



# BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

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

ANO IX

NÚMERO 33

MAIO DE 2007

## EDITORIAL

Neste ano, por motivos alheios a nossa vontade, a edição de fevereiro não pôde ser publicada. A edição de maio tem o objetivo de suprir a lacuna deixada.

Iniciando o ano de 2007, esta edição do boletim epidemiológico trás como destaque principal o artigo sobre a Dengue, com o relato da situação emergencial que se encontra o estado do Rio Grande do Sul e, por conseqüência, nossa cidade. O primeiro relato de casos de dengue autóctone no estado ocorreu na cidade de Giruá, na região noroeste do estado no final do mês de fevereiro deste ano, conforme Nota Técnica da Secretaria Estadual de Saúde.

Até o momento (semana epidemiológica número 19), Porto Alegre não tem registro de casos autóctones da doença, embora a presença do vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, esteja presente em nosso meio desde o ano de 2001. Esta situação faz com que sejam estabelecidas várias medidas importantes, desde a estruturação de rede de assistência, a intensificação da vigilância dos casos suspeitos até a intensificação do tratamento dos focos de *Aedes aegypti*, sendo estas de vital importância para a prevenção da transmissão autóctone da doença.

A Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT) sempre manteve parceria como a rede de assistência de nossa cidade buscando manter os profissionais de saúde atualizados sobre a situação da Dengue no país e sobre os casos importados em nosso meio. Em dezembro do ano passado foi realizada a última capacitação sobre Dengue, atingindo um público de 179 pessoas. Face ao atual momento da doença foi realizado no dia 18 de maio do corrente ano, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, uma ampla reunião de trabalho para atualizar a rede de assistência recomendando medidas técnicas para o controle da doença.

Esta edição apresenta um artigo sobre hanseníase com um resumo da situação da doença no estado e em nossa cidade, atualizando quanto ao trabalho necessário para o combate à doença, desde a investigação epidemiológica até o tratamento da doença.

O projeto de visitas domiciliares a pacientes de tuberculose, cujo diagnóstico foi feito a nível hospitalar, prevê que estes pacientes recebam pelo menos uma visita da Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis, com objetivo de estimular a adesão ao tratamento e, ao mesmo tempo, realizar a busca de comunicantes familiares positivos para a doença.

Finalmente, apresentamos os dados dos agravos de notificação deste trimestre para que todos os profissionais de saúde possam utilizá-los no planejamento das ações preventivas de saúde coletiva de nossa cidade. Deixamos também nosso convite a todos os trabalhadores da saúde e população em geral para o trabalho conjunto no combate ao mosquito transmissor da dengue, pois somente em uma grande rede de ações conseguiremos minimizar, ou quem sabe, evitar a transmissão autóctone da doença em nossa cidade.

## DENGUE, ALERTA MÁXIMO EM PORTO ALEGRE: EVITANDO A TRANSMISSÃO AUTÓCTONE

*Adelaide Kreutz Pustai*  
Enfermeira Epidemiologista da EVDT/CGVS/SMS

Estamos diante de uma grave situação de emergência epidemiológica: iniciou a transmissão de dengue autóctone no Rio Grande do Sul. A primeira epidemia de dengue da história do RS teve seu início com casos registrados na cidade de Giruá, na região noroeste do estado, na Semana Epidemiológica (SE) 9. Até a SE 19, já havia confirmação laboratorial de 60 casos. Além de Giruá, há ocorrência de transmissão autóctone nos municípios de Três de Maio, com 7 casos confirmados (também região noroeste) e Erechim, com 19 casos confirmados (região Norte).

Abaixo transcrevemos parte da Nota Técnica emitida pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) em 25/04/07:

“O enfrentamento desta situação requer a mobilização de todo o Sistema de Saúde e da sociedade, para garantir a efetividade das seguintes ações recomendadas:

1. Intensificação do tratamento de focos de *Aedes aegypti* e outras medidas de vigilância vetorial nos municípios e regiões afetados, segundo os Planos de Contingência recentemente definidos.

2. Intensificação da vigilância de casos suspeitos de dengue:

” Todo paciente que apresenta doença febril aguda, com duração máxima de até 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro-orbital, mialgias, artralgias, exantema, prostração, associados ou não à presença de hemorragias. Além desses sintomas, o paciente deve ter estado, nos últimos quinze dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti*”.

3. Orientação dos profissionais de saúde para a notificação imediata de todo o caso suspeito de dengue à Vigilância em Saúde Municipal, que deverá, com o apoio da respectiva CRS e do CEVS, garantir a investigação epidemiológica, fluxo de informações e adequado encaminhamento de amostras para diagnóstico laboratorial.

4. Organização de referências e capacitação da rede de assistência para o tratamento dos doentes segundo o Protocolo Nacional, constante das publicações da Secretaria da Vigilância em Saúde/MS e disponibilizada no site [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)

5. Intensificação das ações previstas no Plano Nacional de Combate à Dengue (PNCD) em todos os municípios do Estado, especialmente os infestados por *Aedes aegypti*.”

#### ALERTA EPIDEMIOLÓGICO EM PORTO ALEGRE:

No mesmo dia em que a SES enviou a Nota Técnica sobre Dengue, a EVDT/CGVS/SMS/PMPA emitiu um ALERTA EPIDEMIOLÓGICO com o seguinte conteúdo:

“A Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis e a Equipe de Vigilância de Zoonoses da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde alertam que foram detectados casos de dengue autóctone nos municípios de Giruá e Erechim, conforme Nota Técnica emitida pela Secretaria Estadual de Saúde que segue anexa a este alerta.

Diante desta situação de extrema gravidade, solicitamos a TODOS profissionais de saúde de nossa cidade o máximo de atenção no atendimento a pacientes que apresentarem o seguinte quadro clínico: paciente com febre com duração máxima de 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, mialgia, artralgia, prostração, exantema e com exposição a área de transmissão de dengue ou com presença do mosquito *Aedes aegypti* (especialmente início da manhã e fim de tarde).

A coleta de soro para realização da pesquisa de IgM deverá ser realizada à partir do 7º dia do início dos sintomas. Após a notificação do caso, a Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis fará o pedido dos exames e encaminhará o paciente ao LACEN para coleta do soro.

Diante do exposto, lembramos sobre a importância de notificar imediatamente por telefone (fones: 32892471 e 32892472) todo caso suspeito de Dengue a fim de que medidas de controle ambiental possam ser adotadas em tempo oportuno. Lembramos, por fim, que é imprescindível que o paciente seja orientado, pelo médico assistente, sobre os sinais de alerta para febre hemorrágica do dengue bem como para fazer uso de repelente durante a fase de viremia (1 dia antes de aparecerem os sintomas até 6 dias após o aparecimento destes).”

#### BREVE HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA DA DENGUE

Desde abril de 2001 quando foi detectada pela primeira vez a presença do mosquito transmissor da dengue (*Aedes aegypti*) em nossa cidade, um trabalho contínuo e incansável vem sendo desenvolvido no sentido de se controlar o vetor. No entanto, o que está

sendo detectado no cotidiano do trabalho de agentes, é que a presença do mosquito vem sendo gradativamente observada em um número cada vez maior de bairros de Porto Alegre.

Com o objetivo de contextualizar o leitor, faremos uma breve exposição da situação da dengue em nosso país.

No Brasil, dengue é um grave problema de saúde pública desde o início do século passado (FUNASA, 1998). Há referências de que tenham ocorrido epidemias em 1916, em São Paulo e, em 1923, em Niterói, ambos locais sem diagnóstico laboratorial. Entretanto, outra fonte indica que existem referências ao dengue desde 1849, período em que teria havido uma epidemia de dengue no Rio de Janeiro (JBONLINE, 2002).

Em 1981-1982, foi documentada, através de diagnóstico clínico e laboratorial, a primeira epidemia ocorrida em Boa Vista (Roraima), causada pelos sorotipos 1 e 4. Desde 1986, há registros de epidemias em diversos estados, entre os quais o Rio de Janeiro. Informações da FUNASA estimam que mais de 1 milhão de pessoas foram afetadas naquele período (FUNASA, 1998).

Embora tenha havido um crescimento significativo do dengue na década de 90, com seu auge em 1998 (FUNASA, 2001a), as epidemias de 1986, 1990 e a atual, de 2002, são as que tiveram maior repercussão em nosso país.

Hermann Schatzmayr, especialista da Fiocruz, comenta que, embora tenham ocorrido outras importantes epidemias nesse período, as de 1986, 1990 e 2002 são marcantes porque foram porta de entrada de diferentes vírus no país. “Em 1986, tivemos a entrada do sorotipo 1. Em 90, foi a dengue dos tipos 1 e 2. Em 2002, registra-se a entrada da dengue tipo 3. As outras epidemias traduzem a manutenção desses vírus no Brasil” (SÚMULA, 2002).

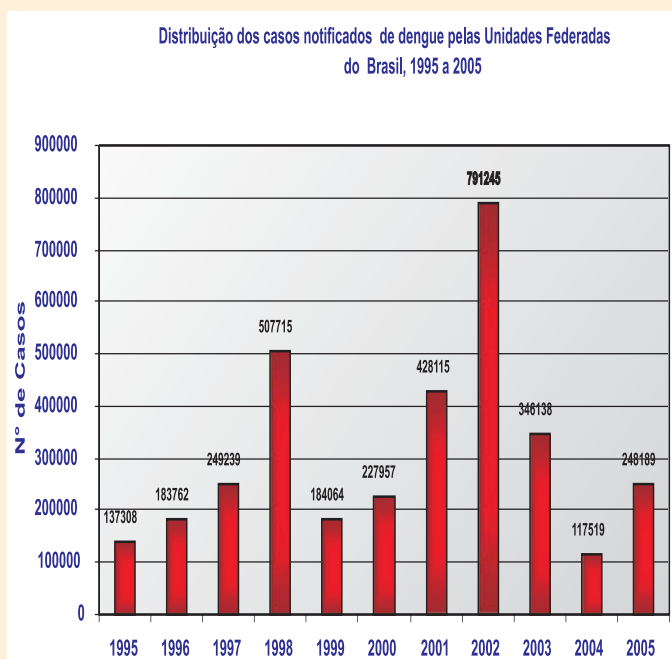
Nos últimos vinte anos, a situação da dengue tem se agravado nas Américas. Além do aumento significativo do número de casos e do número de países com a presença não só do vetor, mas também com transmissão da doença, estão ocorrendo, com uma frequência cada vez maior, as manifestações graves da dengue hemorrágica e da síndrome de choque da dengue. (BARRERA, 2000).

A circulação simultânea de vários sorotipos, a hiperendemicidade aliada à introdução de novas variantes genéticas do vírus da dengue e de sua maior patogenicidade, bem como o aumento da extensão geográfica da presença do vetor, foram fatores importantes na expansão da doença e das situações de maior gravidade.

Consta em publicação no site do Ministério da Saúde

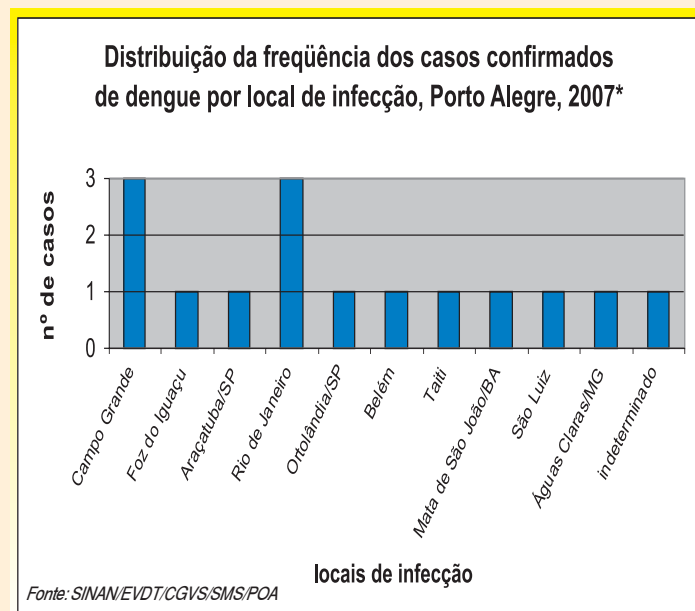
(<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>) que até o dia 26 de março de 2007 (semana epidemiológica 12) foram notificados 134.909 casos suspeitos de dengue no país. Os estados com maior número de casos são: Mato Grosso do Sul - 55.567 casos (41,18%), São Paulo - 12.221 (9,05%), Rio de Janeiro - 8.765 (6,49%), Mato Grosso - 8.493 (6,29%), Minas Gerais - 8.115 (6,01%) e Paraná - 7.806 (5,78%). Em relação à Febre Hemorrágica de Dengue (FHD) foram notificados oficialmente pelas Secretarias Estaduais de Saúde 124 casos, com 17 óbitos.

**Veja no gráfico a seguir a série histórica de casos notificados no Brasil no período de 1995 a 2005.**



FONTE: Site do MS/SVS

Em Porto Alegre, desde o início do ano já foram registrados 15 casos importados de dengue. Veja no gráfico abaixo a distribuição dos casos segundo cidade de infecção:



Veja no quadro os bairros de residência dos cidadãos que contraíram dengue nos locais já citados.

Bairro	Nº de casos
Protásio Alves	1
Jardim São Pedro	1
Passo da Areia	1
Medianeira	1
Jardim Botânico	2
Cristal	1
São João	1
Aberta Morros	1
Rubem Berta	1
Nonoai	1
Santana	1
Santa Cecília	1
São José	1
Partenon	1

Dos bairros citados, com exceção dos bairros Passo da Areia, Aberta Morros e Rubem Berta, já foi detectada presença do vetor. Desta forma, para que possamos minimizar o risco do início da transmissão autóctone do vírus do dengue em Porto Alegre, é indispensável que tenhamos uma rede de notificação da suspeita de casos absolutamente integrada com a vigilância. Sempre que um profissional de saúde atende um caso suspeito de dengue, deverá, necessariamente, já no momento da suspeita, notificar a Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis da CGVS/SMS/PMPA através dos telefones 32892471, 32892472 e 99998152 para que medidas ambientais de combate ao vetor possam ser imediatamente adotadas com o doente ainda em período de viremia.

Esta nova realidade nos leva a buscar todos os meios possíveis para minimizar os riscos em nossa cidade. Isto pressupõe ter uma rede de assistência preparada e uma população consciente das graves proporções que uma epidemia de dengue poderá apresentar. Nossa atitude poderá ser de acomodação diante do problema, ou de enfrentamento da situação, buscando a parceria de toda a sociedade que, certamente, não quer se defrontar com uma epidemia de proporção desconhecida.

#### Referências Bibliográficas

- FUNASA. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 1998.  
 FUNASA. Plano de intensificação das ações de controle do dengue. Brasília, 2001a.  
 SÚMULA. Rio de Janeiro: RADIS, FIOCRUZ, n. 87, mar. 2002. 15 p.  
 BARRERA, R. et al. 2000. Estratificación de una ciudad hiperendémica en dengue hemorrágico. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, v. 8, n. 4, p.225-233, out. 2000.



# HANSENÍASE

Letícia Maria Eidt

Médica Dermatologista/Hansenologista/SES/ADS

Patrícia Wiederkehr

Enfermeira Chefe do Núcleo das Doenças Crônicas/EVDT/CGVS/SMS

A hanseníase, doença contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (Bacilo de Hansen), manifesta-se, principalmente, por lesões na pele e sistema nervoso periférico. Se não for tratada precoce e adequadamente, pode evoluir para incapacidades físicas, repercutindo na vida pessoal e profissional de seus portadores.

O Bacilo de Hansen apresenta predileção por células cutâneas e nervosas periféricas (terminações nervosas livres, sistema nervoso autônomo e troncos nervosos da face, membros superiores e inferiores). Devido a este comprometimento neural e o risco de evolução para deformidades físicas, resultantes da perda da sensibilidade protetora e da força muscular, é que a doença é considerada problema de Saúde Pública.

Os trabalhos indicam que as vias aéreas superiores são a principal via de eliminação e também de entrada do bacilo. Após o contágio, devido características do Bacilo de Hansen que apresenta lenta multiplicação, os primeiros sinais da doença podem levar, em média, de três a cinco anos para serem percebidos. Os estudos também indicam que cerca de 85-90% da população apresenta defesas naturais contra o Bacilo de Hansen.

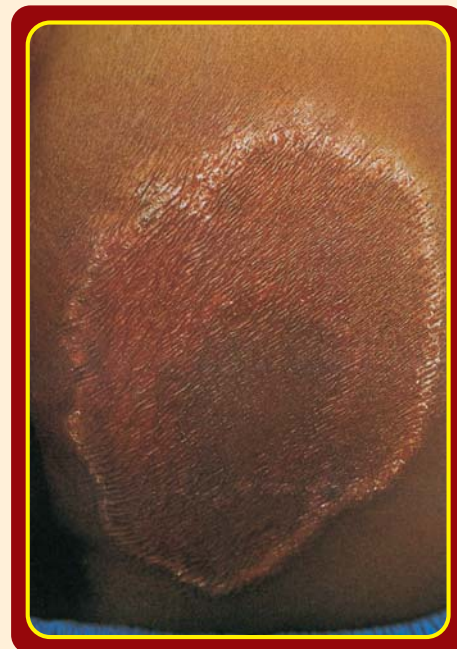
As primeiras manifestações da doença são lesões cutâneas (hipocrômicas ou eritematosas) com alteração de sensibilidade (hipo ou anestesia). De acordo com a imunidade do doente, o número e as características das lesões podem variar. As lesões podem ser poucas ou numerosas, planas ou elevadas, de contornos bem delimitados ou difusos. Com a progressão da doença, os nervos auriculares, radiais, ulnares, medianos, fibulares e tibiais posteriores também podem ser afetados.

Na fase inicial (Hanseníase Indeterminada), a lesão característica é uma mancha hipocrômica e hipoestésica. Nesta forma clínica da doença, não há acometimento de tronco neural, sendo o momento ideal para iniciar o tratamento sem risco de seqüelas físicas para o paciente. As outras formas clínicas (Hanseníase Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana) apresentam lesões variadas, como pápulas, tubérculos, placas e nódulos, mas sempre com risco de acometimento de troncos nervosos de face, membros superiores e inferiores.

A partir do acometimento dos nervos periféricos podem surgir as seguintes manifestações: lagofalmo, perda de sensibilidade em córnea, garra dos dedos das mãos, mão caída, garra de artelhos, pé caído e perda de sensibilidade protetora em membros superiores e inferiores.

A OMS fez uma classificação operacional descomplicada da doença, baseada no número de lesões cutâneas e no número de troncos nervosos acometidos. Pacientes com até cinco lesões cutâneas ou apenas um tronco nervoso acometido são classificados como PAUCIBACILARES (PB). Quando existe mais de cinco lesões cutâneas ou mais de um tronco nervoso acometido, os pacientes são classificados como MULTIBACILARES (MB).

A hanseníase tem tratamento e cura! Mas, se já existir algum grau de incapacidade física instalado no momento do diagnóstico, este poderá ser reversível ou não, dependendo do estágio em que a doença se encontra. Este dado reforça a importância do diagnóstico precoce e do início imediato do tratamento após a confirmação diagnóstica.



O tratamento da hanseníase é feito com a poliquimioterapia (PQT), que combina a administração de rifampicina, dapsona e clofazimina, em administração mensal supervisionada e diária auto-administrada. Os pacientes paucibacilares devem ser tratados com PQT paucibacilar e receber seis doses supervisionadas de rifampicina e dapsona. Os pacientes multibacilares devem receber 12 doses supervisionadas de rifampicina, dapsona e clofazimina. Ressalta-se que após a administração da primeira dose da PQT, os bacilos já tornam-se inviáveis.

Por tratar-se de doença contagiosa e com risco de transmissão, as pessoas que convivem com o doente em tratamento devem ser avaliadas. Considera-se comunicante ou contato intradomiciliar todos aqueles que residem ou tenham residido com o doente nos últimos cinco anos. Todos os contatos devem ser examinados e, se não apresentarem sinais da doença deverão ser orientados sobre a mesma e encaminhados para vacina BCG, que melhora as defesas do organismo contra a hanseníase. Caso já estejam com a doença deverão iniciar o tratamento de acordo com a forma clínica da doença.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera a hanseníase eliminada como problema de saúde pública quando a taxa de prevalência da doença é menor do que um caso para cada dez mil habitantes. O Rio Grande do Sul atingiu esta meta no ano de 1995, quando este índice foi de 0,9. Desde então, as taxas de prevalência da doença seguem em declínio em nosso Estado e no ano de 2005 esta taxa foi de 0,21, segundo dados da Coordenação Estadual de Hanseníase. No ano de 2006 foram diagnosticados 14 casos novos de hanseníase de residentes em Porto Alegre, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde/Sistema Nacional de Vigilância de Agravos de Notificação Compulsória. O coeficiente de prevalência foi de 0,13/10.000 habitantes. A distribuição por faixa etária apontou que 100% se concentram na faixa etária de maiores de 15 anos. Dos 14 casos diagnosticados, 12 são classificados como multibacilares ou contagiantes e destes 02 (14,28%) foram diagnosticados tardiamente quando já apresentavam incapacidades ou deformidades físicas. A hanseníase é objeto de atuação na saúde pública devido à sua magnitude, e potencial incapacitante e por acometer a faixa etária economicamente ativa.

A Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis/CGVS/SMS realizou no ano de 2006 um intenso trabalho de capacitação da Rede Básica de Saúde em Hanseníase. Em parceria com o Ambulatório de Dermatologia Sanitária/Setor de Hanseníase foram capacitados enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como agentes comunitários de saúde para suspeição diagnóstica e ações de controle da hanseníase.

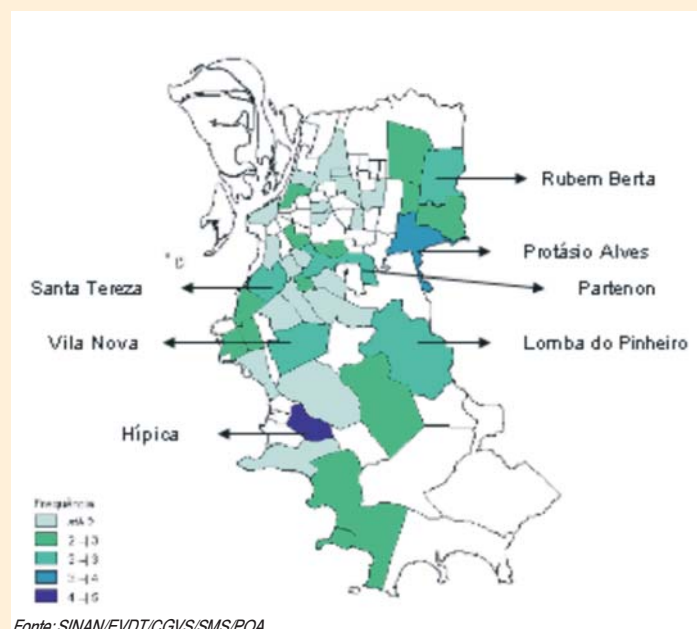
Além disso foi ampliada a vigilância dos contatos

intradomiciliares dos casos de hanseníase. A EVDT em conjunto com a rede básica de saúde realiza visita domiciliar para identificação dos contatos e orientação sobre a doença. Nas Unidades Básicas são realizados os exames dermatoneurológicos de todos os contatos de casos de hanseníase, os contatos sadios são encaminhados para vacinação BCG que estimula o sistema imunológico a atuar contra o bacilo de Hansen ou *Mycobacterium leprae*. Os contatos doentes iniciam tratamento. Em todas as capacitações que foram realizadas em 2006 foi salientada a importância da avaliação de contatos, mostrando ser um trabalho fundamental para o controle da doença. Detectando novos casos e iniciando o tratamento o mais precocemente possível, evitamos a ocorrência de novos casos.

Todos os dados só foram possíveis visto o monitoramento dos casos à partir da investigação, que é desencadeada logo após a notificação. A investigação epidemiológica tem o objetivo de romper a cadeia epidemiológica da doença, procurando identificar a fonte de contágio do doente e descobrir novos casos de hanseníase entre as pessoas que com ele convivem no mesmo domicílio (contatos intradomiciliares do doente), bem como prevenir a contaminação de outras pessoas. Vale lembrar que a hanseníase é uma doença de notificação obrigatória, devendo ser preenchida a ficha do Sistema Nacional de Agravos de Notificação/SINAN – Hanseníase sempre que for concluído o diagnóstico da doença. Para obter a ficha e esclarecimentos sobre a notificação, entrar em contato com a Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis/CGVS/SMS pelo fone: 3289-2471 ou 3289-2474 de segunda a sexta-feira no horário das 8h às 18h.

### HANSENÍASE TEM CURA!

Gráfico 1 - Distribuição dos casos acumulados de Hanseníase por bairro, no período de 1996 à 2006, residentes em Porto Alegre.



**TABELA DO NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS E INVESTIGADOS PELA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO ANO DE 2006.**

Agravos	Total de Casos		Casos Residentes em POA	
	Investigados	Confirmados	Investigados	Confirmados
Acidentes com animais peçonhentos	113	113	55	55
Aids	1622	1622	1212	1212
>13 anos		1579		1188
< 13 anos		43		24
Atendimento anti-rábico	4293	4293	4212	4212
Botulismo	0	0	0	0
Carbunculo ou Antraz	0	0	0	0
Caxumba	110	NA	106	NA
Cólera	0	0	0	0
Coqueluche	106	50	51	22
Dengue**	49	23	42	19
Difteria	4	0	3	0
Doença de Creutzfeld-Jacob	1	1	1	1
Doença Chagas ( casos agudos)	0	0	0	0
Doença Exantemática	93	1	92	1
Rubéola	88	1	87	1
Sarampo	5	0	5	0
Esquistossomose	0	0	0	0
Eventos Adversos Pós-vacinação	382	382	382	382
Febre Amarela	0	0	0	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	694	694	476	476
Hanseníase	47	47	16	16
Hantavirose	6	0	4	0
Hepatites Virais	1628	1529	1489	1399
Hepatite A		153		136
Hepatite B		96		83
Hepatite C		1252		1156
Hepatite B+C		23		19
Hepatite A/B ou A/C		3		3
Leishmaniose Tegumentar Americana	2	2	1	1
Leishmaniose Visceral **	1	0	1	0
Leptospirose	256	84	156	40
Malaria**	15	10	4	3
Meningites	1137	984	628	542
Doença meningocócica		49		20
M. bacteriana		104		51
M. outras etiologias		59		36
M. haemophilus		2		1
M. não especificada		101		51
M. pneumococo		39		20
M. tuberculosa		15		11
M. viral		615		352
Peste	0	0	0	0
Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda	19	0	4	0
Raiva Humana	0	0	0	0
Sífilis Congênita	129	122	82	80
Sífilis em gestante	53	53	52	52
Síndrome da Rubéola Congênita	0	0	0	0
Tétano Acidental	8	7	1	1
Tétano Neonatal	0	0	0	0
Tuberculose	2128	2128	1661	1661
Casos Novos		1655		1364
Tularemia	0	0	0	0
Varicela	2730	NA	2625	NA
Variola	0	0	0	0
Total	15619		13448	

NA: Não se aplica (considerado caso pela notificação)

\* dados sujeitos a revisão

\*\* casos confirmados importados

**TABELA DO NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS E INVESTIGADOS PELA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO ANO DE 2007, SE 1 À 18\*.**

Agravos	Total de Casos		Casos Residentes em POA	
	Investigados	Confirmados	Investigados	Confirmados
Acidentes com animais peçonhentos	55	55	21	21
Aids	414	414	313	313
>13 anos		409		310
< 13 anos		5		3
Atendimento anti-rábico	1054	1054	1054	1054
Botulismo	0	0	0	0
Carbunculo ou Antraz	0	0	0	0
Caxumba	28	NA	26	NA
Cólera	0	0	0	0
Coqueluche	38	18	28	15
Dengue**	26	17	52	15
Difteria	2	0	2	0
Doença de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0
Doença Chagas ( casos agudos)	0	0	0	0
Doença Exantemática	31	1	31	1
Rubéola	31	1	31	1
Sarampo	0	0	0	0
Esquistossomose	0	0	0	0
Eventos Adversos Pós-vacinação	87	87	87	87
Febre Amarela	0	0	0	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	203	203	128	128
Hanseníase	12	12	3	3
Hantavirose	0	0	0	0
Hepatites Virais	222	EA	196	EA
Hepatite A		EA		EA
Hepatite B		EA		EA
Hepatite C		EA		EA
Hepatite B+C		EA		EA
Hepatite A/B ou A/C		EA		EA
Leishmaniose Tegumentar Americana	2	2	1	1
Leishmaniose Visceral **	0	0	0	0
Leptospirose	42	3	26	0
Malaria**	4	2	2	2
Meningites	204	EA	114	EA
Doença meningocócica		EA		EA
M. bacteriana		EA		EA
M. outras etiologias		EA		EA
M. haemophilus		EA		EA
M. não especificada		EA		EA
M. pneumococo		EA		EA
M. tuberculosa		EA		EA
M. viral		EA		EA
Peste	0	0	0	0
Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda	4	0	1	0
Raiva Humana	0	0	0	0
Sífilis Congênita	28	28	13	13
Sífilis em gestante	37	37	31	31
Síndrome da Rubéola Congênita	0	0	0	0
Tétano Acidental	4	4	3	3
Tétano Neonatal	0	0	0	0
Tuberculose	496	496	373	373
Casos Novos		EA		EA
Tularemia	0	0	0	0
Varicela	238	NA	220	NA
Variola	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>3262</b>		<b>2756</b>	

NA: Não se aplica/ considerado caso pela notificação

\* dados sujeitos a revisão

\*\*casos confirmados importados

EA: Em avaliação



# PROJETO TUBERCULOSE 2007

Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis • Núcleo de Vigilância das Doenças Transmissíveis Crônicas

A vigilância epidemiológica da tuberculose de Porto Alegre foi municipalizada no ano 2000, quando foi implantado o Sistema de Informação de Agravos e Notificação/ SINAN, nas unidades de referência de tratamento desta doença e na rede hospitalar do município. Este trabalho possibilitou a construção de informações epidemiológicas relevantes sobre o agravo em nossa cidade.

Nos últimos seis anos o coeficiente de incidência de todas as formas clínicas de tuberculose se manteve em torno de 100/100.000 hab, e o coeficiente de tuberculose pulmonar bacilífera em média de 50/100.000 hab. Porto Alegre também apresentou, no mesmo período, uma taxa de co-infecção TB/HIV de 40%, praticamente semelhante há alguns países do sul da África.

Dos casos novos notificados e investigados a cada ano, em torno de 30 % é proveniente da internação hospitalar e 70% da rede ambulatorial. No ano de 2006, foram notificados 1320 casos novos, sendo que 70 % deles apresentaram a forma pulmonar (929 casos). Dos pacientes hospitalizados que iniciaram o tratamento pela primeira vez, 20 % não se vincularam aos ambulatórios para dar seguimento ao seu tratamento.

Como estratégia para contribuir na reversão dessa situação foi implantada, em janeiro de 2007, no município de Porto Alegre, a busca ativa de todos os casos internados na rede hospitalar, realizando investigação epidemiológica e visita domiciliar aos seus familiares e contatos íntimos. Esse trabalho tem como meta aumentar a proporção de altas por cura para mais de 85%, reduzindo o abandono de tratamento para menos de 5% até o ano de 2008.

## METODOLOGIA:

1- Busca ativa dos casos de tuberculose internados na Rede Hospitalar, orientando os profissionais para a notificação dos casos, através da ficha do Sistema Nacional de Agravos de Notificação/SINAN/TUBERCULOSE.

2- Revisão de prontuário no andar da internação hospitalar.

3- Discussão do caso com a Equipe Médica e de Enfermagem responsável pelo paciente.

4- Entrevista inicial com o paciente no leito, usando instrumento "Ficha de Visita Domiciliar". Neste encontro a Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis aborda o grau de conhecimento do paciente sobre a doença e inicia o trabalho para que ocorra a efetiva adesão ao tratamento. O paciente é orientado e encaminhado para a Unidade de Referência mais próxima de sua casa. Se forem identificadas dificuldades em relação à vinculação e tratamento, a equipe da Unidade para a qual o paciente será encaminhado receberá orientação para que os profissionais tenham uma abordagem especial com o caso.

5- Será realizada visita domiciliar antes da alta hospitalar, para orientação dos familiares. Neste contato será dada continuidade à entrevista, através do instrumento "Ficha de Visita Domiciliar". Será confirmado o endereço, analisando o perfil sócio-econômico da família, bem como o grau de conhecimento sobre a doença, com o objetivo de sensibilizar os familiares sobre o manejo com o paciente, favorecendo a sua adesão ao tratamento. Este é um momento importante para identificação dos contatos e a possível fonte de infecção. Os sintomáticos respiratórios serão encaminhados para investigação nos Centros de Referência.

7- Será realizado o monitoramento de cada paciente até a sua vinculação a uma Unidade do Programa de Controle da Tuberculose.

8- A EVDT fará o acompanhamento do caso até o seu encerramento.

Diagnóstico precoce, acompanhamento do caso e avaliação dos contatos são ações importantes para diminuir a cadeia de transmissão. Este projeto tem como característica a inserção da Vigilância Epidemiológica na rotina do trabalho da Rede Básica, contribuindo para uma assistência mais humanizada e procurando o engajamento dos diversos profissionais da área na luta de combate à tuberculose.

## EXPEDIENTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE:  
Pedro Gus

COORDENADORA DA COORDENADORIA GERAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE:  
Denise Aerts

CHEFE DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS:  
Maristela Fiorini

MEMBROS DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS:

Adelaide Kreutz Pustai / Ana S. de G. Munhoz / Ana Sir C. Gonçalves  
Ângela M. L. Echevarria / Carla R. B. de Vargas / Cláudio R. de J. Rodrigues / Débora B. G. Leal  
Edi de Souza / Eliane C. Elias / Eliane N. Siqueira / Isete Maria Stella / Liane Oliveira Fetzer  
Lisiane M. W. Acosta / Mara B. S. Ourives / Márcia C. Calixto / Márcia C. Santana  
Maria Alice P. de Graña Calvete / Maria Aparecida M. Vilarino / Maria da G. S. de Bastos  
Maria de Fátima de Bem Rigatti / Mariloy T. Viegas  
Maristela Fiorini / Maristela A. Moresco / Nair S. Marques / Neiva Isabel R. Wachholz  
Patrícia C. Wiederkehr / Patrícia Z. Lopes / Paulina B. Cruz  
Rosana I. Ouriques / Rosane Simas Gralha  
Simone Sá Brito Garcia / Sônia Eloisa O. de Freitas / Sônia V. Thiesen  
Vera L. J. Ricaldi / Vera R. da S Carvalho



**TIRAGEM:** 2000 Exemplares - Períodicidade 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: [epidemio@sms.prefpoa.com.br](mailto:epidemio@sms.prefpoa.com.br)  
Está publicação encontra-se disponível no endereço eletrônico:  
[www.portoalegre.rs.gov.br/sms](http://www.portoalegre.rs.gov.br/sms) no formato PDF.



Prefeitura de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde

Editoração e Impressão:

  
**promoarte**  
COMUNICAÇÃO GRÁFICA  
Fone: (51) 3331.9714  
[promoarte@ez-poa.com.br](mailto:promoarte@ez-poa.com.br)  
[www.graficapromoarte.com.br](http://www.graficapromoarte.com.br)