



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

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

ANO V

NÚMERO 18

FEVEREIRO DE 2003

EDITORIAL

Este primeiro boletim epidemiológico de 2003 traz artigos que analisam, com profundidade, o ano de 2002 em três momentos epidemiológicos importantes: o risco da ocorrência de caso autóctone de dengue, os dados epidemiológicos um ano após a municipalização da vigilância da aids em maiores de 13 anos e a avaliação da cobertura vacinal nos menores de 1 ano em Porto Alegre.

Embora ainda não possamos colocar uma planilha com todos os casos notificados e investigados dos agravos de notificação compulsória devido a problemas no sistema de informação, que esperamos solucionar em breve, acreditamos que a profundidade e riqueza de dados dos artigos aqui apresentados completam em parte esta lacuna.

Continuamos até hoje sem a ocorrência de casos autóctones de dengue em nossa cidade. Um momento de grande risco para que isso pudesse ocorrer foi o início do ano de 2002, quando tínhamos muitos casos importados ao mesmo tempo e a presença do mosquito *Aedes aegypti* em vários bairros. A análise dessa situação pode ser verificada nas páginas centrais deste boletim.

Com o sentimento de que estamos cumprindo com as metas propostas ao municipalizarmos a vigilância epidemiológica da aids, apresentamos um artigo que faz, de forma conjunta, uma avaliação dos dados e da vigilância epidemiológica propriamente dita ao mostrar as principais fontes notificadoras e assistenciais deste agravo na cidade.

Trabalhando a questão da cobertura vacinal na cidade, expomos de forma clara e direta os resultados da cobertura nos menores de um ano de idade, que não vem alcançando as metas mínimas de cobertura nestes últimos dois anos. Aproveitamos para informar aqui que uma pesquisa qualitativa para investigar esta realidade de forma mais profunda está em andamento, reunindo o Núcleo de Imunizações da Equipe de Controle Epidemiológico, a Coordenação do PSF (Programa de Saúde da Família), a rede de saúde do município (Coordenação da Atenção Primária) e a UFRGS (Programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem).

Outra pesquisa importante em curso no Núcleo de Doenças Transmissíveis Agudas da ECE, iniciada em novembro de 2002 e coordenada por esta Secretaria Municipal de Saúde, através da Equipe de Controle Epidemiológico, em conjunto com o Grupo Hospitalar Conceição e FFFCM, tem como objeto de investigação a transmissão vertical do vírus da hepatite C (HCV). Os objetivos e fluxos deste trabalho encontram-se descritos neste boletim para reforçar a integração de todos os serviços de saúde presentes neste grande projeto.

Certos que este é um ano de mudanças positivas, comunicamos que, a partir de março, nossa equipe, assim como todas as equipes da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), estará em sede própria localizada na **Av. Padre Cacique nº 372, - PABX: (51) 3289.2400 - bairro Praia de Belas.**

Desejamos que todas as mudanças resultem, para todos nós, em um feliz 2003!

ANÁLISE DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS EM MAIORES DE 13 ANOS

Lisiane Morelia Weide Acosta

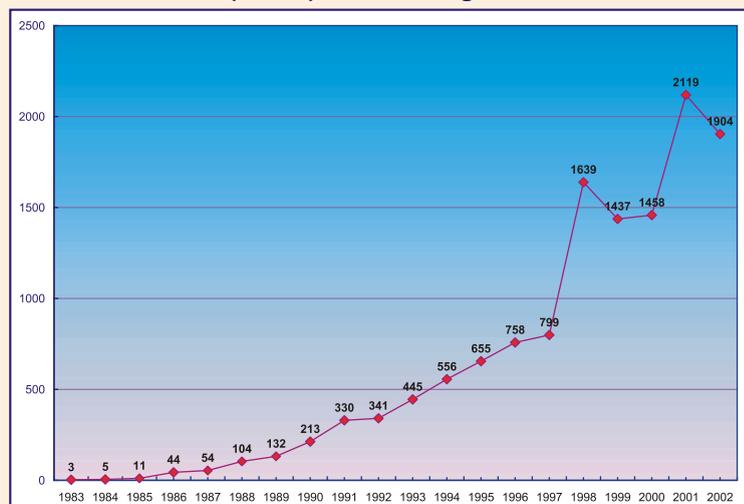
Enfermeira do Núcleo das Doenças Crônicas
ECE/CGVS/SMS

Após um ano da municipalização da vigilância epidemiológica da aids, há necessidade de uma avaliação do trabalho realizado até o momento. Com esse objetivo, esse artigo se propõe a analisar, de forma conjunta a realidade da aids em Porto Alegre e o trabalho da vigilância epidemiológica.

A Secretaria de Saúde do Estado do RS realizou a vigilância epidemiológica da aids até setembro de 2001 e repassou o banco de dados SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) com todos os casos notificados em Porto Alegre para a ECE (Equipe de Controle Epidemiológico) da Secretaria Municipal de Saúde.

Há 13126 casos de aids em maiores de 13 anos notificados no SINAN/POA, com uma distribuição por ano de notificação, mostrada no gráfico abaixo. Observe o registro de dois picos de casos notificados, em 1998 e em 2001.

Distribuição de casos de aids por ano de notificação ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) de Porto Alegre



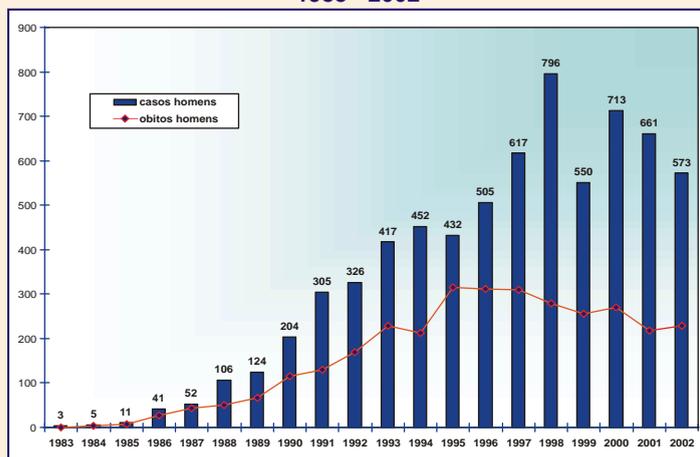
Fonte: ECE/CGVS/SMS/POA

O primeiro pico, em 1998, reflete as mudanças dos critérios de definição de caso. Esses critérios constam no documento *Revisão da definição nacional de casos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica* (Ministério da

Saúde, 1998), implementados a partir de treinamentos nas redes de saúde do município de Porto Alegre. O segundo pico, em 2001, coincide com o ano da municipalização da vigilância epidemiológica da aids, que faz uma vigilância epidemiológica ativa, com busca de dados e cruzamento dos mesmos com várias fontes de notificação.

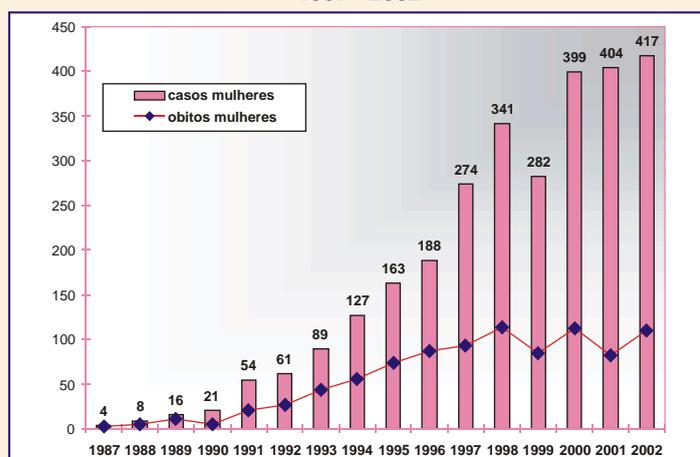
Como o momento da notificação não reflete a evolução da epidemia em Porto Alegre, há necessidade de uma análise por ano de diagnóstico de casos residentes no município. Tendo-se ciência da constante diminuição da razão de casos entre homens e mulheres, os gráficos a seguir mostram a evolução do número de casos por ano de diagnóstico e óbitos por ano de ocorrência, em ambos os sexos.

GRÁFICO 1 - Distribuição de casos de aids por ano de diagnóstico e óbitos de homens residentes em Porto Alegre, 1983 - 2002



Fonte:ECE/CGVS/SMS/POA

GRÁFICO 2 - Distribuição dos casos de aids por ano de diagnóstico e óbitos em mulheres residentes em Porto Alegre, 1987 - 2002



Fonte:ECE/CGVS/SMS/POA

As figuras acima parecem demonstrar dois momentos epidêmicos diferentes.

O gráfico dos homens mostra um decréscimo gradativo de casos nos últimos quatro anos, com o ápice em 1998.

O gráfico das mulheres mostra um acréscimo de casos, embora com diferença pequena dos valores nos últimos três anos. Ou seja, o relato da "feminização" da epidemia da aids em vários países se apresenta em Porto Alegre onde, em 1987, a razão de casos entre homens e mulheres era de 13:1, e em 2002 chega a 1,3:1.

Os óbitos, em ambos os gráficos, se mantêm nos últimos cinco anos no mesmo nível, como que estabilizados. Pode-se supor que essa realidade seja o resultado do tratamento a esses pacientes. No Brasil, a garantia de acesso ao tratamento de alta eficácia (Highly Active Antiretroviral Therapy-HAART) desde os anos 90, com os inibidores de transcriptase reversa indicados em associação com o AZT em 95, gerou um efeito na mortalidade por aids de acordo com análises do Boletim Epidemiológico AIDS, ano XY nº 01, Ministério da Saúde.

Entretanto, o coeficiente de letalidade é resultante da divisão dos óbitos pelo número de casos. Nos homens, a letalidade oscila nos últimos cinco anos com um menor valor de 0,32 em 2001 ao maior valor de 0,46 em 1999. Nas mulheres, o menor valor é de 0,2 em 2001 e o maior de 0,33 em 1998.

O coeficiente de letalidade menor nas mulheres pode estar relacionado com o critério de definição de caso, ou seja, do diagnóstico ser, em 26,9% dos casos, o exame laboratorial de CD4 menor de 350. Enquanto que, nos homens, o maior percentual, 21,6%, é do critério CDC + RJ/Caracas, ou seja, há sinais, sintomas e doenças associadas no momento do diagnóstico.

A forma de contaminação também deve estar presente nessa análise pois, na mulher, a exposição preponderante é a heterossexual com 53,4%, seguida da heterossexual com uso de drogas 9% e somente o uso de drogas 5,6%. Nos homens somente o uso de drogas corresponde a 12,7% e heterossexual com uso de drogas 12,4%. A influência do uso de drogas pode, também, se refletir no coeficiente de letalidade diferente entre homens e mulheres.

A faixa etária e escolaridade não diferem significativamente de acordo com o sexo. A faixa etária do 25 aos 35 anos corresponde a 40% dos casos em ambos os sexos.

A escolaridade é um item com grande percentual de dado ignorado que foi de 30% em anos anteriores a 1996, e 25% em 2002. Dos 7309 pacientes com dados completos, o maior

percentual, 26%, corresponde à escolaridade de 1 a 3 anos de estudos concluídos, tanto em homens como mulheres.

Todos os dados analisados são resultantes de notificações realizadas pelos serviços de saúde e, de forma legal e obrigatória, pelos médicos assistentes desses serviços. Na tabela a seguir estão dispostas as fontes de notificação de aids, de modo decrescente, os números absolutos de casos notificados e percentuais, registrados no SINAN/POA.

Fonte Notificadora	nº casos	Percentual
Secretaria de Saúde do Estado do RS	7742	59,0%
Hospital Nossa Senhora da Conceição	1149	8,8%
Hospital Vila Nova	758	5,8%
Ambulatório de Dermatologia Sanitária	625	4,8%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	519	4,0%
Serviço de Atendimento Especializado (SAE)/SMS/POA	502	3,8%
Hospital Sanatório Partenon	357	2,7%
Cidadão(o próprio paciente)	234	1,8%
Complexo Hospitalar Santa Casa	221	1,7%
Equipe de Informações - CGVS/SMS	194	1,5%
Consultórios Privados	113	0,9%
Hospital Fêmina	122	0,9%
Equipe de Controle Epidemiológico - CGVS/SMS	106	0,8%
Outros(unidades, hospitais, clínicas)	482	3,6%
Total	13124	100,0%

Registra-se que a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, denominava-se sempre como fonte notificadora pois era ela que registrava os dados que seriam repassados ao Ministério da Saúde. Esta prática não ocorreu mais a partir da municipalização da vigilância epidemiológica da aids por ser de suma importância, tanto para a vigilância, como ao planejamento de políticas municipais de DST/Aids, conhecer suas fontes de dados e de assistência.

É importante salientar que a fonte notificadora o cidadão corresponde a 1,8% dos dados, logo, 238 pacientes informaram diretamente à vigilância epidemiológica seus dados.

Os locais registrados no item local de tratamento da ficha de notificação e investigação da aids em maiores de 13 anos residentes em Porto Alegre, correspondem a 1609 registros, 16,5% dos 9746 casos notificados. Como a fonte notificadora não corresponde ao local de tratamento do paciente, mostra-se, na tabela abaixo, os números de casos e percentual com locais de tratamento definidos.

Serviço	nº de casos	percentual
Serviço de Atendimento Especializado(SAE)/SMS/POA	323	20,0%
Hospital Nossa Senhora da Conceição	317	19,7%
Ambulatório de Dermatologia Sanitária	173	10,8%
Hospital Sanatório Partenon	164	10,2%
Hospital Vila Nova	151	9,4%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	144	8,9%
Hospital São Lucas	72	4,5%
Complexo Hospitalar Santa Casa	60	3,7%
Consultório Privado	53	3,3%
Hospital Fêmina	48	3,0%
US Restinga	17	1,1%
Outros(US, hospitais, clínicas)	87	5,4%
Total	1609	100,0%

A ordem de ambas as tabelas é diferente e coincidem apenas na segunda posição com o Hospital Nossa Senhora da Conceição. Os serviços com ambulatórios estão mais presentes nos locais de tratamento, o que pode ser explicado pelo fato de muitas notificações serem realizadas no momento da internação hospitalar quando não está ainda definido o local de acompanhamento.

Sabe-se que a epidemia da aids não segue a mesma trajetória no mundo. Há diferenças em cada área geográfica e populações. Então, torna-se vital que Porto Alegre conheça sua trajetória, analisando, estudando e pesquisando seus dados para dar uma resposta de acordo com seus padrões culturais, étnicos e estruturais na prevenção e assistência da aids.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA TRANSMISSÃO AUTÓCTONE DE DENGUE EM PORTO ALEGRE

Os casos de dengue confirmados que foram investigados pela a Equipe de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no período de janeiro a julho de 2002 foram objeto de um estudo detalhado, motivado pela grave epidemia de dengue que ocorreu no Rio de Janeiro e outras cidades do país no final do ano de 2001 e início do ano de 2002. Essa epidemia teve reflexos importantes na cidade de Porto Alegre, uma vez que muitas pessoas que haviam estado em cidades com epidemias retornaram infectadas.

Os casos importados da doença ocorridos no período citado foram motivo de grande preocupação, uma vez que, em abril de 2001, foi detectada, pela primeira vez em nossa cidade, a presença do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue.

Dessa forma, o principal objetivo do estudo foi propor uma estratificação de risco de transmissão da doença em Porto Alegre, desenvolvendo metodologias de vigilância da dengue baseadas no mapeamento de casos e focos. Os objetivos específicos foram:

- Realizar sobreposição geográfica dos casos notificados de dengue com a presença do vetor na área de residência do paciente.
- verificar a capacidade do sistema (SIG) de localizar focos através de mapas de logradouros.
- propor um sistema de identificação de áreas de risco baseado em informações entomológicas e epidemiológicas.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, utilizando duas bases de dados: os **casos de dengue** e os **imóveis com presença do vetor**. Foram considerados os casos investigados confirmados de dengue de pessoas com endereço fixo ou temporário em Porto Alegre, no período de 01 de janeiro de 2002 a 30 de julho de 2002.

A base de dados (casos investigados de dengue) está toda digitada no SINAN versão windows (Sistema Nacional de Agravos de Notificação). Ao tentar exportar os 127 casos confirmados de dengue para o programa EXCEL, não foi possível fazê-lo. A hipótese do insucesso para essa exportação é de que tenha sido por problemas do SINAN versão windows. Assim, foi necessário fazer um novo banco de dados dos casos. Para isso, foi utilizado o EXCEL, que por sua vez foi exportado para o MAPINFO®, quando então foi possível georreferenciar todos os casos.

Em outra camada (ou nível) foram georreferenciados os focos positivos para *Aedes aegypti* localizados em Porto Alegre. Para esse processo, foi criado um banco de dados digitado em ACCESS, gerado pelo Núcleo de Controle de Vetores da Equipe de Controle de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Esse banco de dados utiliza as informações geradas pelo SISFAD (Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue). Nesse banco

de dados foram redigitados os endereços dos 698 focos de *Aedes aegypti* encontrados em Porto Alegre, no período de 16/01/02 a 11/07/02.

O software utilizado foi o MAPINFO® disponível na Equipe de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Com base no mapa digitalizado de Porto Alegre por logradouros, pôde-se georreferenciar o endereço (rua e número) dos casos confirmados de dengue e focos do vetor.

Uma vez georreferenciados os focos, foi possível obter mapas da distribuição espacial dos casos em relação aos focos identificados e medir sua densidade por área (tanto de casos/área ou polígono quanto focos/polígono) utilizando a região “bairro”.

Para análise dos casos e focos, foram construídas áreas de influência (“buffer”) de 100m e de 300m. Assim, foram produzidos “buffers” que propiciaram contar quantos focos estavam nas proximidades dos casos e quantos casos estavam nas proximidades dos focos.

A idéia inicial trabalhada de estratificação de risco ancorou-se nas seguintes combinações entre variáveis que medem a presença de focos e de casos importados de dengue:

- ◆ muitos focos e sem casos importados (baixo risco);
- ◆ muitos casos importados e sem focos (baixo risco);
- ◆ sem focos e sem casos importados (baixo risco);
- ◆ muitos focos e muitos casos importados (alto risco);
- ◆ todas as demais combinações como “médio risco”.

RESULTADOS

1 NÍVEL DE ANÁLISE: ABASE É O BAIRRO

Essa análise foi sobre os pontos onde estavam localizados os casos de dengue nos bairros de Porto Alegre. A base cartográfica da Prefeitura de Porto Alegre conta com 85 bairros. O maior número de casos confirmados de dengue concentram-se nos bairros Santana, Cidade Baixa e Cristal (cada um com 7 casos), seguidos pelos bairros Centro, Santa Teresa e Restinga (cada um com 5 casos), Santo Antônio, Petrópolis, Boa Vista, Higienópolis, Sarandi e Humaitá (cada um com 4 casos). Ao analisar o número de casos por bairro, verificou-se um mínimo de zero e um máximo de 7 casos em um mesmo bairro, dos 127 casos georreferenciados. Assim, a média encontrada foi de 1,49 casos por bairro, variância de 3,26 e desvio padrão de 1,81.

Em um segundo momento, ao analisar a localização dos focos do mosquito, a concentração de pontos se verifica em outros bairros da cidade, como Santa Teresa, Glória, Teresópolis (bairros da zona sul) e também uma grande concentração de focos no bairro Protásio Alves (bairro da zona leste). Ao analisar o número de focos, verificou-se um mínimo de zero e um máximo de 114 focos em um mesmo bairro, tendo sido georreferenciados 695 focos. A média encontrada para essa análise foi de 8,18 focos por bairro, variância de 345,816 e Desvio Padrão de 18,60. Percebemos nessa análise a perda de apenas 3 focos, diferente do nível de

análise por endereço, que será visto em seguida.

Já ao sobrepor essa camada verificou-se, grosso modo, que não havia grande coincidência de focos com casos. Vide figura 1.

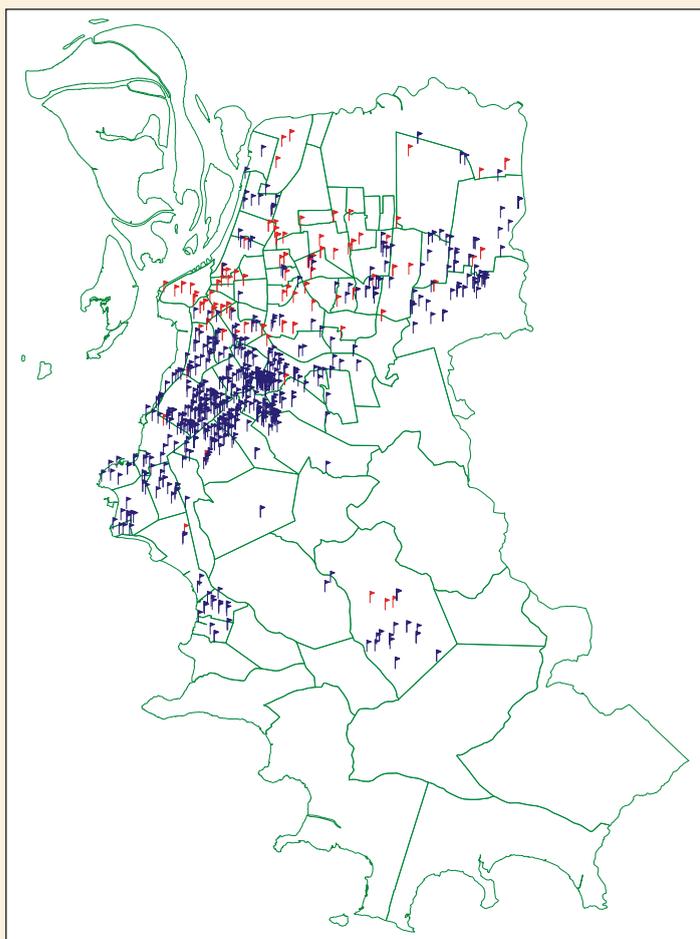


Fig 1 Sobreposição de casos de dengue e focos do mosquito *Aedes aegypti* no município de Porto Alegre, jan-jul, 2002

2 NÍVEL DE ANÁLISE: A BASE É O ENDEREÇO

Para a realização dessa análise, em um primeiro momento, foram construídos mapas de pontos (cada endereço) dos casos confirmados e dos focos de mosquito. Após, foi usada a técnica de "buffer" do MAPINFO® para 100 m e 300 m, sendo possível observar os seguintes resultados:

2.1 Focos

Buffer de 100 metros: foram encontrados 664 registros de focos (perda de 34 focos, como registrado anteriormente na descrição da metodologia), havendo um mínimo de zero e um máximo de 3 casos dentro da área de 100 metros dos casos. Somando todos os casos que estão dentro de 100 metros de algum foco, o número obtido foi 5. Assim, a média foi de 0,0075 caso por foco, variância de 0,0165 e desvio padrão de 0,129.

Buffer de 300 metros: Para esta análise, há também 664 registros de focos, tendo sido encontrado um mínimo de zero casos e máximo de 5 casos na área de 300 m dos casos. A soma de todos os casos dentro de áreas de 300 m é de 82, lembrando que há sobreposição de buffers (por exemplo: um mesmo caso pode estar na área de 2 ou mais focos, portanto, é somado mais do que uma vez). A média de casos por foco dentro dos 300 m é de 0,1235, variância de 0,2317 e o desvio padrão é de 0,48.

2.2 Casos

Para a realização dessa análise, também foi usada a técnica de "buffer" do MAPINFO® tendo sido

encontrados os seguintes resultados:

"Buffer" de 100 metros: de cada caso (127 casos), foi encontrado um mínimo de zero focos e um máximo de 1 foco. Houve uma soma de 5 focos na área de abrangência de 100 m dos casos importados. A média encontrada foi de 0,04 focos por caso, variância de 0,0384 e desvio padrão de 0,196.

"Buffer" de 300 metros: dos 127 casos mapeados, foi encontrado um mínimo de zero e um máximo de 6 focos, num raio de 300 m dos casos, somando 82 focos dentro dos raios de 300 metros dos casos importados. A média encontrada foi de 0,66 focos por caso, variância de 1,71 e desvio padrão de 1,31.

A figura 2 ilustra em parte o que foi descrito acima ("buffers" 300 m dos casos).

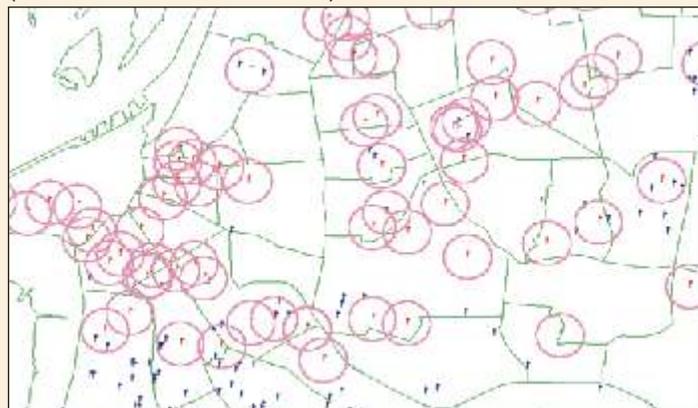


Fig 2 "Buffer" 300 m do caso confirmado de Dengue, Porto Alegre, Jan-jul 2002

Finalmente, outra análise realizada, foi o cruzamento da informação dos índices de infestação predial por bairros de Porto Alegre com os casos confirmados de dengue. Verificou-se que houve coincidência de presença de casos confirmados de dengue com índices prediais elevados (acima de 1), em 4 bairros (total de 5 casos). Até julho de 2002, 11 bairros de Porto Alegre ofereciam risco para transmissão de dengue, se tivessem ocorrido casos nesse período. Verifique a figura 3, ilustrando o relatado.

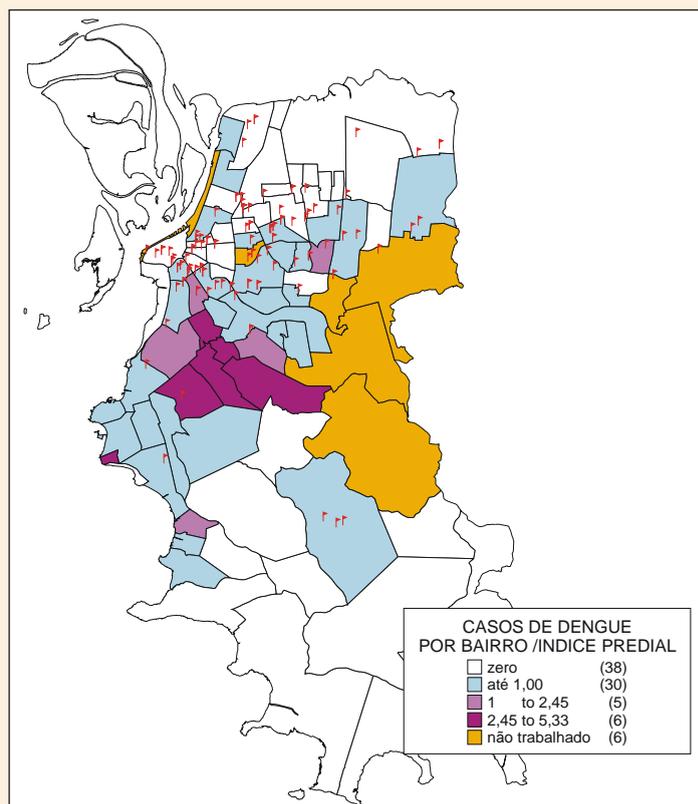


Fig 3 Casos de Dengue por bairro x índice de infestação predial, jan-jul 2002

Por fim, foi possível estratificar risco, utilizando as áreas em comum, tanto para casos quanto para focos. Ocorreram, efetivamente, 3 pontos de risco para transmissão de dengue no município de Porto Alegre, no período estudado, considerando a proximidade de menos de 100 m entre a localização de casos e focos.

CONCLUSÃO

Há muitos anos sanitaristas vêm alertando sobre a gravidade da situação do dengue em nosso país. A revista RADIS/Súmula alertava em março de 2002:

“A epidemia de dengue que atingiu o Rio de Janeiro não surpreendeu os especialistas em Saúde Pública, que tinham conhecimento da presença em todo o estado do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor do vírus da doença. Agora, com a irônica e trágica volta das epidemias, não podemos supor que conseguiremos uma melhora nos níveis de saúde da população somente com brigadas neomodernas de mata-mosquitos. Saúde, comunicação e educação entrelaçam-se de tal forma que é impossível atingir um grau mínimo de eficiência neste espaço, sem que haja uma participação ativa de todos. Talvez alguns leitores históricos do Radis tenham tido a inevitável sensação de *déjà vu* ao bater os olhos neste parágrafo logo acima. Não é para menos. O texto foi copiado, letra por letra, da revista Súmula nº 14, de junho de 1986, cuja matéria de capa é: **Dengue a Epidemia Esperada**. Ainda naquela capa, o sanitarista Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz, escreve: 'Vivemos o momento de decisão entre ter saúde para todos no ano 2000 ou ter epidemias para todos até o ano 2000'".(p 01)

A citação acima deixa absolutamente claro o quanto é imprescindível que seja adotada uma postura ofensiva por parte das autoridades, profissionais de saúde, pesquisadores e da população em geral, no sentido de evitar novas epidemias nos locais em que estas vêm ocorrendo, bem como evitar que elas ocorram onde ainda não aconteceram, como é o caso de Porto Alegre. A investigação epidemiológica demonstrou que a totalidade dos casos são importados. No entanto, dependendo das condições locais de proliferação do mosquito e de contato do mosquito com pessoas infectadas, pode-se produzir casos autóctones da doença no município. Um dos elementos-chave dessa análise é, portanto, a integração entre dados entomológicos e epidemiológicos, análise esta que pode ser realizada a partir do mapeamento desses eventos. Certamente todo o cuidado que se teve em nossa cidade realizando a vigilância ambiental (busca do vetor num raio de 300m do local de residência do paciente), logo que um caso suspeito era notificado, contribuiu muito para que não iniciasse a transmissão autóctone da doença.

Felizmente, em 2002, houve baixo risco para o início da transmissão de dengue em Porto Alegre, devido a pouca proximidade entre casos e focos. O entendimento que fica, é de que o método utilizado para o presente estudo poderá servir para que as vigilâncias

epidemiológicas e ambientais o utilizem de forma permanente. Será possível ter a identificação mais precisa das áreas de risco, desde que haja uma atualização permanente das bases de dados de todos os casos notificados como suspeitos de dengue, bem como dos focos, à medida que vão sendo encontrados. Para que a metodologia proposta tenha máxima eficiência e eficácia na detecção de áreas de risco de transmissão, é necessário o preenchimento adequado dos endereços nas duas bases de dados (SISFAD e SINAN). Em municípios que não possuem bases de logradouros para a localização de endereços, o GPS poderia ser adotado para a localização geográfica de focos e casos. Dessa forma, será possível adotar medidas de prevenção imediatas (eliminação dos focos) na área de influência dos casos (300m do local de residência do paciente).

O estudo apresenta limitações, uma vez que houve intervalos de tempo grandes entre a data de início dos sintomas dos pacientes e a detecção da presença do vetor na área de residência do paciente. As classificações de risco que foram criadas na fase do projeto, não se mostraram factíveis, uma vez que é possível inferir apenas dois níveis de análise de risco: a) baixo risco onde houve coincidência de casos e focos, uma vez que foi em apenas 3 locais; b) sem risco: todos os demais locais da cidade onde não houve coincidência de casos e focos.

É sabido que em locais onde se inicia a transmissão de dengue, há sempre epidemias de grande magnitude e sob forma hiperendêmica nos lugares onde circularam anteriormente um ou mais sorotipos. Existem lacunas de conhecimento disponíveis para prever, sob bases científicas, futuras ocorrências de epidemias na forma grave. Pela situação epidemiológica e entomológica de vários continentes, há evidências de agravamento do atual cenário, uma vez que há grande dificuldade em eliminar ou controlar os fatores de risco da doença (TEIXEIRA, 1999).

O presente estudo pode contribuir para os locais onde ainda não ocorre transmissão de dengue, no sentido de sensibilizar profissionais e dirigentes de saúde, bem como outros setores da sociedade, na perspectiva do trabalho multisetorial, a fim de que estratégias de intervenção nesse campo sejam exitosas.

BIBLIOGRAFIA:

RADIS. 2002. *A dengue*. Ed Fiocruz. Rio de Janeiro

TEIXEIRA, G.T., BARRETO, L.B., GUERRA, Z. 1999. Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue. *Informe Epidemiológico do SUS*, 8(4):5-33

Obs. Esse é um resumo da Monografia apresentada em dezembro de 2002 por Adelaide Kreutz Pustai e Myrian T. Ventura Corrêa, para a conclusão do curso de Especialização em Epidemiologia da Escola de Saúde Pública e Universidade Federal de Pelotas, orientada pelo Dr. Christovam Barcellos e co-orientada pela Dra. Maria Regina Varnieri Brito.

TRANSMISSÃO VERTICAL DA HEPATITE C NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Com o objetivo de investigar a transmissão vertical (mãe-filho) do vírus C da hepatite, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através da Equipe de Controle Epidemiológico (ECE) iniciou, em novembro de 2002, uma pesquisa em conjunto com o Grupo Hospitalar Conceição e a Fundação Federal Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre.

A infecção pelo vírus C da hepatite (HCV) tem uma expressão considerável na população mundial. Segundo dados internacionais, entre 1988 e 1994, quatro milhões de americanos se infectaram com o HCV. No Brasil, uma pesquisa realizada por Martins et al encontrou 3% de prevalência do vírus entre adolescentes de rua.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 2,5 a 4,9 % da população brasileira esteja infectada pelo vírus da hepatite C. Considerando-se que a infecção, na maioria das vezes, apresenta evolução assintomática, pode-se dimensionar que a hepatite C poderá constituir-se na maior pandemia do novo milênio.

Em estudo realizado em Porto Alegre, no ano de 2000, foi encontrada prevalência de 2,66% de anti-HCV reagente entre gestantes (Peixoto et al).

Apesar da redução dos casos pós-transfusionais, uma vez que há uma maior seleção dos doadores de sangue, bem como a maior realização de teste para o vírus C da hepatite, os números da doença vem aumentando a cada ano no mundo todo. Entre os fatores relatos para o avanço da doença estão o uso de drogas injetáveis, exposição de jovens a técnicas de tatuagem, colocação de piercings entre outros fatores.

Em relação a transmissão sexual e vertical do vírus, ainda há muita controvérsia no meio científico, razão pela qual mulheres HCV positivas recebem durante o pré-natal orientações divergentes em relação ao tipo de parto mais indicado, bem como em relação ao aleitamento. Objetivando conhecer melhor esta realidade, esta sendo realizado o estudo epidemiológico para verificar a ocorrência da transmissão vertical em Porto Alegre.

Busca-se com este estudo elaborar um protocolo de atendimento para as gestantes HCV

positivas no município e, de acordo com os resultados, incluir o exame de HCV como rotina de pré-natal.

Em conjunto com o Grupo Hospitalar Conceição, a FFFCMPA e as unidades da rede de saúde da SMS, desde novembro de 2002, gestantes HCV positivas estão sendo acompanhadas neste estudo, que terá a duração mínima de três anos.

A admissão da gestante à pesquisa será pelas unidades de atendimento básico. O profissional que constatar, durante o pré-natal, que a gestante é anti-HCV reagente deve encaminhá-la à Equipe de Controle Epidemiológico, que após investigação epidemiológica, será referenciada ao Hospital Fêmeina onde realizará consultas com o médico infectologista Dr. Mário Peixoto. Este a assistirá em consultas concomitantes com as do obstetra da unidade, orientando-a quanto aos procedimentos em relação ao HCV.

Ao nascimento, a criança será assistida para detectar a presença do vírus HCV em seu organismo. Isto ocorrerá num período mínimo de 18 meses. Este atendimento será realizado pela Dra. Maria do Carmo Apeel Zim, gastroenterologista pediátrica.

Atualmente, a Equipe de Controle Epidemiológico conta com onze gestantes incluídas na pesquisa, sendo que destas, três foram encaminhadas por unidades de saúde, três por unidades do programa de saúde da família (PSF) e as demais por outras fontes.

Profissionais responsáveis pela pesquisa:

- Secretaria Municipal de Saúde - Maristela Fiorini, Larissa Simão Beskow e Maria do Carmo Apell Zim.

- Grupo Hospitalar Conceição Mario Peixoto.

- Orientadores - Dr. Ângelo Alves de Mattos da FFFCMPA e a Doutoranda em Epidemiologia Maria Regina Varnieri Brito, Chefe da Equipe de Controle Epidemiológico.

Informações sobre a pesquisa podem ser obtidas na Equipe de Controle Epidemiológico, através dos telefones 3212-5457 ou 3289-2890. Saliencia-se que estes telefones serão modificados a partir de março de 2003 quando o novo endereço da Coordenação de Vigilância em saúde será a **Av. Padre Cacique, nº372, PABX: (51) 3289.2400 - Bairro Praia de Belas.**

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO EM PORTO ALEGRE NO ANO DE 2002.

Enfa. Maria Aparecida M. Vilarino
Núcleo de Imunizações/ECE/CGVS/SMS

Após a municipalização da saúde em Porto Alegre, ocorrida em 1996, verifica-se um aumento de cobertura vacinal nos menores de 1 ano, chegando a patamares de mais de 100%, nos anos de 1998, 1999 e 2000, para todas as vacinas do esquema básico (sabin, DTP, sarampo e BCG).

Esse comportamento começou a modificar-se a partir de 2001, onde identifica-se uma diminuição da cobertura vacinal que ficou em torno de 90%.

Ao analisarmos a cobertura vacinal para todas as vacinas do esquema básico (sabin, tetravalente, BCG, sarampo e hepatite B) ocorrida nos menores de um ano durante o período de janeiro a dezembro de 2002, verificamos os menores índices já atingidos nos últimos dez anos, como demonstra a tabela abaixo.

A baixa cobertura vacinal propicia o retorno a nossa cidade de doenças que estavam controladas, como difteria e tétano e até mesmo as já eliminadas, como a poliomielite e sarampo.

Podemos supor que os subregistros das doses aplicadas seja uma das causas da diminuição dos índices da cobertura vacinal, pois desde a implantação do novo boletim diário de

doses aplicadas (BDDA), em meados de 2001 verificamos a queda nas coberturas vacinais. Os registros no BDDA são base para o cálculo da cobertura vacinal, por isso a importância que dispensamos para esse dado.

Outro fator importante para avaliação dessa realidade é a melhora e o aumento dos serviços de saúde nos municípios da grande Porto Alegre, diminuindo a demanda em nossas unidades.

Nossa impressão é que o controle de várias doenças imunopreveníveis, como a difteria, coqueluche, sarampo e até mesmo a poliomielite, erradicada das Américas, parece estar desmotivando, tanto a população, como os profissionais da saúde.

A ausência de veiculação na mídia sobre a importância da vacinação como medida de prevenção das doenças, também pode estar contribuindo para a baixa adesão da população ao esquema vacinal.

Diante deste quadro tão complexo, pretendemos realizar uma pesquisa entre os responsáveis pelas crianças faltosas e entre os trabalhadores de saúde, com o objetivo de desvelar os motivos da baixa cobertura vacinal verificada nesse momento.

Com um melhor conhecimento da realidade vacinal e suas variáveis, está pesquisa poderá criar mecanismos para a recuperação da cobertura vacinal.

Pop	SABIN		DTP		SARAMPO		HEP B		BCG		HIB	
	DA	CV %	DA	CV %	DA	CV %	DA	CV %	DA	CV %	DA	CV %
21527	15271	70,94	16015	74,39	16428	76,31	15713	72,99	18596	86,38	16132	74,94

EXPEDIENTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE:
Joaquim Dahne Kliemann

COORDENADOR DA COORDENADORIA GERAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
Marcelo Bócio

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 / Clarice Michelini / 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
Márcia C. Calixto / Maria R. V. Brito / Maristela Fiorini / Marli T. G. Ferreira
Naiara 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. Padre Cacique nº 372, - PABX: (51) 3289.2400 - Bairro Praia de Belas - Porto Alegre - RS.
Está 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: rggrafic@terra.com.br



Prefeitura de Porto Alegre
ADMINISTRAÇÃO POPULAR
Secretaria Municipal de Saúde