



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

ANO X

NÚMERO 38

AGOSTO DE 2008

EDITORIAL

Nesta edição serão destacadas a vigilância epidemiológica e o controle de duas zoonoses. O artigo sobre tratamento anti-rábico pós-exposição chama a atenção, de forma especial, para o acompanhamento do tratamento preconizado.

No artigo sobre leptospirose, além da análise de alguns de seus fatores intervenientes do ponto de vista social e ambiental, descreve-se o comportamento clínico e epidemiológico da doença.

Ainda que não se constitua foco específico dos artigos em pauta, neste editorial chama-se a atenção dos profissionais da saúde para a necessidade da abordagem epidemiológica na entrevista com o paciente. Questões relativas ao modo de vida, trabalho e lazer, deslocamentos na cidade e para fora de seus limites, alterações na relação com o meio ambiente trazem informações essenciais para a investigação diagnóstica e para a oportuna intervenção, não só do ponto de vista da proteção da saúde individual como para a proteção da saúde coletiva.

Assim, com a proximidade do verão, período em que sabidamente as pessoas se expõem mais, não só ao seu próprio ambiente, mas também através dos deslocamentos para outras regiões do país, esta investigação torna-se essencial para a detecção precoce de casos suspeitos de doenças endêmicas, como é o caso da leptospirose e, sobretudo, para a detecção de doenças não encontradas em nosso município, como é o caso da dengue.

Reitera-se, por fim, a indispensável atenção à lista de agravos e doenças de notificação compulsória que explicita a obrigatoriedade da informação imediata na suspeita de casos de leptospirose, febre amarela, dengue, malária, rubéola, sarampo entre outras elencadas na Portaria 05/2006 da SVS/MS.

ASPECTOS RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DE LEPTOSPIROSE EM PORTO ALEGRE NO ANO DE 2007

Sônia Valladão Thiesen¹
Rosa Maris Rosado²
Carla R. B. Vargas¹
Cíntia Vanessa Bertolo³
Letícia Poitevin³

A ocorrência da Leptospirose está associada a fatores biológicos, ambientais, econômicos, culturais e sociais, sendo, portanto, uma doença de difícil controle. A transmissão deste agravo se dá através do contato da pele ou mucosa com água ou lama contaminadas com a urina de animais infectados, especialmente roedores. Os quadros clínicos da doença são bem variados, desde uma infecção subclínica ou doença febril inespecífica, até formas ictéricas, renais, pulmonares e hemorrágicas, potencialmente fatais.

Embora seja uma doença de notificação obrigatória, a maioria dos casos investigados pela Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT) é resultado da busca ativa realizada pela equipe na rede hospitalar da cidade. No ano de 2007, de todos os casos confirmados, 87,7% necessitaram internação, e 64,9% apresentaram a forma ictérica, sugerindo que os casos leves não são identificados pelo sistema de saúde.

As variações na incidência da doença nos últimos 12 anos, apresentadas na Tabela 1, podem ser explicadas por um conjunto de fatores, como variações climáticas, sociais e a diversidade geográfica, entre outros. O Coeficiente de Letalidade, embora variável, se mantém em níveis inferiores à média nacional

Tabela 1 - Distribuição da incidência e letalidade dos casos confirmados de Leptospirose em Porto Alegre, 1996 a 2007

ANO	Casos investigados	Casos confirmados	População Porto Alegre /Sinan	Coefficiente de Incidência *	Óbitos	Coefficiente de Letalidade %
1996	56	20	1288879	1,55	0	0
1997	104	29	1298108	2,23	6	20
1998	152	52	1305869	3,98	6	11
1999	126	27	1314033	2,05	4	14
2000	317	75	1360590	5,51	8	10
2001	403	98	1373312	7,14	10	10
2002	298	39	1383454	2,82	5	12
2003	203	36	1394087	2,58	7	19
2004	106	12	1404670	0,85	1	8
2005	141	42	1428694	2,94	1	2
2006	151	43	1440940	2,98	5	11
2007	216	56	1453076	3,85	6	10

*Coeficiente de Incidência é o nº de casos por 100.000 habitantes de POA
Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA

(22%). Na maioria dos casos, o paciente responde bem ao tratamento iniciado precocemente, mas a doença pode se apresentar de forma grave, evoluindo para o óbito em menos de 48 horas.

Uma vez que a pluviosidade pode estar relacionada ao aumento do número de casos de Leptospirose, é importante que os serviços de saúde estejam atentos a um possível aumento da ocorrência da doença. A *Leptospira interrogans* é bastante resistente em ambiente aquoso, permanecendo muito tempo viável em água e lama, após períodos de chuvas ou enchentes.

Vigilância Ambiental da Leptospirose: O controle da população de roedores em Porto Alegre

Os ratos urbanos são animais sinantrópicos que dependem das atividades humanas para o fornecimento de alimento e abrigo. Apresentam alta capacidade reprodutiva e de dispersão, acentuada pela falta de predadores naturais. Nas áreas urbanas, o problema da infestação de ratos se agrava pelo crescimento desordenado da cidade com a ocupação de áreas à beira de lagos, arroios, banhados. Some-se a isso a falta de saneamento ambiental decorrente de carências em drenagem urbana, abastecimento público de água, canalização de esgotos domésticos e gerenciamento dos resíduos sólidos.

A Equipe de Vigilância das Zoonoses, através do Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores (NVRV), realiza a investigação ambiental dos

casos confirmados de Leptospirose dos moradores de Porto Alegre e, também, dos casos de mordedura por roedores. Nessas situações, são realizadas medidas preventivas no ambiente, tais como o controle químico por meio da aplicação de raticida a partir da residência do paciente e no entorno. Além disso, a Equipe orienta as comunidades, sobretudo quanto à tomada de medidas preventivas.

As mesmas ações são aplicadas nos casos notificados de Leptospirose canina confirmados pelo veterinário responsável, prevenindo, assim, a ocorrência de casos humanos. O NVRV realiza ainda, como atividade de rotina, o combate aos roedores em via pública, praças e parques da cidade, conforme a situação epidemiológica da região, como forma de evitar o aumento de casos de zoonoses e agravos relacionados à presença de roedores. No entanto, esse controle somente é eficaz quando ocorre mudança na situação ambiental que propiciou a proliferação dos roedores.

A Figura 1 mostra o número de ocorrência de contaminação dos casos confirmados de Leptospirose por bairros de Porto Alegre, em 2007. Deve, portanto, servir como ferramenta

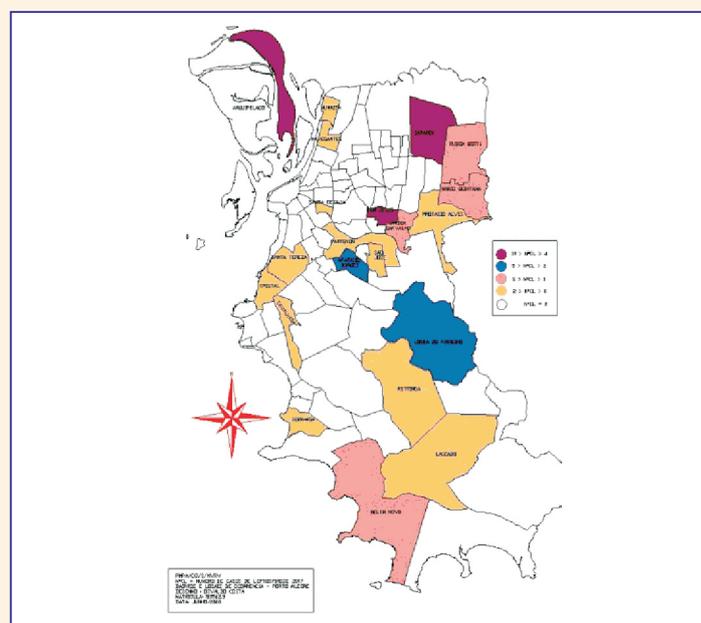


Figura 1 - Distribuição por bairros do número de ocorrência de contaminação dos casos de Leptospirose de Porto Alegre, em 2007

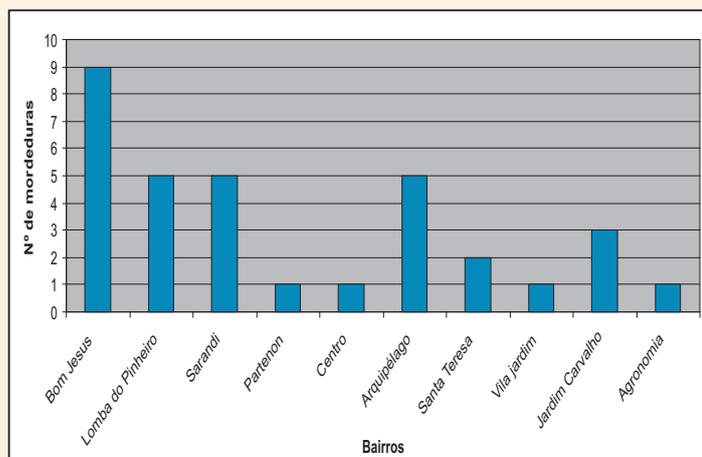
importante para priorização das áreas a serem abrangidas por ações intersetoriais da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

A mordedura por roedores como um indicador de risco

A mordedura é um agravo indicador da alta

infestação de roedores, reservatórios naturais da *L. interrogans*. Com a presença de número elevado desses animais, há maior probabilidade de contaminação dos ambientes através da urina e, conseqüentemente, maior risco de ocorrer a doença. Por esse motivo, recomenda-se que sua ocorrência seja notificada também pelo Serviço de Saúde, através da Ficha de Notificação de Agravos do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Constatada a ocorrência de casos, realiza-se a desratização e orientação dos moradores num raio de 100m do local do acidente. Provavelmente devido à banalização do acidente, possivelmente aceito como um evento esperado e não prevenível por parte da comunidade atingida, e devido à falta de comunicação da ocorrência desse agravo pelo serviço de saúde, verifica-se uma redução no número de notificações de mordeduras.

Mesmo considerando a probabilidade de uma alta subnotificação, esse agravo teve sua maior ocorrência nos bairros onde há maior número de casos de Leptospirose, como demonstra o Gráfico 1.



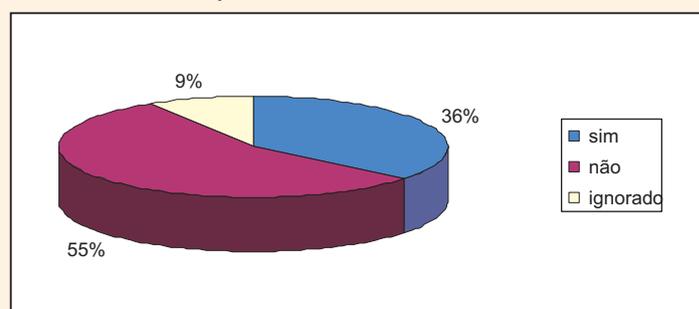
Fonte: NVRZ/EVZ/CGVS/SMS/PMPA

Gráfico 1 - Distribuição das notificações de mordedura por roedores, de acordo com os bairros: Porto Alegre, 2007

Analisando-se as informações apresentadas na Figura 1 e no Gráfico 1, observa-se que os bairros com maior número de mordeduras foram Bom Jesus (Vila Pinto), seguido pelos bairros Lomba do Pinheiro, Sarandi (Vila Nazareth) e Arquipélago (Ilha Grande dos Marinheiros). Com exceção da Lomba do Pinheiro, os bairros citados são os mesmos que apresentaram o maior número de casos de Leptospirose. Observa-se que nesses locais reside uma grande quantidade de famílias que tem seu sustento associado à atividade de catação de lixo.

A Leptospirose como doença relacionada ao trabalho

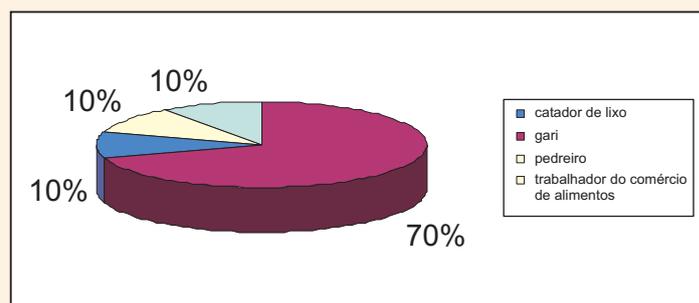
A relação saúde-trabalho exige pensar os indivíduos em suas múltiplas dimensões: biológica, social e cultural. Algumas profissões são tradicionalmente reconhecidas como tendo uma maior exposição ao agente etiológico da Leptospirose: trabalhadores da limpeza urbana, de esgotos, da construção civil, pescadores, tratadores de animais, médicos veterinários, bombeiros, entre outros. No ano de 2007, observou-se que, em 36% dos casos confirmados, havia vínculo direto da Leptospirose com o trabalho do paciente (Gráfico 2). Em 9% dos casos, não foi possível estabelecer nem descartar esse vínculo, isso pela impossibilidade de localizar os pacientes.



Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA

Gráfico 2 - Distribuição dos casos confirmados de Leptospirose conforme vínculo epidemiológico com o trabalho: Porto Alegre, 2007

A crescente urbanização, aliada a mudanças sociais, econômicas e culturais, fez surgir um novo modo de subsistência nas grandes cidades: a catação de lixo. Devido ao alto nível de desemprego, uma parcela significativa da população urbana busca seu sustento nessa atividade. O Gráfico 3 mostra que o catador foi a categoria mais atingida pela doença, totalizando 70% dos casos de Leptospirose relacionados ao trabalho em 2007. Quando somados aos casos associados à ocupação de gari (10%), cresce ainda mais a evidente relação entre a ocorrência



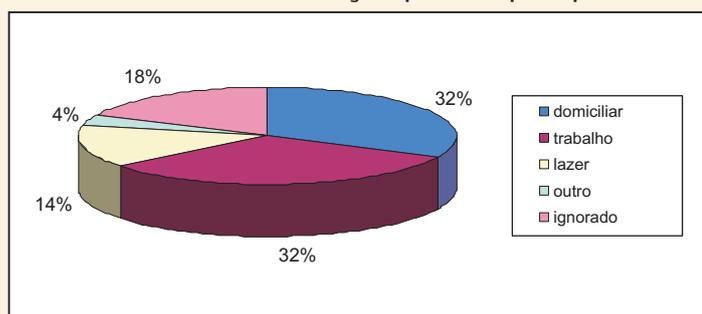
Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA

Gráfico 3 - Distribuição dos casos confirmados de Leptospirose relacionados ao trabalho conforme a categoria profissional: Porto Alegre, 2007

da Leptospirose em Porto Alegre e o trabalho com o lixo (80%), o que requer a atenção dos serviços de saúde para o levantamento dos casos suspeitos da doença nos pacientes que exercem tais atividades.

O lixo representa um elemento que não deve ser desprezado na epidemiologia da Leptospirose, uma vez que a sua presença, tanto no domicílio quanto no local de trabalho, é atrativo aos roedores, expondo a população ao contato com a bactéria causadora da doença.

O Gráfico 4 mostra que, no ano de 2007, não houve diferença entre o domicílio e o trabalho como ambiente de infecção para Leptospirose.



Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA

Gráfico 4 - Distribuição dos casos confirmados de Leptospirose conforme o ambiente de infecção, em Porto Alegre, 2007

A aparente divergência entre os dados dos Gráficos 2 e 4 pode ser justificada pelo fato de que, na Ficha de Investigação do SINAN, é definido o ambiente de infecção nas categorias lazer, trabalho ou domicílio. No caso específico dos catadores, essa informação é difícil de precisar, isso porque o catador realiza a coleta de resíduos pelas ruas da cidade, enquanto que a triagem e o armazenamento são geralmente realizados no domicílio. Por esse motivo, o ambiente de infecção (ilustrado no Gráfico 4) é um dado que deve ser relativizado. 18% dos casos confirmados de leptospirose não tiveram o ambiente de infecção identificado, tendo em vista a impossibilidade de localização dos respectivos pacientes e a conclusão da investigação a contento.

Considerações finais

Cabe ressaltar a importância da coleta de dados completos dos pacientes (endereço completo, telefone, referências familiares, se for o caso) no momento da notificação para que seja possível investigar cada caso e tomar medidas de controle. Os dados ignorados apresentados nos

Gráficos 2 e 4 referem-se a pacientes que não foram localizados no momento da investigação, o que prejudica a análise de dados e a adoção de medidas de prevenção e controle da doença.

É importante reforçar que a categoria de catador e o trabalho com o lixo, de maneira geral, são antecedentes epidemiológicos relevantes para a Leptospirose como hipótese diagnóstica. O mesmo se aplica aos pacientes que residem em locais onde tenha sido registrada a ocorrência de mordeduras por roedores, pelo fato de apresentarem maiores riscos de contaminação.

Convém lembrar também a importância das atividades de lazer (pescarias, acampamentos, trilhas, rafting, esportes aquáticos) como fatores de risco para Leptospirose, pois representam 14% dos casos confirmados no período analisado.

Nos períodos com maior ocorrência de chuvas, é necessário que os serviços de saúde estejam mais atentos para um possível aumento de casos da doença.

A avaliação da situação epidemiológica da Leptospirose, doença grave e endêmica em nosso meio, permite a detecção precoce dos casos suspeitos pelos serviços de saúde e pode direcionar o tratamento, permitindo assim a redução da letalidade.

A confirmação ou descarte de um caso de Leptospirose, com base na análise sorológica, só é possível quando o soro for coletado a partir do sétimo dia do início dos sintomas. Portanto, a investigação de antecedentes epidemiológicos, aliada ao diagnóstico clínico, são componentes essenciais para a oportuna decisão sobre o tratamento.

Saliente-se ainda que estratégias para prevenção e controle de doenças com características multifatoriais, como a Leptospirose, extrapolam a área da saúde, requerendo ações intersetoriais articuladas e resolutivas, com o indispensável envolvimento das comunidades vulneráveis.

Bibliografia:

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde — Guia de Vigilância Epidemiológica Leptospirose. Brasília: Vol II: 542-556, 2002

1 Médica Veterinária/ EVDT/CGVS

2 Bióloga/NVRV/EVZ/CGVS

3 Acadêmica de Medicina Veterinária/ULBRA

O ABANDONO DO TRATAMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO PÓS-EXPOSIÇÃO EM PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Rejane Dias Veloso I ; Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts I ; Liane Oliveira Fetzer II; Celso Bittencourt dos Anjos III

I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Luterana do Brasil
II Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis – Núcleo de Imunizações – SMS/POA/RS
III Centro Estadual de Vigilância em Saúde/RS

INTRODUÇÃO

A raiva é uma antroponose transmitida ao homem pela inoculação do vírus presente na saliva e secreções do animal infectado, pela mordedura, arranhadura ou lambadura da pele lesada ou mucosa, por aerossóis ou transplante de córnea.^{1,2} Os mamíferos são os únicos animais susceptíveis à doença.^{1,3}

O número de casos de raiva tem diminuído desde a década de 80. No entanto, continua elevado o número de tratamentos pós-exposição⁴ e de abandonos da vacinação. É importante ressaltar que a não conclusão do número de vacinas prescrito não garante a imunização, podendo comprometer a sobrevivência do paciente.³ Assim, o objetivo deste estudo foi investigar os motivos referidos pelos indivíduos agredidos para o abandono do tratamento anti-rábico humano pós-exposição em Porto Alegre, RS, no segundo semestre de 2006.

MATERIAL E MÉTODOS

O delineamento utilizado foi o série de casos. Entre julho e dezembro de 2006, ocorreram 2.223 atendimentos anti-rábitos humanos pós-exposição, segundo dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Do total de atendimento, 1.737 receberam indicação de vacina e 962 (55,4%) foram considerados como tendo abandonado o tratamento, uma vez que não havia registro da conclusão do mesmo na ficha de atendimento. Entre esses, 280 casos foram selecionados por amostragem aleatória sistemática para visita domiciliar e realização da entrevista. Os dados foram analisados de forma descritiva.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 280 indivíduos selecionados como tendo abandonado o esquema vacinal, 52,1% eram do sexo masculino. A faixa etária que concentrou a maioria dos casos de interrupção de tratamento foi a dos adultos (50,8%), seguida das crianças entre 6 e 12 anos (18,6%), adolescentes (9,6%) e idosos (8,9%).

Entre os entrevistados, 93 (33,2%) continuaram o esquema vacinal em um serviço diferente daquele onde iniciaram a vacinação. Ao trocarem de serviço, não houve a atualização no SINAN sobre a continuidade do tratamento, sendo esses considerados como abandono.

Durante as visitas domiciliares, se evidenciou que dos 280 casos selecionados como abandono, 186 (66,4%) haviam concluído a vacinação, segundo dados da carteira de vacina ou informações, prestadas pelos entrevistados, quanto ao número de doses realizadas.

Para resolver o problema da atualização do sistema, em Mato Grosso do Sul⁵, as fichas de atendimento anti-rábico humano foram informatizadas e, através de uma rede interligada, os dados são digitados no sistema e encontram-se disponíveis para todas as unidades de atendimento, possibilitando que os dados sejam digitados em qualquer serviço.

Em contrapartida, 94 (33,6%) haviam, de fato, interrompido o tratamento. Em relação aos motivos desse abandono, 24,5% relataram não terem considerado necessário completá-lo e 13,8% não se sentiram orientados sobre a importância da continuidade do mesmo (Tabela 1). Para se evitar esse tipo de situação, as

Tabela 1
Motivos da não conclusão do tratamento indicado, Porto Alegre, RS, 2008

	n	%
O paciente não considerou necessário completar o tratamento	23	24,5
Falta de orientação	13	13,8
Profissional da saúde recomendou que se, o animal estivesse saudável não era necessária a 2ª dose vacinal	10	10,6
Falta de tempo	10	10,6
Dificuldades de atendimento	8	8,5
Esquecimento	6	6,4
Viagem	5	5,3
Dificuldade econômica para o transporte	4	4,3
Outros	3	3,2
Não quis ir	3	3,2
Preguiça	2	2,1
Vacina dolorida	2	2,1
Cicatrização do ferimento	2	2,1
Não respondeu	2	2,1
Dispensado pela Equipe de Zoonoses	1	1,1
TOTAL	94	100

pessoas devem ser orientadas sobre a gravidade da doença e, conseqüentemente, sobre a necessidade do recebimento do número de doses de vacina recomendado. O paciente não deve interromper o tratamento por sua conta, sendo esta decisão exclusiva dos profissionais de saúde.⁶

Além dos motivos acima mencionados, 10,6% referiram falta de tempo para a realização das vacinas e também a recomendação do profissional de saúde sobre a não necessidade da realização da segunda dose caso o animal continuasse saudável. O esquecimento pode indicar a pouca importância dada ao tratamento, sendo que a busca ativa do faltoso deve ser realizada pelo serviço de saúde, caso esse não compareça na data aprazada. Em relação à dispensa da realização da segunda dose da vacinação, verifica-se uma orientação inadequada, caso essa de fato tenha sido dada, pois, para haver a interrupção da vacina, é necessário observar o animal agressor por 10 dias (cães e gatos).

O esquema é constituído por dispensa de vacinação, duas ou cinco doses, seguida pela observação do animal agressor (cães e gatos) durante 10 dias. Segundo a Norma Técnica de Tratamento Profilático Anti-rábico¹, as vacinas deverão ser realizadas nos dias 0 e 3, quando forem prescritas apenas duas doses ou nos dias 0, 3, 7, 14, e 28, para o caso de cinco doses. A dispensa da continuidade da vacinação somente se dará após o 10º dia de observação, caso o animal permaneça sadio.

Também foram apontadas dificuldades de atendimento (crianças desacompanhadas, falta de vacina no serviço, serviço fechado ou o paciente não haver levado sua carteira de vacinação), esquecimento, viagem, dificuldade financeira para a locomoção e a falta de desejo do paciente para a conclusão do tratamento. Em estudo realizado em São Paulo⁷, também foram encontrados motivos semelhantes para o abandono do tratamento.

Alguns entrevistados referiram que o abandono havia sido motivado por preguiça, cicatrização do ferimento e vacina dolorida. Apenas um caso referiu ser dispensado pela Equipe de Zoonoses, não tendo havido a comunicação entre o serviço médico e médico veterinário, informando sobre a indicação da interrupção.

Quanto ao item “outros”, um paciente relatou

ter encontrado a carteira de vacinação do animal agressor, o que não garante a imunização animal; uma paciente suspendeu por estar grávida, sendo que a profilaxia não é contra-indicada nesses casos; e um paciente não queria ter iniciado o tratamento, tendo desistido após a primeira dose.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das entrevistas realizadas, constatou-se que dos 280 casos considerados como abandono de tratamento, apenas 94 foram confirmados nessa condição.

A alta prevalência inicialmente identificada de casos de abandono ocorreu devido à falha na retro-alimentação do sistema, por ocasião da troca de serviço para a continuidade do tratamento. Para que esse problema seja solucionado, será necessário o planejamento de estratégias para essa atualização, incluindo a implantação de um sistema informatizado.

Além disso, é importante um investimento contínuo na capacitação da equipe de saúde para a correta indicação e orientação do tratamento anti-rábico humano, possibilitando aos pacientes a compreensão da importância da profilaxia completa e da gravidade da exposição.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Normas técnicas de tratamento profilático anti-rábico humano. 2002.
- 2 Hankins DG, Rosekrans JA. Overview, prevention, and treatment of rabies. *Mayo Clin Proc* 2004; 79: 671-76.
- 3 Costa WA, Ávila CA, Valentine EJG, Reichmann MLAB, Cunha RS, Guidolin R, et al. Profilaxia da raiva humana. 2.ed. São Paulo: Instituto Pasteur; 2000. p. 33.
- 4 Costa WA. Aspectos práticos na prevenção da raiva humana. *J Pediatr* 1999; 75 (Supl 1): 135-48.
- 5 Rigo L, Honer MR. Análise da profilaxia da raiva humana em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, em 2002. *Cad Saúde Publ* 2005; 21 (6):1939-45.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Educação em saúde na profilaxia da raiva. Brasília: Ministério da Saúde; 1981.
- 7 Ribeiro Netto A, Machado CG. Alguns aspectos epidemiológicos da exposição humana ao risco da infecção pelo vírus da raiva, na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Inst Med Trop* 1970; 12(1):16-30.

TABELA DO NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS E INVESTIGADOS PELA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO ANO DE 2008, SE 1 A 36*

Agravos	Total de Casos		Casos Residentes em POA	
	Investigados	Confirmados	Investigados	Confirmados
Acidentes com animais peçonhentos	44	44	15	15
Aids	1120	1120	815	815
> 13 anos		1093		795
< 13 anos		27		20
Atendimento anti-rábico	2583	2583	2583	2583
Botulismo	0	0	0	0
Carbúnculo ou Antraz	0	0	0	0
Caxumba	10	NA	10	NA
Cólera	0	0	0	0
Coqueluche	131	54	84	31
Dengue**	202	35	190	29
Difteria	3	0	2	0
Doença de Chagas (casos agudos)	0	0	0	0
Doença de Creuzfeldt-Jakob	0	0	0	0
Doença Exantemática	211	62	211	62
Rubéola	209	62	209	62
Sarampo	2	0	2	0
Esquistossomose	0	0	0	0
Eventos Adversos Pós-vacinação	252	252	252	252
Febre Amarela	2	0	1	0
Febre do Nilo Ocidental	0	0	0	0
Febre Maculosa	0	0	0	0
Febre Tifóide	0	0	0	0
Gestantes HIV + e Criança Exposta	371	371	237	237
Hanseníase	29	29	11	11
Hantavirose	4	0	2	0
Hepatites Virais	1359	1307	1255	1206
Hepatite A		67		63
Hepatite B		160		133
Hepatite C		1072		1002
Hepatite B+C		7		7
Hepatite A/B ou A/C		1		1
Leishmaniose Tegumentar Americana	3	3	3	3
Leishmaniose Visceral **	0	0	0	0
Leptospirose	224	80	131	40
Malária**	3	3	1	1
Meningites	468	386	235	203
Doença meningocócica		33		15
M. bacteriana		86		31
M. outras etiologias		29		15
M. haemophilus		1		1
M. não especificada		55		21
M. pneumococo		25		16
M. tuberculosa		2		1
M. viral		165		103
Peste	0	0	0	0
Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda	12	0	2	0
Raiva Humana	0	0	0	0
Sífilis Congênita	115	115	72	72
Sífilis em gestante	59	59	41	41
Síndrome da Rubéola Congênita	5	1	4	1
Tétano Acidental	2	2	0	0
Tétano Neonatal	0	0	0	0
Tuberculose	1466	1466	1160	1160
Casos Novos		1084		910
Tularemia	0	0	0	0
Varicela	1633	NA	1544	NA
Varíola	0	0	0	0
Total	10522		9072	

NA: Não se aplica/ considerado caso pela notificação

* dados sujeitos a revisão

**casos confirmados importados

OS CAMINHOS DA AIDS NA CIDADE DE PORTO ALEGRE/RS

Isete Maria Stella
EVDT- Vigilância da AIDS

Introdução:

Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, está entre as cinco maiores incidências de AIDS do Brasil, desde o início da epidemia. Após 25 anos do registro dos primeiros casos, algumas características iniciais se mantêm, entretanto o perfil socio-econômico das pessoas afetadas vem se alterando, principalmente na última década.

Objetivo:

Descrever a distribuição espacial dos casos de AIDS, por bairros da cidade de Porto Alegre, em dois períodos distintos – de 1983 até 1996 e de 1997 até 2007.

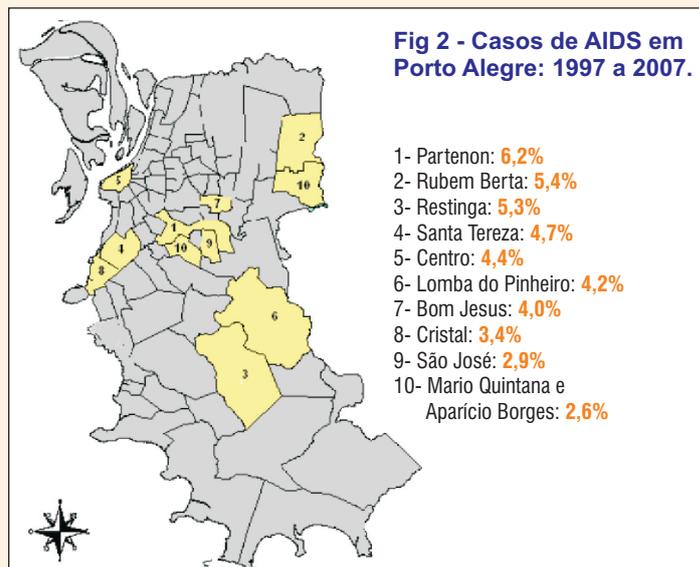
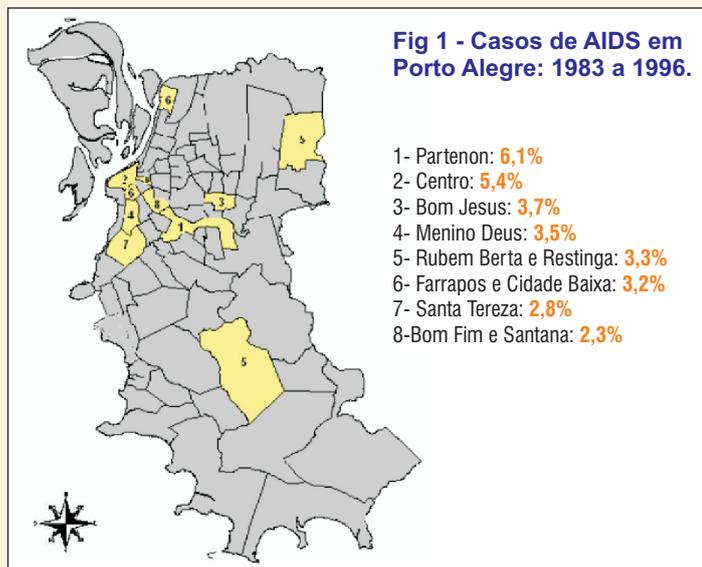
Método:

Análise descritiva dos casos de AIDS por

bairros, do banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN AIDS, dos períodos selecionados e localização das áreas no mapa da cidade de Porto Alegre.

Resultados e Conclusão:

Nos primeiros anos da epidemia de AIDS, as notificações registradas no SINAN não continham o endereço dos pacientes, sendo que as fichas apenas informavam a cidade de residência. Como consequência, 13% dos casos de AIDS em Porto Alegre, não foram localizados; provavelmente este fato contribuiu para que alguns bairros de classe média e média/alta não tenham apresentado proporções mais significativas de casos. Entretanto, quando observamos bairros como Partenon, Rubem Berta e Restinga, áreas da cidade com reconhecido consumo e tráfico de drogas, os índices têm sido representativos desde o início até o momento atual da epidemia de AIDS em Porto Alegre. No trabalho não foram avaliadas as migrações populacionais internas, como ocupações e reassentamentos de vilas mais centrais para regiões periféricas da cidade.



EXPEDIENTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE:
Eliseu Santos

COORDENADOR DA COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
José Ângelo Moren dos Santos

CHEFE DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS:
Maria de Fátima De Bem

MEMBROS DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS:
Adelaide Kreutz Pustai / Ana Salete de G. Munhoz / Ana Sir C. Gonçalves / Ângela M. L. Echevarria
Carla R. B. Vargas / Cerli Cristóvão Pereira / Cláudio R. Rodrigues / Débora B. G. Leal
Edi de Souza / Eliane C. Elias / Eliane de S. Neto / Isete Maria Stela / Lisiane M. W. Acosta
Márcia C. Calixto / Márcia C. Santana / Maria Aparecida M. Vilarino / Maria da Graça S. de Bastos
Maria de Fátima De Bem / Maria Neves R. Aquino / Mariloy T. Viegas / Maristela Fiorini
Maristela A. Moresco / Naiar S. Marques / Neivalsabel R. Wacholz / Patricia C. Wiederkehr
Patrícia Z. Lopes / Paulina B. Cruz / Rosana Ouriques / Rosane Simas Gralha / Simone Sá B. Garcia
Sônia Eloisa O. de Freitas / Sônia V. Thiesen / Vera L. J. Ricaldi / Vera R. da S. Carvalho



TIRAGEM: 2.000 Exemplares
Periodicidade trimestral. Sugestões e colaborações podem ser enviadas para:
Av. Padre Cacique nº 372
Bairro Menino Deus - Porto Alegre - RS
PABX: (51) 3289.2400
E-mail: epidemi@sms.prefpoa.com.br
Esta publicação encontra-se disponível no endereço eletrônico:
www.portoalegre.rs.gov.br/sms no formato PDF



Prefeitura de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde

Editoração e Impressão:
GRÁFICA N. S. LOURDES
Fone: (51) 3438.2840
Distrito Industrial
Cachoeirinha/RS