



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

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

ANO V

NÚMERO 19

MAIO DE 2003

EDITORIAL

Este é o primeiro Boletim Epidemiológico elaborado pela equipe em seu novo local de trabalho. É necessário dizer que essa mudança interfere no resultado final do mesmo, por isso, agora que estamos em um espaço físico adequado, desejamos que este boletim consiga demonstrar o nosso novo ânimo para continuar prestando um serviço de qualidade à população de Porto Alegre.

Estamos trabalhando de forma mais integrada, com todos os núcleos da equipe em um mesmo espaço físico, procurando manter esta integração no trabalho com a rede de assistência à saúde.

Exemplo desta integração está no artigo do surto de conjuntivite viral acompanhado pela equipe, cujos dados estão analisados em um artigo específico.

Outro exemplo, é a organização da vigilância epidemiológica para o agravo da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) também conhecida como SARS ou pneumonia asiática, que é uma preocupação global. Definição de caso suspeito, fluxo da assistência e controle deste agravo estão contidos nesta edição e mostram a importância de todas as instituições de saúde como a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), ANVISA (Agência Nacional de Vigilância em Saúde), Secretaria de Saúde do Estado (SES) e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) trabalharem de forma conjunta, num fluxo contínuo tendo o mesmo objetivo: **preservar a saúde de todos nós.**

Embora agravos inusitados como a SRAG, ou a própria Leishmaniose, que já tem um caso autóctone em nosso município, mostrem a importância da vigilância epidemiológica, os agravos endêmicos em Porto Alegre são o trabalho diário da equipe. Esse trabalho tem relação direta com a assistência hospitalar, como na doença meningocócica, cuja profilaxia ainda é um problema para muitos profissionais de saúde, razão pela qual o assunto é abordado nesse boletim. Também deve-se ressaltar o empenho da rede básica de saúde, bem como a resposta da população à campanha de vacinação contra a gripe, possibilitando que a meta fosse atingida. No artigo sobre leptospirose e monitorização de doenças diarreicas, fica implícito que as estruturas das secretarias e departamentos municipais responsáveis por saneamento, ambiente e trabalho, são fundamentais para o êxito das intervenções, através da realização de um trabalho conjunto.

Em um mundo onde a informação é instantânea, precisamos também agilizar as intervenções, especialmente em saúde, que é a resultante de multifatores. O objetivo da ECE é realizar estas ações de forma conjunta, com todos os atores necessários para atingirmos, no mínimo, o maior controle possível das doenças de notificação compulsória, pois, o máximo, é a maior qualidade de saúde possível para todos nós.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

NOTA TÉCNICA DO CENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (FUNASA)
ADAPTADA PARA O RIO GRANDE DO SUL

Definição de caso:

A OMS reviu as definições de caso suspeito e provável, que também passam a serem adotadas no Brasil:

Caso suspeito:

1. Um paciente apresentando, depois de 01 de fevereiro de 2003, história de febre elevada (acima de 38°C), acompanhada de tosse ou dispnéia e uma ou mais das seguintes exposições nos 10 dias que antecedem o aparecimento dos sintomas:
 - contato íntimo com casos suspeitos ou prováveis de SRAG ou
 - viagem para as áreas com transmissão autóctone recente ou
 - residir em áreas com transmissão autóctone recente.
2. Pessoa com história de doença respiratória aguda não esclarecida que resultou em morte após 01/02/2003, cuja autópsia não foi realizada e uma ou mais exposições nos 10 dias que antecedem o aparecimento dos sintomas:
 - contato íntimo com casos suspeitos ou prováveis de SRAG ou
 - viagem para as áreas com transmissão autóctone recente ou
 - residir em áreas com transmissão autóctone recente

Caso provável:

1. Um caso suspeito com evidências radiográficas de infiltrado, compatível com pneumonia ou Síndrome de Angústia Respiratória
2. Um caso suspeito que teve um ou mais testes laboratoriais positivos para coronavírus associado à SRAG
3. Um caso suspeito com achados de autópsia compatível com a patologia da Síndrome de Angústia Respiratória sem causa definida.

Critério de exclusão

Um caso deve ser descartado quando outro diagnóstico é confirmado.

Agente etiológico

Informações divulgadas pela OMS confirmam a identificação do agente etiológico da SRAG. Trata-se de um novo vírus da família Coronaviridae. A identificação do agente etiológico foi um trabalho conjunto dos 13 laboratórios da rede mundial da OMS e as atividades desta rede concentram-se, agora, no desenvolvimento de métodos de diagnóstico, tratamento específico e, eventualmente, de uma vacina.

Definição de contato de caso suspeito ou provável de SRAG

Indivíduo que cuidou, conviveu ou morou com um caso suspeito ou provável de SRAG. Também se inclui nesta categoria os que tiveram contato direto com secreções respiratórias, fluidos corporais e/ou excreções (fezes, por exemplo) de casos suspeitos ou prováveis da Síndrome.

Principais características dos casos suspeitos

O período de incubação tem variado entre 2 a 10 dias (na maioria dos casos entre 2 a 7 dias). As primeiras manifestações da doença incluem febre alta (> 38.0°C) de início súbito, calafrios, dor muscular e tosse seca. Em 3 a 4 dias os pacientes evoluem com dispnéia, sendo comum achados radiológicos de infiltrado intersticial bilateral. Em 80 a 90% dos casos há significativa melhora dos sintomas a partir do 6º dia. Em 10 a 20% dos casos os pacientes têm evolução para um quadro clínico mais grave, progredindo para insuficiência respiratória aguda, desenvolvendo um quadro de Síndrome da Angústia Respiratória (hipoxemia grave, refratária ao uso de oxigenoterapia), exigindo intubação e ventilação mecânica. A letalidade neste grupo de pacientes tende a ser elevada. Os fatores associados à gravidade têm sido idade acima de 40 anos e presença de co-fatores de morbidade.

Condutas frente a um caso suspeito

1. Todo paciente que preencha a definição de caso referida acima deverá ser notificado à Secretaria Estadual de Saúde (telefones 51-32885880 e 51-32263353) e Secretarias Municipais correspondentes (SMS Porto Alegre telefone 51-32892471 e 32892472). No Estado do Rio Grande do Sul o hospital de referência é o Hospital Nossa Senhora da Conceição (Rua Francisco Trein nº 596). Além da ECE/SMS, as equipes técnicas das áreas

de Pneumologia Sanitária e Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual também prestam informações sobre conduta frente a casos suspeitos pelos telefones 51-32263353, 3288 5898, 32885880, das 8:30 às 18:00 h. Após esse horário e nos finais de semana, o telefone disponível é 51-99135935.

2. As Secretarias Municipais de Saúde deverão notificar casos suspeitos, por telefone, às respectivas regionais da SES, que notificará imediatamente ao CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia).
3. Se for detectado algum caso suspeito (de acordo com a definição estabelecida acima) em aeronaves e embarcações, o primeiro atendimento será prestado na unidade médica dos portos e aeroportos, procedendo-se a notificação para a ANVISA. Após a avaliação e prestação da assistência médica inicial, deverá ser feito contato com a referência técnica do Estado pelos telefones acima citados.

Manejo clínico de um caso suspeito:

- hospitalizar o paciente em uma ala de isolamento ou junto com outros casos de SRAG;
- atender o paciente de acordo com as normas de biossegurança;
- obter e registrar detalhadamente a história clínica e história de contato íntimo com pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (dentro de 10 dias antes do início dos sintomas) ou viagem recente (dentro de 10 dias antes do início dos sintomas) para as áreas afetadas;
- coletar amostras para investigação laboratorial e exclusão de causas conhecidas de pneumonia atípica:
- swab de garganta e/ou nasofaríngea;
- sangue para hemograma, hemocultura e sorologia (soro pareado).
- as amostras deverão ser enviadas para o LACEN/RS, que as enviará para o laboratório de referência nacional (FIOCRUZ/RJ);
- realizar estudo radiológico do pulmão.

Tratamento

Diversas terapias com antibióticos têm sido tentadas até o momento, com pouco efeito evidente.

A ribavirina com ou sem o uso de esteróides

têm sido utilizada em um número crescente de pacientes, mas na ausência de indicadores clínicos, sua efetividade não foi comprovada até o presente momento.

Atualmente a terapia mais apropriada inclui medidas de suporte geral do paciente, assegurando a hidratação e o tratamento de infecções subseqüentes.

Situação em 26.05.2003

De acordo com informações da Organização Mundial de Saúde, obtidas em 26/05/2003, já foram identificados casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em 28 países, totalizando, até a presente data, 8.202 casos e 725 óbitos (ver tabela lado), o que configura uma letalidade de 8,8%.

Estudos divulgados pela OMS estimam uma taxa global de letalidade em 14 a 15%, variando de menos de 1% para casos de SRAG em indivíduos com idade até 24 anos, 6% para a faixa de 25 a 44 anos, 15% para a faixa de 45 a 64 anos e maior que 50% para indivíduos acima de 65 anos. Essas estimativas são preliminares, na medida em que o surto continua em andamento. A gravidade parece estar associada a presença de co-fatores de morbidade e idade acima de 40 anos.

É importante lembrar aos viajantes internacionais que estejam atentos para os principais sintomas da doença: febre alta (acima de 38° C), tosse seca, dificuldade respiratória.

No momento, os países com maior número de casos são China (Província de Guangdong, Hong Kong e Taiwan), Cingapura, Canadá, Estados Unidos e Vietnã. A maior proporção dos casos tem ocorrido em adultos (25 a 70 anos), previamente saudáveis. Os casos secundários estão concentrados em profissionais de saúde e familiares que tiveram contato direto com os pacientes ou com suas secreções corporais.

As principais orientações definidas até o momento pelo Ministério da Saúde foram: alerta imediato a toda a rede de vigilância epidemiológica do SUS; definição, junto às SES, de uma rede de hospitais de referência para atendimento de casos suspeitos ou prováveis; normatização dos mecanismos de notificação e investigação de casos suspeitos; orientação para as áreas aeroportuárias das condutas frente a casos suspeitos que cheguem através de viagens internacionais; aquisição emergencial de equipamentos de proteção individual para os

trabalhadores de saúde; elaboração e divulgação das normas de biossegurança; atualização de informações e orientação aos profissionais de saúde através das páginas da Funasa (www.funasa.gov.br) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (www.anvisa.gov.br).

Número de casos e óbitos notificados de SRAG segundo país e local de ocorrência, em 26/05/2003

Número de casos e óbitos notificados de SRAG segundo país e local de ocorrência, em 26/05/2003

País / Local	Números de Casos	Números de Óbitos	Transmissão Autóctone	
África do Sul	1	1	Não	
Alemanha	9	0	Não	
Austrália	6	0	Não	
Brasil	2	0	Não	
Canadá	148	26	Sim	
CHINA	Hong Kong	1.726	267	Sim
	Macau	2	0	Não
	Taiwan	585	72	Sim
	Outras cidades	5.316	317	Sim
Cingapura	206	31	Sim	
Colômbia	1	0	Não	
Coréia do Sul	3	0	Não	
Espanha	1	0	Não	
Estados Unidos	65	0	Não	
Finlândia	1	0	Não	
Filipinas	12	2	Não	
França	7	0	Não	
Irlanda	1	0	Não	
Índia	3	0	Não	
Indonésia	2	0	Não	
Itália	9	0	Não	
Kuwait	1	0	Não	
Malásia	8	2	Não	
Mongólia	9	0	Não	
Nova Zelândia	1	0	Não	
Reino Unido	4	0	Não	
Romênia	1	0	Não	
Suécia	3	0	Não	
Suíça	1	0	Não	
Tailândia	8	2	Não	
Vietnã	63	5	Não	
Total	8.202	725	-	
Fonte: Organização Mundial de Saúde				

DOENÇA MENINGOCÓCICA E A QUIMIOPROFILAXIA DOS CONTATOS: AINDA UM MITO

Maristela Fiorini
Enfermeira da ECE/CGVS
Rosana lung Ouriques
Médica da ECE/CGVS

A Equipe de Controle Epidemiológico (ECE) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre vem trabalhando junto aos hospitais e unidades básicas de saúde desde 1994. Desde então, uma questão que sempre suscita dúvidas é a quimioprofilaxia para os contatos de casos de doença meningocócica (DM), que inclui a meningite e a meningococcemia. O objetivo da quimioprofilaxia é tratar o portador sadio da doença, o que é o mantenedor da cadeia natural de transmissão do meningococo.

O Ministério da Saúde indica a quimioprofilaxia para comunicantes domiciliares de casos confirmados da DM. Para domicílios coletivos como creches, quartéis e internatos preconiza-se uma avaliação da autoridade sanitária antes de proceder-se a quimioprofilaxia, em geral restrita aos que compartilharam o mesmo dormitório com o caso confirmado de DM. Profissionais de saúde não tem indicação de receber a quimioprofilaxia após atender um caso de DM, exceto quando mantiver contato direto com as secreções do doente sem a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

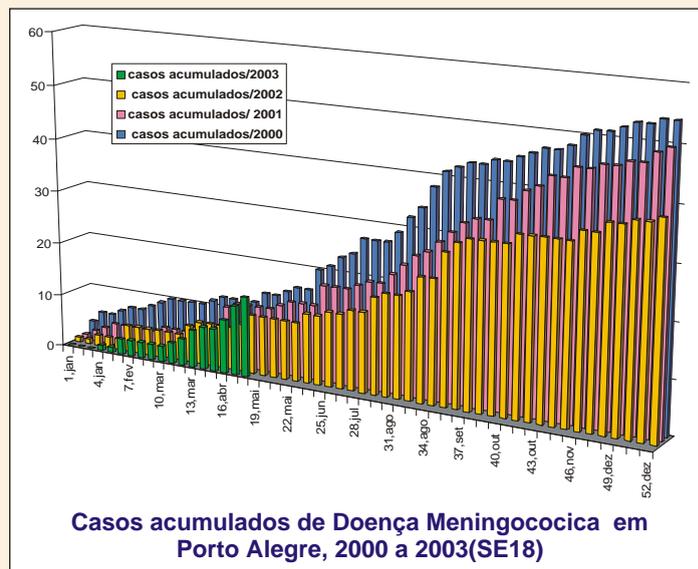
A droga de escolha é a Rifampicina, em doses de 600mg/dose de 12/12 horas, por dois dias, para adultos. Crianças maiores de um mês de vida devem usar a dosagem de 10 mg/kg/dose por dois dias em tomadas de intervalos iguais aos adultos. Já para os menores de um mês de vida, a dose é de 5mg/kg/dia, também com intervalos de 12 horas entre as tomadas. Comunicantes grávidas podem usar a Rifampicina nas doses dos demais adultos, sem riscos teratogênicos, uma vez que esta droga é usada no controle da tuberculose e da Hanseníase (nesta doença por até dois anos) sem relatos de danos aos filhos de pacientes que utilizaram o medicamento.

O esquema terapêutico recomendado nos Estados Unidos, segundo o Red Book (2000), é semelhante ao utilizado no Brasil: a droga de escolha também é a Rifampicina em doses e esquemas acima referidos. A Ceftriaxona é utilizada em dose única, por via intramuscular, para tratar o estado de portador faríngeo do meningococo do tipo A. Convém lembrar que o meningococo do tipo A não tem circulado no Brasil desde 1974. Assim, utilizar essa droga em nosso meio, além de dispendioso do ponto de vista financeiro, é também desnecessário face a realidade epidemiológica. Na tabela pode ser visto que, em nosso meio, a predominância é do meningococo do tipo B. O ciprofloxacino é também utilizado na quimioprofilaxia em adultos, na dose única, por via intramuscular, porém não é recomendado para menores de 18 anos ou para gestantes.

O caso índice também deve realizar a quimioprofilaxia antes da alta hospitalar, nas mesmas dosagem recomendadas para os contatos, a não ser que o tratamento da doença tenha sido realizado com Ceftriaxona ou cefalotaxima.

Desta forma, o entendimento é o de que não há maiores controvérsias em relação a droga de escolha ou esquema terapêutico no Brasil ou nos Estados Unidos. A droga de escolha ainda permanece sendo a Rifampicina, levando-se sempre em consideração que a indicação da quimioprofilaxia deve ser criteriosa, a fim de evitar o desenvolvimento de estirpes resistentes do meningococo como também do bacilo de *Koch*, causador da tuberculose.

O gráfico abaixo mostra os casos de doenças meningocócica ocorridos em Porto Alegre nos anos de 2000 a 2003(SE 18).



Fonte: ECE/CGVS/SMS/POA

Em 2003, até a Semana Epidemiológica (SE) 18, ocorreram 15 casos de doença meningocócica, destes, 7 são do sorogrupo B, predominante em nosso meio, assim como nos anos anteriores.

Distribuição de casos conforme idade, obitos e sorogrupos da Doença Meningocócica em Porto Alegre no ano de 2003(SE18)

Faixa Etária	nº de casos	nº de obitos	Sorogrupo B	Sorogrupo C	Sorogrupo Y/W135	Sorogrupo não Identificado
0 a 0,11m	4	1	2			2
1-4a	3		1			3
5-9a	2					2
10-14a	1		1			1
15-19a	2				1	1
20-24a	1		1			
25-29						
30-34a	1		1			
35-39a						
40-44a						
45-49a	1		1			
50-54a						
55-59a						
60 e +						
total	15	1	7	0	1	9

Bibliografia Consultada:

1. Guia de Vigilância Epidemiológica, Fundação Nacional de Saúde. 5 ed. Brasília: FUNASA, 2002. Vol 1
2. Red Book; Relato do Comitê de Doenças Infeciosas, 25 ed. American Academy of Pediatrics, 2000, Vol 1

ACOMPANHAMENTO DO SURTO DE CONJUNTIVITE VIRAL EM PORTO ALEGRE, MARÇO/ABRIL 2003

Luiz Felipe Kunz Júnior
Med. Veterinário da ECE

Foi registrada, pelo Centro Nacional de Epidemiologia, a ocorrência de surtos de conjuntivite aguda nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com casos iniciando no final do mês de fevereiro.

O quadro clínico desta patologia variou de leve a moderado, e se caracterizou por afecção ocular uni ou bilateral, hiperemia, lacrimejamento e sensação de corpo estranho. Hemorragia conjuntival, dor ocular e edema palpebral ocorreram em casos mais severos.

Nacionalmente foi identificado, como agente etiológico, em algumas amostras de pacientes, o enterovírus 70, que tem sido associado à conjuntivite hemorrágica. Amostras coletadas em Porto Alegre foram encaminhadas pelo LACEN ao laboratório de referência nacional, mas os exames não foram processados até o momento.

A conjuntivite causada pelo enterovírus 70 tem alta transmissibilidade e se dá por meio do contato direto com secreções oculares de uma pessoa infectada e, de maneira indireta, por meio de superfícies, instrumentos ou soluções contaminadas. É freqüente a transmissão hospitalar, em escolas, creches, piscinas, bem como em núcleos familiares. Estas conjuntivites são quase sempre autolimitadas, durando de 7 a 14 dias.

Com o registro dos primeiros casos no município, na segunda quinzena de março, a ECE adotou as seguintes medidas:

- Envio de material informativo para todos os serviços de saúde, orientando sobre procedimentos de prevenção e tratamento da doença;
- Organização de uma vigilância sentinela nas emergências, com o objetivo de monitorar o comportamento da infecção no município;
- Impressão de folheto educativo para ser distribuído pelos serviços de saúde.

AVALIAÇÃO DO SURTO

Pelos dados levantados, foi confirmada a ocorrência de um surto de pequena magnitude no município.

Foram notificados, de 14/3 à 30/4, 2080 casos de conjuntivite viral, distribuídos conforme o gráfico 1. Certamente não significam o total de casos registrados, pois muitos doentes buscaram atendimento em consultórios médicos privados e, muitos doentes com sintomatologia de menor gravidade, não procuraram serviços de saúde.

Como não houve monitoramento anterior de surtos de conjuntivite viral, não há como afirmar se este número de casos é maior ou menor do que em anos anteriores, uma vez que os serviços

especializados referem ser comuns atendimentos por conjuntivite viral no município.

Para que se tenha uma avaliação do impacto no atendimento, serão utilizados como exemplos o Centro de Saúde Bom Jesus, o Centro de Saúde Vila dos Comerciários, e o Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro, que atendem emergências em geral, e as emergências oftalmológicas dos Hospitais Banco de Olhos e Petrópolis.

No período de 24/3 à 30/4, no Centro de Saúde Bom Jesus, o maior percentual de atendimentos foi de 3,75% do total de atendimentos, no dia 26/3, sendo que em dez dias não houve atendimentos de conjuntivite viral.

No Centro de Saúde Vila dos Comerciários, no mesmo período, o maior percentual foi de 3,42% do total de atendimentos no dia 26/3, com vinte e dois dias sem atendimento de casos.

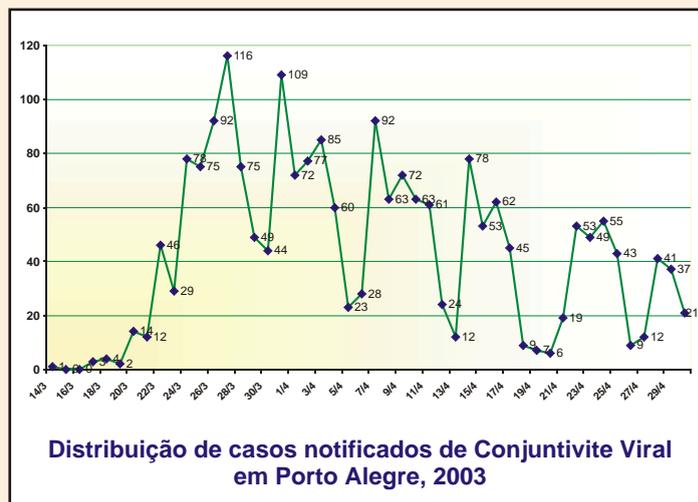
O Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro registrou um percentual máximo de 2,78% do total de atendimentos em 25/3, e em quatro dias não ocorreram atendimentos de conjuntivite viral.

A emergência do Hospital Petrópolis registrou um máximo de 22,99% sobre o total de atendimentos em 30/3, e uma média de 13,27% de casos de conjuntivite viral sobre o total de atendimentos no período.

No Hospital Banco de Olhos, o máximo de casos sobre o total de atendimentos ocorreu em 27/3, com 46,91%. A média de atendimentos no período foi de 26,08% do total.

É importante observar que o agente causal não se mostrou muito agressivo, pois como doença viral altamente transmissível, poderia facilmente passar dos 140 000 casos (10% da população), superlotando todos os serviços, o que não ocorreu, nem nos serviços especializados.

O monitoramento deste surto permitirá avaliar o comportamento futuro da doença no município.



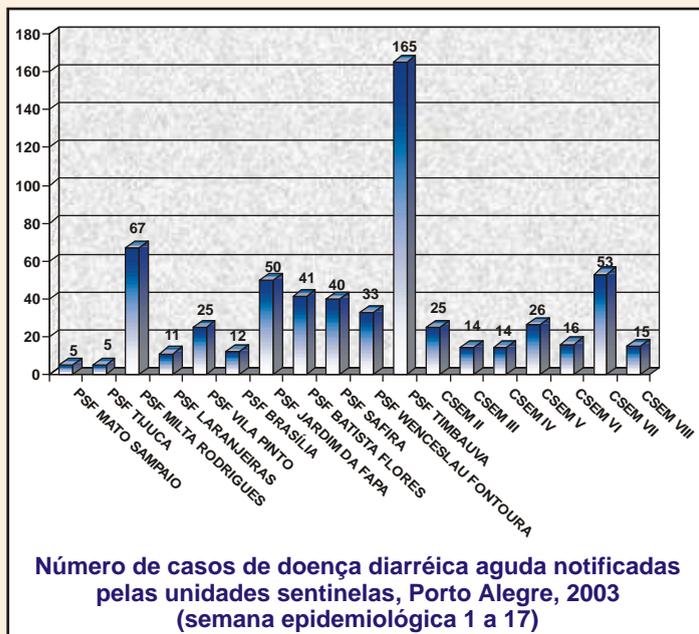
Fonte: ECE/CGVS/SMS/POA

ANÁLISE DO PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS.

Clarice Michelini
Enfermeira da ECE/CGVS/SMS/POA

Em dezembro de 2002 foi iniciada a monitorização da doença diarreica aguda em unidades sentinelas - 11 PSFs localizados na gerência distrital LESTE/NORDESTE e nas 7 Equipes de Saúde do Murialdo localizadas na gerência distrital PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO. O objetivo deste trabalho é acompanhar o seu comportamento em relação à frequência, faixa etária e tratamento utilizado. Os dados enviados foram armazenados num banco de dados ACCESS e esta primeira análise se refere ao período das semanas epidemiológicas 1 até a semana 17 de 2003.

No gráfico abaixo é possível visualizar distribuição das doenças diarreicas nas unidades monitorizadoras :



Fonte: ECE/CGVS/SMS/POA

Foram notificados 617 casos de doença diarreica aguda distribuídos da seguinte forma:

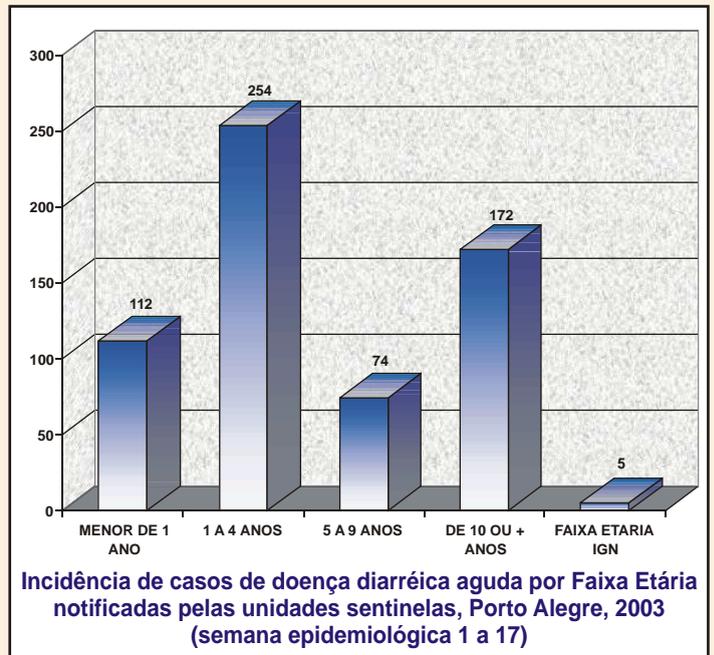
PSF Mato Sampaio 5 casos(0,81%); PSF Tijuca 5 casos(0,81%); PSF Milta Rodrigues 67 casos(10,87%); PSF Laranjeiras 11 casos(1,78%); PSF Vila Pinto 25 casos(4,05%); PSF Brasília 12 casos(1,94%); PSF Jardim da Fapa 50 casos(8,10%); PSF Batista Flores 41 casos(6,64%) ;PSF Safira 40 casos(6,48%); PSF Wenceslau Fontoura 33 casos(5,34%); PSF Timbaúva 165 casos(26,74%); CSEM II 25 casos (4,05%); CSEM III 14 casos (2,26%); CSEM IV 14 casos (2,26%); CSEM V 26 casos(4,21%); CSEM VI 16 casos(2,59%); CSEM VII 53 casos (8,58%); CSEM VIII 15 casos(2,43%).

O PSF Timbaúva foi o que apresentou o maior número de casos. Faz-se necessário analisar os fatores de risco (como saneamento e abastecimento de água) a que esta população está exposta para apresentar uma incidência de casos superior aos

demais serviços que possuem dados populacionais semelhantes.

Ao analisar a incidência da doença diarreica, observamos uma predominância significativa da faixa etária de 1 a 4 anos, demonstrada no gráfico a seguir.

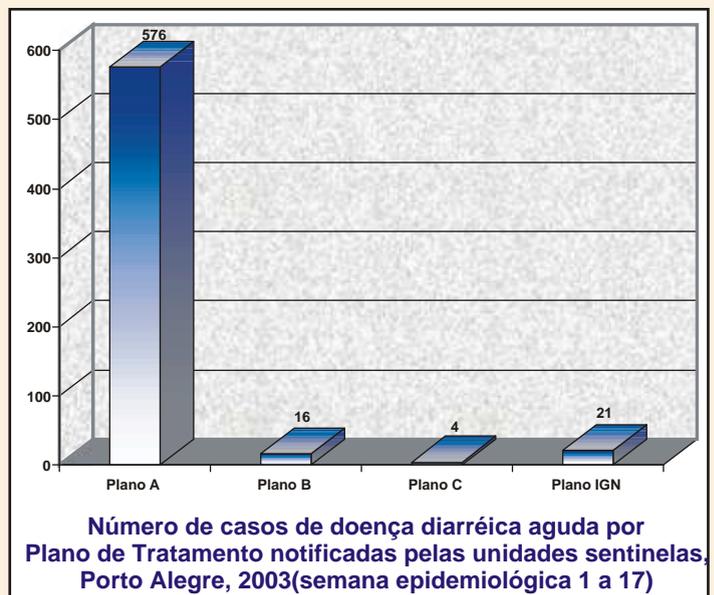
A questão do aleitamento materno/desmame, maior autonomia da criança e exposição no meio em que vive com o início da deambulação são características desta faixa etária e podem estar relacionadas com esta maior incidência.



Fonte: ECE/CGVS/SMS/POA

O próximo gráfico mostra a distribuição da doença diarreica aguda conforme o Plano de Tratamento que segue a convenção do Ministério da Saúde:

- Plano A: cuidados domiciliares , orientações.
- Plano B: diarreia com desidratação, paciente com observação, SRO.
- Plano C: diarreia com desidratação grave, reidratação endovenosa.
- Plano IGN: sem registro do Plano de Tratamento.



Fonte: ECE/CGVS/SMS/POA

Ao analisarmos estes dados devemos lembrar que a principal complicação das diarreias - a desidratação - teve uma redução drástica com a implantação do programa da Terapia de Reidratação Oral. Em 93,35% dos casos foi utilizado o Plano A, Plano B 2,50%, Plano C 0,64% e Plano IGN 3,40%. O incremento do número de serviços de saúde facilitando o acesso do usuário também é um fator importante para o diagnóstico e intervenção precoce.

A implantação deste trabalho de vigilância, certamente, trouxe um acréscimo de registros às unidades notificadoras. No entanto, este esforço é claramente recompensado ao se analisar os registros obtidos. Entre eles, destaca-se o conhecimento da faixa etária mais atingida bem como a assistência e eficácia das ações de saúde destas unidades sentinelas, que utilizaram expressivamente o Plano de Tratamento A.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA LEPTOSPIROSE EM PORTO ALEGRE

*Sônia V Thiesen Médica Veterinária ECE
Maria Inês M R Bello Bióloga NCR
Regina C. Ávila Bióloga NCR*

A leptospirose continua representando um sério problema de saúde pública em Porto Alegre. Embora o ano de 2002 tenha registrado uma diminuição do número de casos (39 casos confirmados) com relação ao ano anterior, no ano de 2003, até a semana epidemiológica 19, a Equipe de Controle Epidemiológico confirmou 27 casos em pacientes com domicílio em Porto Alegre.

Alagamentos, saneamento deficiente, atividades envolvendo água contaminada (banhos, pescarias, etc.), além da exposição ocupacional, continuam sendo as situações de risco com maior importância na transmissão da doença.

No mês de fevereiro de 2003 ocorreram dois surtos de leptospirose em Porto Alegre. O primeiro deles ocorreu no bairro Passo das Pedras (Vila Beco dos Coqueiros) envolvendo 4 moradores que entraram em contato com as águas do Arroio Passo das Pedras que transbordou após chuvas intensas. O Núcleo de Controle de Roedores, da Equipe de Controle de Zoonoses, desenvolveu ações de controle de roedores no local, além de ações educativas na comunidade, em conjunto a Equipe de Controle Epidemiológico e PSF Beco dos Coqueiros. O segundo surto, localizado no bairro Sarandi, envolveu três adolescentes que tomavam banho em uma coleção hídrica que se formou em um terreno, após as chuvas. Após a identificação do risco pelo Núcleo de Controle de Roedores, a Equipe de Vigilância Sanitária de

Águas foi informada e notificou o proprietário do terreno, que aterrou o açude.

A integração entre as equipes da CGVS (Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde), além do trabalho conjunto com as Unidades de Saúde e outros órgãos da Prefeitura, é fundamental para a prevenção da Leptospirose, desde a notificação dos casos suspeitos até as ações que são desenvolvidas após a confirmação dos casos.

Com relação ao diagnóstico sorológico, a partir de janeiro deste ano o LACEN implantou a prova de imunoensaio enzimático (ELISA). Esta prova não substitui a Microaglutinação, fundamental para identificação dos sorovares circulantes, mas que ainda não foi implantada na rotina do LACEN. No entanto a prova de ELISA apresenta maior sensibilidade e especificidade que a prova de Macroaglutinação, anteriormente realizada.

A sorologia para Leptospirose deve ser solicitada a partir do 7º dia do início dos sintomas, porque é a partir deste momento que os anticorpos da classe IgM estão presentes no sangue. Caso a primeira amostra apresente resultado negativo, uma segunda amostra deve ser solicitada, no mínimo 7 dias após a primeira. Em função da demora do diagnóstico laboratorial e da importância do tratamento precoce, a antibioticoterapia deverá ser instituída na SUSPEITA da doença, bem como a notificação para a Equipe de Controle Epidemiológico (que combinará com o serviço de saúde a coleta e envio de soro para o LACEN).

A tabela a seguir mostra os casos de leptospirose investigados, confirmados, óbitos e letalidade dos pacientes com domicílio em Porto Alegre.

Série histórica de Casos de Leptospirose investigados, confirmados e letalidade, 1995 a 2003 (SE 19), Porto Alegre.

Ano	Total de Casos Investigados	Total de casos confirmados	Total de casos confirmados com domicílio em Porto Alegre	Total de óbitos de pacientes com domicílio em Porto Alegre	Letalidade para Porto Alegre
1995	Ignorado	Ignorado	12	1	8,33%
1996	116	47	20	0	Zero
1997	237	71	29	6	20,69%
1998	320	112	52	6	11,54%
1999	277	74	27	4	14,82%
2000	574	170	75	8	10,67%
2001	688	205	98	10	10,20%
2002	450	80	39	6	15,38%
2003*	126	56	27	5	18,52%
Total	2788	815	379	46	12,14%

* até a semana epidemiológica 19 (dados ainda sujeitos a fechamento final)
Fonte: ECE/CGVS/SMS/POA

AVALIAÇÃO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO PARA OS IDOSOS EM PORTO ALEGRE, 2003.

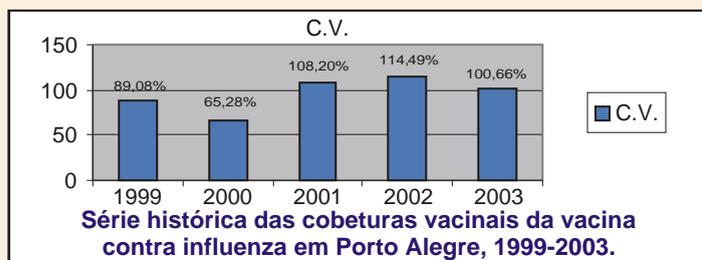
Maria Aparecida M. Vilarino
Enfermeira da ECE

A Campanha de Vacinação dos Idosos teve como objetivo vacinar a população acima de 60 anos, utilizando a vacina contra influenza e a dT (difteria e tétano). A campanha desse ano, realizada de 12 de abril até 12 de maio, atingiu 100,66% da cobertura vacinal. A proposta do Ministério da Saúde é de vacinar 70% da população acima de 60 anos.

Foram vacinados 115.911 idosos acima de 60 anos, sendo que 31.916 doses foram aplicadas em cidadãos na faixa etária de 60 a 64 anos e 83.995 doses foram aplicadas na faixa etária acima de 65 anos.

A vacina contra influenza continuará disponível em todas as salas de vacinas do município. O objetivo é de que sejam vacinados todos os portadores de doenças crônicas e imunodeprimidos, à partir de 6 meses de idade, bem como, os profissionais da saúde, educação, polícia civil e militar. Os idosos que ainda não foram vacinados, também poderão ser vacinados, ao procurarem por esta vacina.

Abaixo está demonstrada uma série histórica das coberturas vacinais da vacina contra influenza, atingidas em Porto Alegre, de 1999 a 2003.



Fonte: PMPA- SMA-CGVs-ECE-N. de Imunizações.

Em 2002 foram notificados, apenas em novembro, 13 casos suspeitos.

No ano de 2003, até 30 de abril, foram notificados 07 casos suspeitos.

Do total de casos suspeitos, 16 foram descartados e 4 continuam em investigação.

Os casos suspeitos foram notificados pelas seguintes unidades: US Macedônia (7 casos), US Ipanema (4 casos), US Ulbra-Restinga e US Barão de Bagé (2 casos cada), e Hospital Vila Nova, US Santíssima Trindade, US Parque dos Maias, Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro e Núcleo de Controle de Roedores e Vetores-CGVs (1 caso cada).

É importante que os profissionais de saúde mantenham sua atenção para com a doença, procurando avaliar a hipótese de Leishmaniose como possível diagnóstico.

Sobre a investigação ambiental do vetor:

O NCRV acompanha a Equipe de Controle Epidemiológico na visita aos casos suspeitos de Leishmaniose.

Nestas visitas são vistoriadas as áreas intra e peridomiciliar, buscando estabelecer o nexo entre ambiente e habitat do vetor, além de hábitos do paciente relacionados às atividades do inseto.

No caso confirmado de Porto Alegre, o NCRV junto com a Vigilância Ambiental da SES/RS e o LACEN, tem realizado periodicamente capturas noturnas de insetos, na mata próxima à residência da paciente no ambiente peri e intra domiciliar, com o objetivo de verificar a presença e identificar a espécie do Flebótomo, vetor da doença.

A coleta deste inseto indicou a autoctocidade do caso e, a continuidade das investigações para determinação das espécies presentes na região, definirá as ações de prevenção e controle.

De qualquer forma, é importante salientar a necessidade da prevenção com o uso de telas nas aberturas das moradias e mosquiteiros nos leitos, bem como a proteção individual através de roupas e uso de repelentes.

Os proprietários de animais domésticos devem estar atentos a lesões ou óbitos não explicados, considerando que estes animais servem de reservatório para o ciclo do agente da doença.

Todos estes cuidados devem ser redobrados nas imediações da mata na divisa entre Lomba do Pinheiro e a Restinga onde foi confirmado o caso e encontrado o vetor, sem descuidar das demais áreas da cidade.

SITUAÇÃO ATUAL DA LEISHMANIOSE CUTÂNEO MUCOSA EM PORTO ALEGRE

Luiz Felipe Kunz Júnior
Médico Veterinário da ECE
Beatriz Regina Duarte Gonçalves
Bióloga do NCRV

Sobre a Vigilância Epidemiológica da Doença:

Com a identificação de um caso de Leishmaniose Tegumentar Americana autóctone no município, em outubro de 2002, e o conseqüente alerta epidemiológico (Boletim Epidemiológico nº 17 - nov. 2002), os serviços de saúde tem redobrado sua atenção para os casos suspeitos da doença.

EXPEDIENTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE:
Joaquim Dahne Kliemann

COORDENADOR DA COORDENADORIA GERAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
Marcelo Bócio

CHEFE DA EQUIPE DE CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO:
Lisiane M. W. Acosta

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 / Edí de Souza / Eliane C. Elias / Eliane N. Siqueira
Leila V. F. Campo / Lisiane M. W. Acosta / Leticia Garay Martins / Luiz Felipe Kunz Jr.
Mara B. S. Ourives / Márcia C. Santana / M^{te}. Aparecida M. Vilarino
Maria da G. S. de Bastos / Márcia C. Calixto / Maria R. V. Brito / Maristela Fiorini
Mari T. G. Ferreira / Náar S. Marques / Niraci P. Perin / Patrícia C. Wiederkkehr
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