



# BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

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

ANO IX

NÚMERO 35

Novembro de 2007

## EDITORIAL

Este Boletim marca com seus artigos o foco de trabalho de cada um dos núcleos que compõem a Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria Municipal de Saúde.

O Núcleo das Doenças Transmissíveis Crônicas da EVDT trabalha com agravos de notificação compulsória que possuem um período mais longo de evolução como a tuberculose, aids, hanseníase, gestantes HIV + e criança exposta. O artigo deste núcleo sobre a tuberculose, um agravo cuja incidência em Porto Alegre atinge e mantém valores altos nos últimos anos, mostra o grande desafio de todos os porto-alegrenses no controle desta doença, pois seus principais determinantes são as condições socioeconômicas da população.

O Núcleo de Imunizações, responsável pelo controle, armazenamento e distribuição dos imunobiológicos da cidade, assina neste boletim dois artigos importantes. Um sobre o trabalho de supervisão nas salas da vacina das Unidades de Saúde de Porto Alegre, local prioritário de ação preventiva das doenças transmissíveis e de uma assistência integral à saúde. Outro sobre os resultados das campanhas de vacina contra a poliomielite cuja organização é de sua responsabilidade e cujas metas atingidas estão num continuado declínio.

O Núcleo das Doenças Transmissíveis Agudas, responsável pelas doenças que tem uma evolução rápida, com marcante data de início de sintomas e desfecho com cura ou óbito como meningites, leptospirose, coqueluche, febre amarela, dengue, doenças exantemáticas, trás o relato do surto de rubéola em Porto Alegre. Este artigo ilustra claramente a evolução de uma epidemia de doença aguda.

Ainda que exista divisão operacional da vigilância das doenças transmissíveis em Porto Alegre, o trabalho realizado é integrado, com ações conjuntas de prevenção, controle e promoção. Os três núcleos de trabalho da EVDT desenvolvem suas atividades compartilhando o uso do espaço físico e a responsabilidade da qualidade da informação prestada através do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN) à toda a cidade, Estado e País.

## A Vigilância Epidemiológica da Tuberculose (TB) em Porto Alegre desde sua implantação.

Márcia Calixto  
Patrícia C. Wiederkehr  
Maria Alice Calvete  
Equipe de Vigilância TB/EVDT/CGVS

A Vigilância Epidemiológica da Tuberculose (TB) no município de Porto Alegre teve seu início em 1999 na rede ambulatorial da TB. Uma análise histórica dos casos faz-se necessária para avaliar o desenvolvimento desta através dos dados ao longo deste tempo.

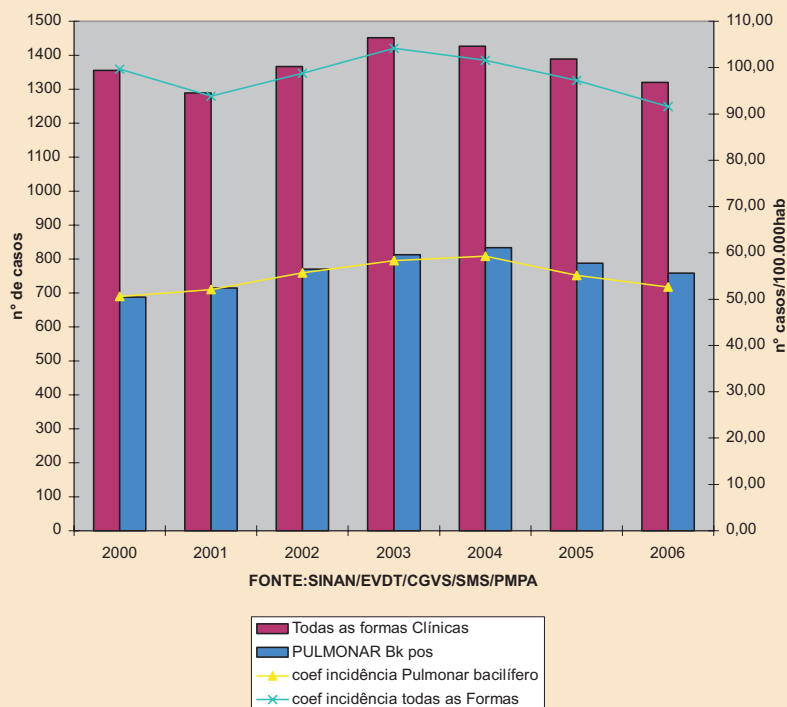
**Tabela 1- Tabela dos casos de Tuberculose quanto ao tipo de ingresso no sistema de informação, residentes em Porto Alegre, por ano de tratamento de 2000 a 2006.**

Ano	CASO NOVO	RECIDIVA	REINGRESSO APÓS ABANDONO	TRANSFERÊNCIA	Total
2000	1356 (78,17%)	143 (8,28%)	149 (8,62%)	79 (4,57%)	1727
2001	1289 (79,22%)	146 (8,97%)	173 (10,63%)	19 (1,16%)	1627
2002	1367 (83,30%)	110 (6,70%)	149 (9,07%)	15 (0,91%)	1641
2003	1452 (88,48%)	106 (6,03%)	177 (10,08%)	20 (1,13%)	1755
2004	1427 (82,91%)	106 (6,15%)	163 (9,47%)	25 (1,45%)	1721
2005	1389 (82,53%)	109 (6,47%)	158 (9,38%)	27 (1,60%)	1683
2006	1320 (82,03%)	120 (7,45%)	126 (7,83%)	42 (2,61%)	1609

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMMA  
Dados sujeitos a revisão

A tabela 1 apresenta, em números absolutos e relativos, o tipo de ingresso dos pacientes no Sistema de Informação dos Agravos de Notificação de Porto Alegre (SINAN).

Em média 80% dos casos são pacientes virgens de tratamento representados na tabela pela variável **caso novo**. A situação **transferência** é dos casos provindos de outras localidades já em tratamento que fixam residência na capital. A **recidiva** são os pacientes que obtiveram cura e que voltaram adoecer no período inferior a cinco anos e, apesar de ser um número pequeno, é preocupante devido à resistência aos medicamentos utilizados no tratamento dos pacientes. A condição de **reingresso após o abandono**, é de casos que abandonaram o tratamento anterior e causa duas situações importantes: a resistência aos medicamentos e a propagação da transmissão da doença em nosso meio.



**Gráfico 1 – Distribuição dos casos de tuberculose e incidência de todas as formas clínicas e da forma pulmonar bacilífera em Porto Alegre, 2000/2006.**

O coeficiente de incidência demonstra o risco de adoecimento da doença em Porto Alegre. A linha amarela do gráfico 1 mostra o coeficiente de incidência da tuberculose bacilífera que é a forma transmissora da tuberculose em nosso meio e que necessita de controle imediato como diagnóstico precoce e realização de tratamento tão logo se instale os sintomas. Podemos interpretar ao longo desses seis anos que a epidemia se manteve em patamares elevados e constantes.

**Tabela 2- Número de casos novos de tuberculose quanto a forma clínica.**

Ano	PULMONAR	%pulmonar	EXTRAPULMONAR	%extra	PULMONAR + EXTRAPULMONAR	%	Total
2000	877	64,68	329	24,26	150	11,06	1356
2001	901	69,90	273	21,18	115	8,92	1289
2002	937	68,54	304	22,24	126	9,22	1367
2003	1015	69,90	328	22,59	109	7,51	1452
2004	979	68,61	316	22,14	132	9,25	1427
2005	976	70,27	293	21,09	120	8,64	1389
2006	928	70,33	292	22,10	100	7,57	1320

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA  
Dados sujeitos a revisão

De acordo com bibliografia<sup>1,2</sup>, a forma pulmonar é a forma clássica de apresentação clínica da tuberculose, estima-se em 88% os casos de tuberculose pulmonar entre o total de casos. A tabela 2 mostra que em Porto Alegre temos a concentração desses casos, ao longo de seis anos, entre 60% a 70%. Sabe-se que o órgão preferencial acometido pela tuberculose é o pulmão, fato este relacionado à afinidade que o *M. tuberculosis* tem pela molécula

de oxigênio. A forma em outros órgãos é chamada de extrapulmonar e é menos comum, porque em outros sítios o nível de oxigênio é menor. No período de 2000 a 2006, os percentuais da forma extrapulmonar ficaram em torno de 20%. Já a forma que ocorre concomitante no pulmão e em outras localizações (**pulmonar + extrapulmonar**), se manteve em torno de 10 % nos últimos seis anos.

**Tabela 3- Número de casos novos pulmonares quanto à situação baciloscópica.**

Ano	POSITIVA	%	NEGATIVA	%	NÃO REALIZADO	%	Total
2000	629	71,72	134	15,28	114	13,00	877
2001	662	73,47	131	14,54	108	11,99	901
2002	707	75,45	130	13,87	100	10,67	937
2003	763	75,17	145	14,29	107	10,54	1015
2004	754	77,02	129	13,18	96	9,81	979
2005	724	74,18	159	16,29	93	9,53	976
2006	707	76,18	136	14,64	85	9,15	928

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA  
Dados sujeitos a revisão

Estima-se, segundo a literatura<sup>3</sup>, que a proporção de casos de TB bacilífera entre o total de pulmonares seja de 64%. Ao comparar esse percentual com o mostrado na tabela 4, vimos que este tem apresentado uma proporção maior no município. Talvez este fato possa ser explicado pela alta incidência da doença em nosso meio conforme demonstra o gráfico 1, no qual verifica-se um comportamento estável da epidemia num patamar elevado de incidência. Outra situação que pode contribuir para este cenário seria um diagnóstico tardio da doença que acarreta em um aumento de casos bacilíferos circulantes.

**Tabela 4 -Casos novos em relação ao percentual de testagem e taxa de co-infecção com o vírus HIV.**

ANO	Total casos novos	Nº de testados	%	HIV positivo	tx Co-infecção
2000	1356	933	68,81	410	43,94
2001	1289	845	65,55	392	46,39
2002	1367	966	70,67	411	42,55
2003	1452	1142	78,65	435	38,09
2004	1427	1134	79,47	417	36,77
2005	1389	1026	73,87	370	36,06
2006	1320	815	61,74	338	41,47

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA  
Dados sujeitos a revisão

Os fatores mais influentes atualmente para o aumento de casos de tuberculose são a pobreza e a infecção pelo HIV, segundo a literatura<sup>3</sup>. O Boletim Epidemiológico de nº 9 de dezembro /2000 já fez referência quanto a importância do HIV no impacto do Programa de Controle da Tuberculose em Porto Alegre.

**Tabela 5 – Coeficiente de incidência por faixa etária dos casos novos de meningite por tuberculose residentes em Porto Alegre, 2000 a 2006.**

Ano	coef 0-4	coef 5-19	coef 20-39	coef 40-59	coef 60+
2000	2,88	0,00	3,20	2,17	0,00
2001	1,90	0,59	2,71	2,45	2,47
2002	0,00	0,29	0,67	2,13	1,23
2003	1,88	0,29	1,78	1,51	0,61
2004	2,79	0,29	1,33	1,20	0,00
2005	0,00	0,57	1,96	0,88	0,59
2006	0,91	0,28	2,16	1,75	1,76

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA

A incidência de casos de meningite, a forma mais grave da tuberculose, é outro indicador importante para a avaliação da situação epidemiológica da doença no país e o grupo de 0-4 anos é o mais atingido.

Em 1990 o coeficiente nacional teve o maior coeficiente de incidência de 0,9/100.000hab e o Rio Grande do Sul, em 1989, obteve um coeficiente de 4,8/100.000hab.

A partir de agosto de 1989 o Estado do Rio Grande do Sul reformulou o calendário vacinal e passou a oferecer a BCG ao nascer, com esta medida os casos de meningite por tuberculose passam a diminuir confirmando a ação protetora da vacina. No ano de 2000 o Rio Grande do Sul teve o coeficiente de incidência no grupo de 0-4 anos de 0,96/100.000hab.

O perfil da meningite em Porto Alegre passa a ter uma incidência elevada no grupo de 20-39 anos, devido principalmente a co-infecção HIV/ TB, pois 50% dos casos são HIV positivos. A partir do ano de 2003 a equipe da TB, juntamente com a equipe das meningites realizam uma triagem nas fichas de notificações por meningite tuberculose respeitando os seguintes critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

1 Quadro clínico compatível- início insidioso, período inicial de uma ou duas semanas com febre, vômitos, cefaléia e apatia;

2 Quadro liquorico- aumento de células às custas de linfócitos, aumento de proteínas e diminuição de glicose;

3 Evidência radiológicas de tuberculose pulmonar, tuberculose miliar ou tuberculose confirmada bacteriológicamente, em outras localizações que não meningocefálica.

4 Teste tuberculínico reator em criança menores de 5 anos, sem cicatrização de vacina BCG;

5 Contato intradomiciliar anterior, ou concomitante, com um caso de tuberculose pulmonar bacilífera;

6 O preenchimento dos critérios 1 e 2 justifica a instituição do tratamento sendo necessário o preenchimento de um dos demais (3,4 e 5), para ser considerado **caso confirmado**.

7 O achado de *M. tuberculosis*, através de exame direto no líquido, ou isolamento através de cultura, confirmam diagnóstico.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1-SANTANA,C.C Tuberculose na Infância e na Adolescência. São Paulo: Ed Ateneu, p 5 a 15.2002.

2-MINISTÉRIO DA SAÚDE / FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, Tuberculose Guia de Vigilância Epidemiológica, p 83-87.

3-I CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE-1997, JORNAL DE PNEUMOLOGIA Volume 23 n° 6 nov/dez 1997, P,279 -282

## **Análise da supervisão realizada nas Salas de Vacinas da Rede Básica de Saúde de Porto Alegre em 2005.**

Rosane Simas Gralha  
Enfermeira EVDT

Em janeiro de 2005, com a implantação do trabalho de Supervisão de Salas de Vacinas, o Núcleo de Imunizações buscou verificar “in locus”, com as equipes da rede básica de saúde de POA, o cumprimento das normas do Programa Nacional de Imunizações-PNI. Estas normas visam garantir a conservação adequada dos imunobiológicos, assim como, reforçar junto à equipe a importância da informação gerada na sala de vacina, possibilitando o planejamento de ações estratégicas que visem a manutenção do controle das doenças imunopreveníveis.

Durante a supervisão de salas de vacinas observou-se as condições atuais de funcionamento das salas de vacinas das Unidades Básicas de Saúde e o preparo dos funcionários que nela atuam, a fim de identificar as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde e os problemas relacionados à estrutura física e à assistência prestada aos usuários dos serviços.

A coleta de dados pela supervisão deu-se através de uma entrevista semi-estruturada e na observação sistemática da sala de vacinas e do vacinador escalado para atuar na sala no dia da visita. Verificou-se que o turno da tarde foi o mais favorável para o enfermeiro e o vacinador dispensarem um tempo para responder ao instrumento (questionário) permitindo assim, uma reflexão sobre o seu processo de trabalho. O projeto de supervisão na íntegra foi publicado no boletim N° 27 de setembro de 2005.

Foi realizada a supervisão das salas de vacinas de 124 Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre sendo 103 Unidades Básica de Saúde municipais, 10 Unidades Básica de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, 4 Unidades Básica de Saúde conveniadas(UBS Mãe de Deus,UBS da Pintada,UBS Marinheiros e UBS Campus Avançado da PUC) e 7 Unidades Básica de Saúde do Centro de Saúde do Murialdo. Abaixo os resultados da tabulação dos dados coletados através do instrumento (questionário) conforme os blocos de critérios.



**Aspectos das salas de vacinas:** das 124 salas de vacinas, 63 (50,80%) apresentaram escore **BOM**. A distribuição das características que remetem a este escore está descrita abaixo:

sala exclusiva para vacinas-total 66 (53,22%);  
sala de vacinas com o tamanho mínimo de 6m<sup>2</sup>-total 68 (54,83%);  
sala de vacinas com bancada para preparo das vacinas-total 102 (82,25%);  
sala de vacinas com proteção contra luz solar direta-total 94 (75,80%);  
sala de vacinas com boas condições de conservação- 85 (68,54%);  
sala de vacinas com boa distribuição funcional dos mobiliários- total 61 (49,19%).

**Estrutura:** observou-se a necessidade de investimento na estrutura para atender o preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações quanto ao espaço físico e a necessidade de garantir os cuidados técnicos para esse procedimento. Faz-se necessário de imediato atender as questões de manutenção predial onde identificamos salas de vacinas com infiltração, rachaduras e falta de pintura. Outra situação já atendida nos novos prédios é o tamanho mínimo de 6m<sup>2</sup> e, principalmente, a exclusividade para vacinas mantendo um fluxo adequado e garantindo assim, um ambiente tranquilo para vínculo da mãe-bebê à Rede Básica de POA.

**Capacitação:** observou-se a necessidade de realizar capacitações sistemáticas para toda a equipe de enfermagem, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. No primeiro semestre de 2005, durante a supervisão, houve o levantamento da situação de capacitação dos profissionais que atuam nas salas de vacinas da rede básica e constatou-se um movimento acentuado de pessoal entre os distritos provocando assim, a defasagem desta informação num curto período de tempo. Sendo assim, não é possível a capacitação estar centralizada no Núcleo de Imunizações e sim, haver capacitações distritais com base na informação mais atualizada de recursos de humanos por serviço, capacitado ou não em sala de vacinas nas gerências distritais.

**Rede de Frio :** quanto aos equipamentos (refrigeradores e termômetros) que compõem a rede de frio e o acondicionamento adequado dos imunobiológicos das 124 salas de vacinas observa-se que em 75 salas (60,48%) os equipamentos e as condições de acondicionamento das vacinas refletem o escore **BOM**. A distribuição das especificações que remetem a este escore esta descrito abaixo:

refrigerador com capacidade de 280 litros ou mais- 65 (52,41%);  
refrigerador exclusivo para vacinas- 113 (91,12%);  
refrigerador com bom estado de conservação e funcionamento no período da supervisão-100 (80,64%);  
refrigerador com imunobiológicos organizados conforme lote, tipo e validade- 57 (45,96%);  
refrigerador com evaporador limpo na ocasião da visita- 95 (76,61%);  
quando há alterações na temperatura do refrigerador a equipe comunica o NI- 81 (65,32%).

**Estrutura:** observou-se que para atender o preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações quanto a rede de

frio será necessário investir nos equipamentos da rede de frio garantindo a capacidade de 280 litros dos refrigeradores possibilitando assim melhor distribuição e organização dos imunobiológicos. Outra questão importante é a necessidade de manutenção preventiva dos refrigeradores intervindo rapidamente nas situações de mau funcionamento e garantindo a conservação dos mesmos, assegurando a temperatura adequada e necessária para a conservação e eficácia de todos os imunobiológicos administrados da Rede Básica de Porto Alegre.

**Processo de Trabalho da Equipe:** observou-se, quanto a rede de frio, a necessidade de reforçar em capacitações a organização dos imunobiológicos no refrigerador conforme lote, tipo e validade evitando assim, o vencimento de vacina na Unidade. Outra situação que é de processo de trabalho diz respeito à limpeza do equipamento (refrigerador); em algumas unidades não há escala para a higienização do mesmo. Cabe também, reforçar junto as equipes a prioridade de comunicar ao NI toda e qualquer alteração da temperatura do refrigerador para ser assegurada a eficácia dos imunobiológicos administrados.

**Sistema de Informação:** das 124 UBSs analisadas os escores **IDEAL** e **BOM** se aproximam sendo: 66 serviços (53,22%) com escore IDEAL pois dispunham de todos os formulários para registros, assim como, os manuais para consulta na sala de vacinas e ainda, conheciam a cobertura vacinal da área de atuação. Já em 54 Unidades (43,54%) que apresentaram escore BOM identificamos a falta de alguns formulários necessários para registros e de alguns manuais para consulta na sala de vacinas.

**Eventos Adversos:** o escore **IDEAL** destacou-se em 114 serviços (91,93%) pois estes reconhecem os sinais e sintomas dos eventos adversos pós vacinação, identificando e notificando os casos junto ao Núcleo de Imunizações.

**Imunobiológicos Especiais:** prevaleceu em 105 serviços (84,67%) o escore **IDEAL** atendendo o esperado pelo Programa Nacional de Imunizações que é: conhecer o Centro de Referência dos Imunológicos Especiais, os imunobiológicos disponíveis, suas indicações e os fluxos de encaminhamentos.

**Vigilância Epidemiológica:** prevaleceu o escore **BOM** e **REGULAR**. Somente 66 serviços (53,22%) com escore BOM sabem da ocorrência ou não de doenças imunopreveníveis na área de atuação e notificam. Já em 52 Unidades (41,93%) o escore é **REGULAR** por desconhecerem a ocorrência ou não de doenças imunopreveníveis na região de atendimento.

**Educação em Saúde:** o escore **REGULAR** destaca-se em 51 Unidades (41,12%) que durante a entrevista referiram não realizar grupos programáticos internos de educação em saúde e/ ou não realizam ações junto a seguimentos sociais - extra-muro para divulgação do calendário vacinal. A equipe reforça a importância das vacinas na própria sala durante o atendimento.

Depois de concluído o relatório, fruto da supervisão das salas de vacinas em parceria com as Unidades de Saúde, o mesmo foi encaminhado para a Coordenação Geral da

Vigilância em Saúde (CGVS), Coordenação da Rede da Atenção Básica do município, Gerentes Distritais e as Unidades de Saúde. Em cada nível de competência as seguintes ações foram desencadeadas:

Nas Gerências Distritais: realizaram levantamento dos equipamentos (refrigeradores) existentes nos diversos serviços da sua gerência buscando identificar aqueles com 280 litros em bom estado de funcionamento e conservação para remanejá-los para a sala de vacinas atendendo assim, o quesito sobre a capacidade exigida pelo Programa Nacional de Imunizações.

Unidades Básicas de Saúde: várias equipes mostraram-se solidárias com as questões apontadas durante a supervisão na sala de vacinas sentindo-se estimuladas para as modificações na sua organização do trabalho, trocando a sala de vacinas para outra que atendia as necessidades previstas.

Gestor - SMS: o Gestor encaminhou um calendário de obras priorizando as unidades de saúde com maiores problemas de infra-estrutura predial e que tivessem área física para adequar o tamanho da sala de vacinas. Foram elas: UBSPonta Grossa, UBS Pitinga e UBS Nazaré.

Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis / Núcleo de Imunizações: criou-se um calendário de reuniões com as equipes das UBS para assessorar e orientar quanto aos fluxos das notificações compulsória de doenças transmissíveis. Cabe destacar a otimização das reuniões internas das equipes para uma discussão dos fluxos de notificações e, também, a importância das mesmas junto aos profissionais daquela UBS. Também foram definidas as seguintes ações a serem realizadas:

- manter cronogramas sistemáticos de capacitação em sala de vacinas;
- planejar e executar uma capacitação para o enfermeiro responsável técnico de cada gerência distrital garantindo a supervisão das salas de vacinas mais próxima dos serviços do seu distrito;
- assessorar as unidades de saúde para a modificação do sistema de arquivamento das fichas de vacinação (espelho de vacina) agora padronizado por data de aprazamento;
- estimular e assessorar as Gerências Distritais para a realização de capacitações distritais garantindo atender as questões de *turnover* de funcionários e conseqüentemente, profissionais sem capacitação atuando na sala de vacinas.

Totalização das Gerências Distritais

DISTRITOS SANITÁRIOS GERÊNCIAS DISTRITAIS	ASPECTOS DA SALA				PROCEDIMENTOS TÉCNICOS				REDE DE FRIO				SISTEMA DE INFORMAÇÃO				
	UBSs	IDEAL	BOM	REG	INSUF.	IDEAL	BOM	REG.	INSUF.	IDEAL	BOM	REG.	INSUF.	IDEAL	BOM	REG.	INSUF.
Restinga Extremo Sul	9		8	1		7	2			3	5	1		5	4		
Sul Centro Sul	16	3	9	3	1	11	5			3	12	1		9	7		
Glória Cruzeiro Cristal	21	5	7	9		16	5			11	8	2		9	9	3	
Centro	3	2	1			2	1			1	1	1		1	2		
Leste Nordeste	22	3	9	10		18	4			4	18			11	11		
Norte Eixo Baltazar*	22	6	13	3		18	4			6	14	2		14	8		
Noroeste Ilhas**	12	2	6	4		10	2			5	6	1		5	6	1	
Partenon Lomba	19	5	10	4		16	3			6	11	2		12	7		
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>26</b>	<b>63</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>98</b>	<b>26</b>			<b>39</b>	<b>75</b>	<b>10</b>		<b>66</b>	<b>54</b>	<b>4</b>	

Totalização das Gerências Distritais

DISTRITOS SANITÁRIOS GERÊNCIAS DISTRITAIS	UBSs	EVENTOS ADVERSOS				IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS				VIGILÂNCIA EPIDEMIOL				EDUCAÇÃO EM SAÚDE			
		IDEAL	BOM	REG.	INSUF.	IDEAL	BOM	REG.	INSUF.	IDEAL	BOM	REG.	INSUF.	IDEAL	BOM	REG.	INSUF.
Restinga Extremo Sul	9	9				7	1	1			8		1	4		4	1
Sul Centro Sul	16		15		1	15			1	1	5	10		5	2	8	1
Glória Cruzeiro Cristal	21	18		3		12	6	1	2		5	16		6	5	9	1
Centro	3	3				3					1	2		1	1	1	
Leste Nordeste	22	21	1			19	2	1			13	9		10	6	6	
Norte Eixo Baltazar*	22	21	1			20	1	1			1	16	5	4	7	10	1
Noroeste Ilhas**	12	10		2		12					1	7	4	2	3	7	
Partenon Lomba	19	18			1	17	1		1	2	11	6		7	6	6	
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>114</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>105</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>66</b>	<b>52</b>	<b>1</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>51</b>	<b>4</b>

## ALGUMAS INFORMAÇÕES PRELIMINARES SOBRE A OCORRÊNCIA DA EPIDEMIA DE RUBÉOLA EM PORTO ALEGRE

Adelaide Kreutz Pustai  
Enfermeira Epidemiologista da EVDT

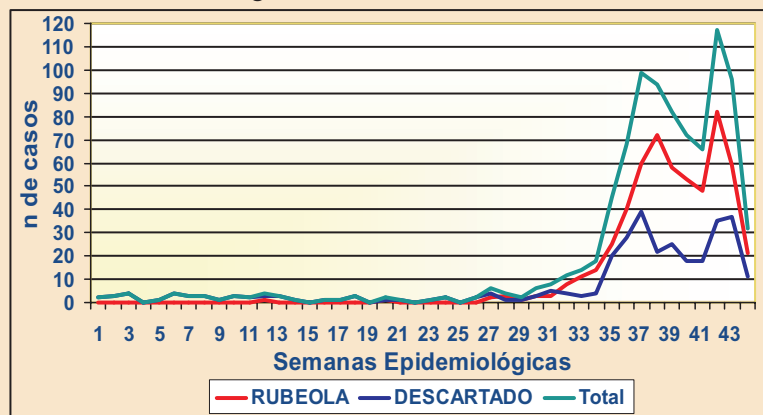
A rubéola é uma doença exantemática aguda, transmissível, de etiologia viral, geralmente benigna, mas com potencial de causar malformações fetais graves (cardiopatas, catarata e surdez) se contraída pela gestante, especialmente no primeiro trimestre. O agente infeccioso da rubéola é um vírus pertencente ao gênero *Rubivirus*, família *Togaviridae*. Caracteriza-se por apresentar exantema brando do tipo maculo-papular difuso iniciando pelo rosto, cabeça e pescoço, espalhando-se para o restante do corpo. Observa-se ainda febre baixa e adenomegalias cervical e retroauricular. Também ocorrem formas inaparentes. Adolescentes e adultos podem

apresentar período prodrômico com febre baixa, cefaléia, artralgia, mialgia, conjuntivite, coriza e tosse. A transmissão ocorre pelo contato direto com as secreções do doente. O período de transmissibilidade é de 5 a 7 dias antes até 5 a 7 dias após o aparecimento do exantema e a incubação dura de 14 a 21 dias sendo que a média é de 17 dias. A única medida de prevenção eficaz contra a doença é a vacina.

Desde 2006 esta equipe de vigilância vem emitindo alertas epidemiológicos para toda rede de serviços de saúde de Porto Alegre devido à ocorrência de surtos de rubéola no país. Em junho de 2007 foi divulgada nota

técnica pelo CEVS/SES/RS informando que Pelotas estava com um surto da doença e que a FENADOCE, evento de grandes proporções que ocorreria em junho/julho naquela cidade poderia ser a disseminadora deste agravo para o restante do estado. Em julho já foram detectados os primeiros casos importados em moradores de Porto Alegre que haviam estado em Pelotas e, em agosto foi detectada transmissão autóctone em nossa cidade.

Até a semana epidemiológica (SE) 44, dos 907 casos que haviam sido notificados para esta equipe, 579 casos foram confirmados e 328 descartados. Na SE 42 ocorreram 82 casos, ápice da curva. A distribuição dos casos confirmados, descartados e o total de investigados podem ser observados no gráfico 1.



Fonte: SINAN-NET/EVDT/CGVS/SMS/PMPA

Gráfico 1 - **Distribuição da frequência de casos investigados, confirmados e descartados de Rubéola, por semana epidemiológica, Porto Alegre, 2007 (até SE 44)**

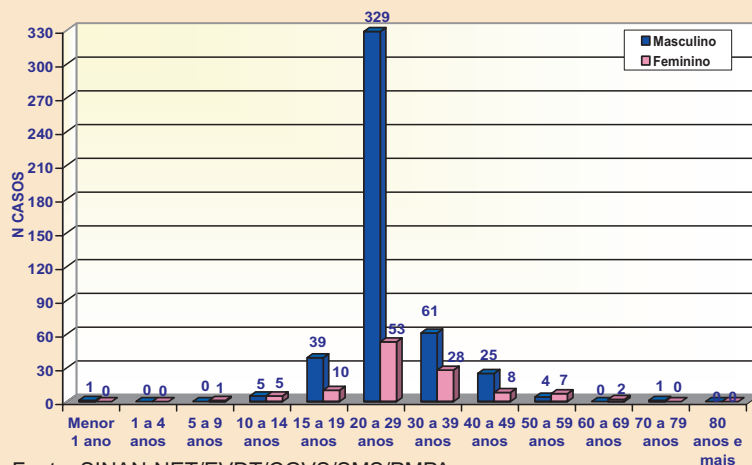
Em relação à distribuição dos casos confirmados por sexo e por faixa etária o predomínio ocorreu no sexo masculino com 465 (80,31%) casos confirmados.

A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 29 anos de idade com 382 (65,97%) casos confirmados, sendo que destes 329 ocorreram em homens e 53 em mulheres, conforme demonstrado no gráfico 2 e na tabela 1. Considerando homens e mulheres acometidos pela doença, a taxa de incidência nesta faixa etária foi de 155,56 casos por 100.000 habitantes.

Tabela 1 - **Incidência de casos de rubéola segundo sexo e faixa etária e população total, Porto Alegre, 2007 (até SE 44)**

Faixa Etária	N Masc	Pop Masc	Inc Masc	N Fem	Pop Fem	Inc Fem	N Total	Pop Total	Inc Total
Menor 1 ano	1	11547	8,66	0	11063	0	1	22610	4,42
1 a 4 anos	0	45131	0,00	0	43409	0	0	88540	0,00
5 a 9 anos	0	55564	0,00	1	53639	1,86	1	109203	0,92
10 a 14 anos	5	58413	8,56	5	56198	8,90	10	114611	8,73
15 a 19 anos	39	67106	58,12	10	66549	15,03	49	133655	36,66
20 a 29 anos	329	120021	274,12	53	125551	42,21	382	245572	155,56
30 a 39 anos	61	103972	58,67	28	118276	23,67	89	222248	40,05
40 a 49 anos	25	92552	27,01	8	112923	7,08	33	205475	16,06
50 a 59 anos	4	60951	6,56	7	78757	8,89	11	139708	7,87
60 a 69 anos	0	37569	0,00	2	55350	3,61	2	92919	2,15
70 a 79 anos	1	20199	4,95	0	36362	0,00	1	56561	1,77
80 anos e mais	0	6006	0,00	0	15968	0,00	0	21974	0,00
<b>Total</b>	<b>465</b>	<b>679031</b>	<b>68,48</b>	<b>114</b>	<b>774045</b>	<b>14,72</b>	<b>579</b>	<b>1453076</b>	<b>39,85</b>

Fonte: SINAN-NET/EVDT/CGVS/SMS/PMPA



Fonte: SINAN-NET/EVDT/CGVS/SMS/PMPA

Gráfico 2 - **Distribuição dos casos confirmados de Rubéola por Faixa etária e sexo, Porto Alegre, 2007 (se 44)**

O surto de rubéola ocorreu devido ao acúmulo de suscetíveis, uma vez que os homens que não foram alvo de campanhas de vacinação foram os mais acometidos pelos surtos que estão ocorrendo no Brasil.

Todo caso da doença deve ser notificado imediatamente por telefone para a EVDT (fone 32892472) pelo médico assistente, **já na suspeita**, para que medidas de bloqueio possam ser prontamente orientadas para todos os contatos, que devem ser vacinados. Um caso suspeito é definido como “todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculo-papular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular e ou occipital e ou cervical, independente da idade e situação vacinal”.

Referências bibliográficas indicam que após um surto de rubéola a incidência da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) aumenta de 0,5 para 2,5 casos por 1000 nascidos vivos. Após o surto de rubéola que está ocorrendo em nossa cidade, estima-se que aproximadamente 10 nascidos vivos poderão ser acometidos por SRC em Porto Alegre. Todos casos suspeitos de SRC deverão ser notificados para a EVDT objetivando medidas de prevenção aos comunicantes e encaminhamento para o serviço especializado que acompanhará estes recém nascidos. Conforme consta em Alerta editado pelo Ministério da Saúde em julho de 2007, a eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola congênita até o ano de 2010 é uma meta assumida em 2003 pelo Brasil e pelos demais países das Américas. Portanto, este é um compromisso de todos nós profissionais de saúde.

#### Referências Bibliográficas:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª ed. Brasília, 2005. Disponível no site: [www.saude.gov.br/svs/publicacoes](http://www.saude.gov.br/svs/publicacoes)

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Nota Técnica número 2 -Rubéola no RS, 2007. Disponível no site: [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)

CONASS notícias dos estados [http://www.conass.org.br/?page=noticias\\_estados&codigo=698&i=0&mesAtual=04&anoAtual=2006&diaAtual=06](http://www.conass.org.br/?page=noticias_estados&codigo=698&i=0&mesAtual=04&anoAtual=2006&diaAtual=06)

## Tabela do número de casos notificados e investigados pela Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis no ano de 2007, SE 1 a 48\*

Agravos	Total de Casos		Casos Residentes em POA	
	Investigados	Confirmados	Investigados	Confirmados
Acidentes com animais peçonhentos	89	89	31	31
Aids	1426	1426	1070	1070
>13 anos		1380		1034
< 13 anos		46		36
Atendimento anti-rábico	3707	3707	3707	3707
Botulismo	0	0	0	0
Carbunculo ou Antraz	0	0	0	0
Caxumba	81	NA	76	NA
Cólera	0	0	0	0
Coqueluche	128	54	80	36
Dengue**	141	22	130	19
Difteria	2	0	2	0
Doença de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0
Doença Chagas ( casos agudos)	0	0	0	0
Doença Exantemática	1133	733	1128	729
Rubéola	1128	733	1123	729
Sarampo	5	0	5	0
Esquistossomose	0	0	0	0
Eventos Adversos Pós-vacinação	358	358	358	358
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	531	531	351	351
Hanseníase	51	51	23	23
Hantavirose	4	0	2	0
Hepatites Virais	859	797	754	705
Hepatite A		40		37
Hepatite B		106		99
Hepatite C		646		564
Hepatite B+C		5		5
Hepatite A/B ou A/C		0		0
Leishmaniose Tegumentar Americana	2	2	1	1
Leishmaniose Visceral **	0	0	0	0
Leptospirose	303	82	199	49
Malaria**	8	2	5	2
Meningites	762	671	455	405
Doença meningocócica		44		20
M. bacteriana		91		42
M. outras etiologias		28		15
M. haemophilus		3		3
M. não especificada		94		57
M. pneumococo		31		19
M. tuberculosa		17		13
M. viral		363		236
Peste	0	0	0	0
Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda	12	0	9	0
Raiva Humana	0	0	0	0
Sífilis Congênita	111	111	69	69
Sífilis em gestante	103	103	82	82
Síndrome da Rubéola Congênita	1	0	1	0
Tétano Acidental	15	14	7	7
Tétano Neonatal	0	0	0	0
Tuberculose	2017	2017	1555	1555
Casos Novos		1459		1224
Tularemia	0	0	0	0
Varicela	1580	NA	1423	NA
Varíola	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>14557</b>		<b>12646</b>	
NA: Não se aplica/ considerado caso pela notificação				
* dados sujeitos a revisão				
**casos confirmados importados				



# Avaliação das Campanhas de Vacinação Contra Poliomielite, 1ª e 2ª etapas, Porto Alegre, 2007.

Ms. Maria Aparecida M. Vilarino  
Chefe Núcleo Imunização/EVDT

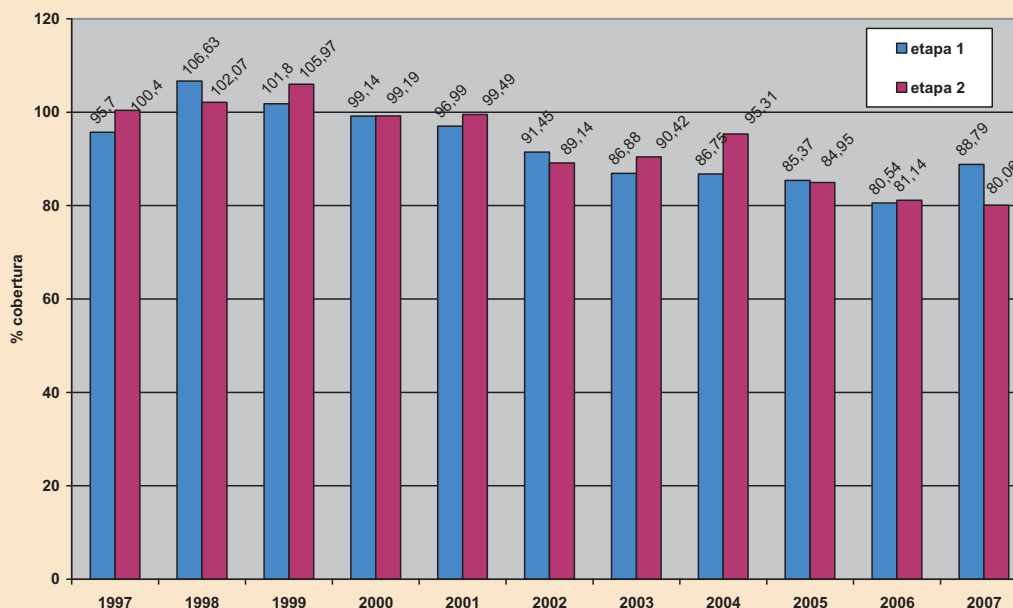
No ano de 2007 a população utilizada para cálculo da cobertura vacinal foi extraída do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), que estimou uma coorte de nascidos vivos de 2002 até maio de 2007 representando um dado mais próximo da realidade.

A meta para a 1ª etapa foi 95.186 e para a 2ª etapa 96.766 menores de 5 anos, representando um dado mais próximo da realidade.

Verificou-se que na 1ª etapa a cobertura vacinal atingida foi de 88.79%, num total de 84.517 doses aplicadas e de 80,06% de cobertura vacinal atingida na 2ª etapa, num total de 77.471 doses aplicadas.

No gráfico abaixo, que apresenta a série histórica das coberturas vacinais das campanhas realizadas desde 1997 até 2007, verifica-se uma tendência de diminuição das coberturas vacinais a partir do ano de 2001.

Pode-se citar como a principal causa da baixa adesão a essas campanhas, a inexistência da doença poliomielite em nosso meio, o que provavelmente estaria desmotivando os pais ou responsáveis dessas crianças, a aderirem ao chamamento da campanha de uma doença que não bate mais em suas portas, como acontecia nas décadas de 60 e 70.



Fonte: API/NI/EVDT/CGVS/SMS

Gráfico da Série Histórica da Cobertura Vacinal das Campanhas  
contra a Poliomielite em Porto Alegre

## EXPEDIENTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE:  
Eliseu Santos

COORDENADORA DA COORDENADORIA GERAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE:  
José Ângelo Moen 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 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 G.S. de Bastos  
Maria de Fátima de Bem Rigatti / Mariloy T. Viegas  
Maristela Fiorini / Maristela A. Moresco / Nair S. Marques / Neiva Isabel R. Wacholz  
Patricia C. Wiederkehr / Patricia 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 - 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: [epidemia@sms.prefpoa.com.br](mailto:epidemia@sms.prefpoa.com.br)  
Esta 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

Impressão:



Fone: (41) 3347-8868  
[progressiva@onda.com.br](mailto:progressiva@onda.com.br)  
Curitiba - PR