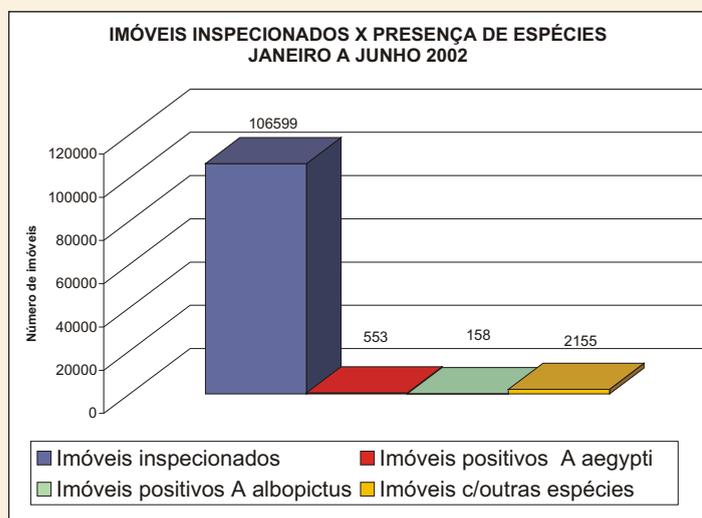


Fig. 1 Comparação entre o total de imóveis inspecionados e a quantidade de imóveis positivos para *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* e outras espécies, respectivamente.

Nos 553 imóveis onde foram coletadas amostras de larvas da espécie *Aedes aegypti* verificamos que o nível de domiciliação está bastante elevado. Os percentuais referentes a cada tipo de depósito são apresentados na figura 2.

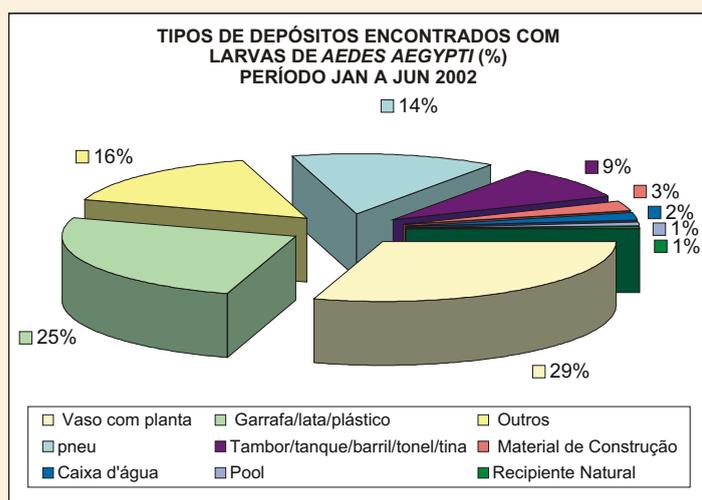


Fig. 2 Tipos de depósitos com larvas de *Aedes aegypti* em percentagem. Total de imóveis = 553.

Os depósitos predominantes correspondem aos vasos de plantas perfazendo 29% dos criadouros. Nesta situação, as larvas são encontradas em sua grande maioria nos pratinhos dos vasos de plantas. Também observa-se grande presença de larvas em plantas cultivadas diretamente na água.

O segundo tipo de depósito predominante é formado por garrafas, latas e plásticos (25%), geralmente, dispostos à céu aberto. Estes recipientes costumam ser descartados de forma inadequada propiciando a oferta de inúmeros criadouros. Com o percentual de 16% e 14% encontramos as categorias de depósitos outros e pneus, respectivamente. Cabe esclarecer que a categoria outros aqui é basicamente formada por piscinas demonstrando a falta de cuidados em relação a manutenção das mesmas. As piscinas mantidas em condições para banho (cloração e aeração constantes) não se transformam em criadouros de mosquitos.

Em relação a presença de *Aedes albopictus* constatamos que apesar da amplitude de ambientes explorados por este vetor (ambientes silvestre e domiciliar), ele foi encontrado em 186 imóveis. *Aedes albopictus* também vem apresentando considerável nível de domiciliação. Os tipos de depósitos utilizados por este vetor têm sido muito semelhantes aos usados por *Aedes aegypti* como podemos ver na figura 3. Novamente, os vasos de plantas estão em primeiro lugar com 29%, seguidos pela categoria de depósitos "garrafas, latas,plástico" com 22%. Para *Aedes albopictus* observa-se em terceiro lugar com 17%, os pneus.

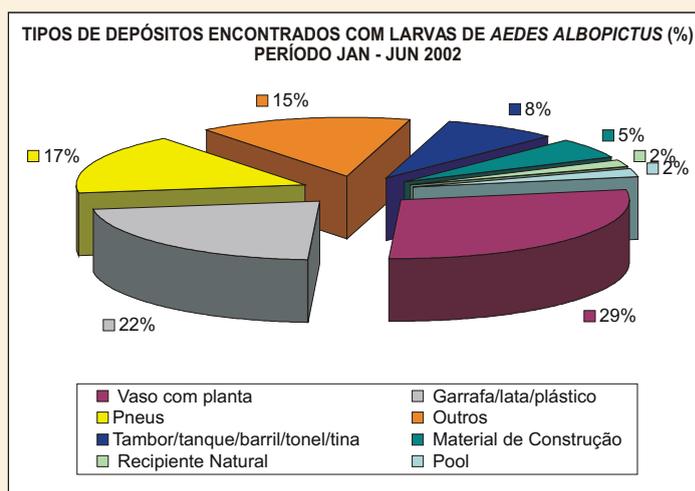


Fig. 3 Tipos de depósitos com larvas de *Aedes albopictus* em percentagem. Total de imóveis = 186.

Os hábitos culturais e estilos de vida da população são fatores determinantes na dispersão dos vetores, pois viabilizam ambientes propícios para a reprodução dos mosquitos. Pelos resultados obtidos observa-se o mesmo padrão de comportamento para ambas as espécies (figuras 2 e 3).

Atualmente, os mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* estão presentes em mais de 50 % dos bairros do município conforme figura 4. Cabe salientar que os níveis de infestação são diferenciados e que há bairros com a presença de apenas um foco. Entretanto, a situação é preocupante, uma vez que inclusive em áreas tratadas anteriormente, os níveis de infestação voltaram a crescer.

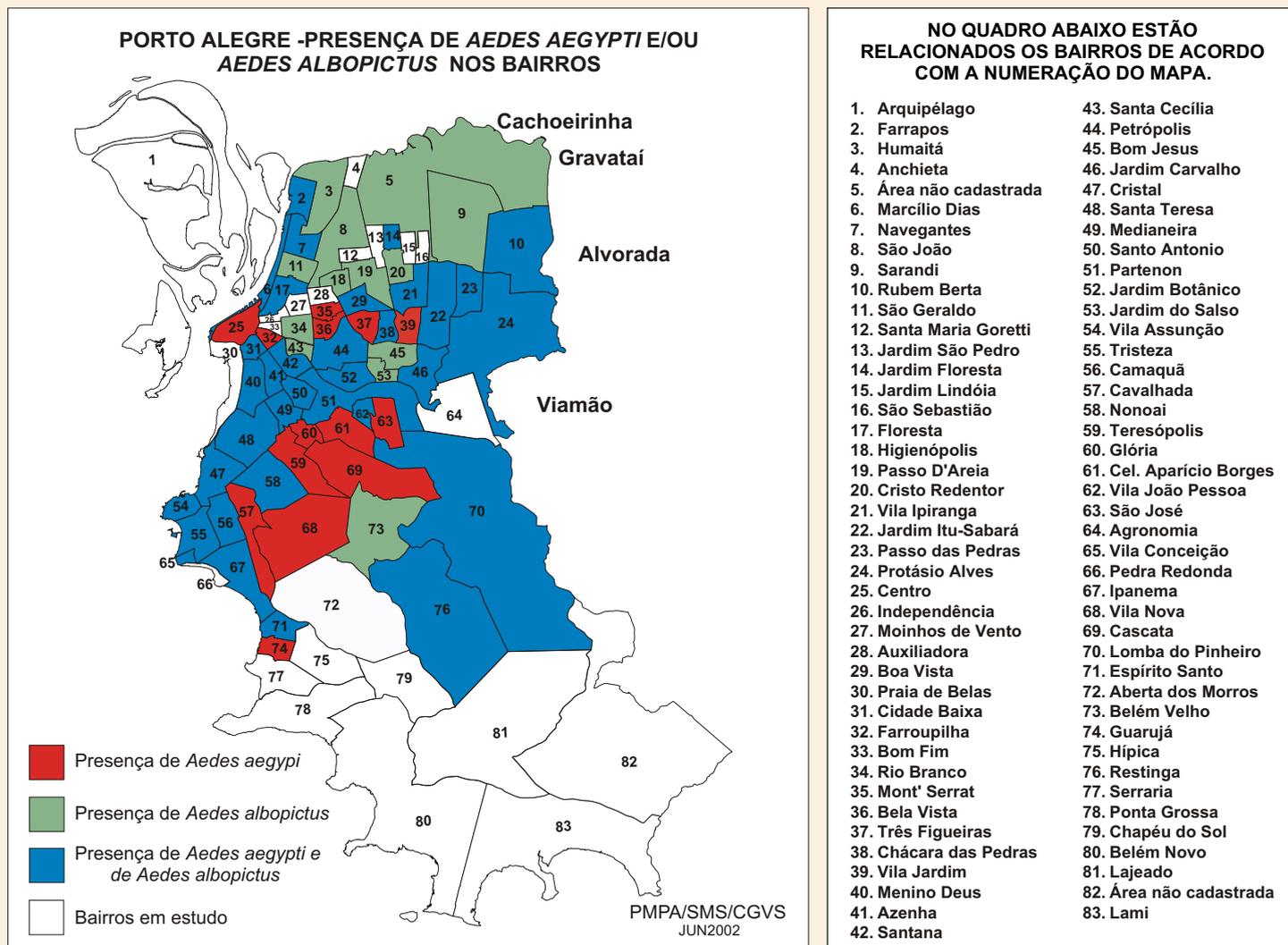


Fig.4 Bairros positivos para *Aedes aegypti* elou *Aedes albopictus*. Total de bairros = 83.

O problema de dispersão dos vetores é bastante complexo devido as características ecológicas do ambiente antrópico. Apesar dos esforços do poder público, os resultados obtidos são pequenos.

Acreditamos que estamos em um período crucial para ações voltadas a educação, pois a população está em fase de reconhecimento dos hábitos do mosquito, que ainda é uma novidade no contexto de nossa cidade. Investir em informação e na conscientização das responsabilidades de todos os setores da sociedade nesta luta, juntamente com a constante vigilância da presença do vetor, permitirá ações oportunas e eficazes na prevenção de casos de dengue autóctone.

Bibliografia:

GOMES A C. ,BITENCOURT M.D., NATAL D.,PINTO P.L.S., MUCCI L.F., DE PAULA M.B., URBINATTI P.R., BARATA J.M.S. *Aedes albopictus* em área rural do Brasil e implicações na transmissão de febre amarela silvestre. Ver. Saúde Pública, 33(1): 95-7, 1999.

SOUZA-SANTOS R. Fatores associados à ocorrência de formas imaturas de *Aedes aegypti* na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil. Ver. Soc. Bras. Med. Trop. 32(4), 1999.

AMIGO DA EPIDEMIOLOGIA

A Equipe de Controle Epidemiológico promoveu o evento "Amigo da Epidemiologia" realizado no dia 17 de abril do corrente ano no Hotel Everest. Esse evento teve como objetivo agradecer e homenagear 67 profissionais e entidades do setor da saúde, que se destacaram como notificadores e facilitadores do trabalho da Vigilância Epidemiológica. O encontro serviu para marcar os sete anos de atividade da Vigilância Epidemiológica, em parceria com os setores públicos e privados da saúde de Porto Alegre.

São estes os profissionais e instituições considerados destaque pela Vigilância Epidemiológica:

Adriana Belardineli Ramalho, Alahir da Silva, Aline da Silva Ferreira, Alfredo Kraus, Ana Lúcia Hamp, André Fonseca (representando o Laboratório Simbios), Angelica H.S. Correa, Beatriz Silva de Souza, Carlos Graef, Carmem Lascombe, Carmem Rejane Gonçalves da Silva, Célia Parraga de Medeiros, Claudete Kmetzsch, Cloeni Blum, Dandolo Reschel, Elaine Ceccon, Eleonor Jaconi, Elisabeth Suzana Wartchow, Fábio Segall, Fátima Neves, Fátima Regina Luz da Rosa, Francisco Bruno, Galton Albuquerque (representando o Laboratório do Hospital Mãe de Deus), Helena Bitencourt, Irineu Keisermann Grimberg (representando o Laboratório Lafond), Isete Maria Stella, Ivani Konrad Schardosin, Jacira Maria Pedrollo, Jéssica Barbosa, Jorge Hauschild, Juarez Cunha, Julio Diehl

(Representando o Laboratório Weinmann), Lia Capsi Pires, Lúcia Damian, Luis Carlos Ribeiro e equipe, Luiz Edmundo Mazzoleni, Marco Antônio Shomp, Magda Ceteno Broll Carvalho, Maiquel Paz, Mari Bandeluti, Maria Aparecida Rodrigues Ferreira, Maria Cristina Heineck Comiran, Maria Cristina Templer, Maria de Lurdes Ravello, Maria do Carmo Lenz, Maria Regina Rodrigues de Souza, Marília Severo, Moisés da Silva Goulart, Neyla Azambuja, Nilda Conceição da Silva, Paulo Langoni, Regina Gomes Ranzani, Rita Dalla Jobim, Rita Lobato (Representando o Laboratório Andradas), Luiz Ronaldo Huber, Rosângela França Dornelles, Sérgio Bueno, Simone Mahamud, Simone Martins de Castro, Solange Terezinha Chaves, Suzane Kummer, Teresinha Dossin, Valdir Callegari, Vanessa Rodrigues Tarragô.



Da esquerda para direita:
Enfermeira Maristela Fiorini, Dr^a Suzanne Kummer
Recebendo o Diploma de "Amigo da Epidemiologia"
com sua Mãe

EXPEDIENTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE:
Joaquim Dahne Kliemann

**COORDENADOR DA COORDENADORIA GERAL
DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE:**
Marcelo Bósio

CHEFE DA EQUIPE DE CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO:
Maria Regina Varnieri Brito

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 / Leila V. F. Campo
Lisiane M. W. Acosta / Leticia Garay Martins / Mara B. S. Ourives / Márcia C. Santana
M^a. Aparecida M. Vilarino / Maria da G. S. de Bastos / Maria de Fátima de B. Rigatiti
Márcia C. Calisto / Maria R. V. Brito / Maristela F. Tósca / Marli T. G. Ferreira
Naiar S. Marques / Niraci P. Perin / Patrícia C. Wiederkehr / Patrícia Z. Lopes
Paulina B. Cruz / Rosana I. Ouriques / 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

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) 3289.2890 - Fax: (0xx51) 3289.2856.
Esta publicação encontra-se disponível no endereço eletrônico
www.portoalegre.rs.gov.br/sms no formato PDF.

Editoração e Impressão:



Editoração e Impressão:
Fone/Fax: (51) 3346.1577
email: rgrafic@terra.com.br - www.graficabrasul.com.br



Prefeitura de Porto Alegre
ADMINISTRAÇÃO POPULAR
Secretaria Municipal de Saúde