



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

BOLETIM

EPIDEMIOLÓGICO

Nº 7

DEZEMBRO

1998

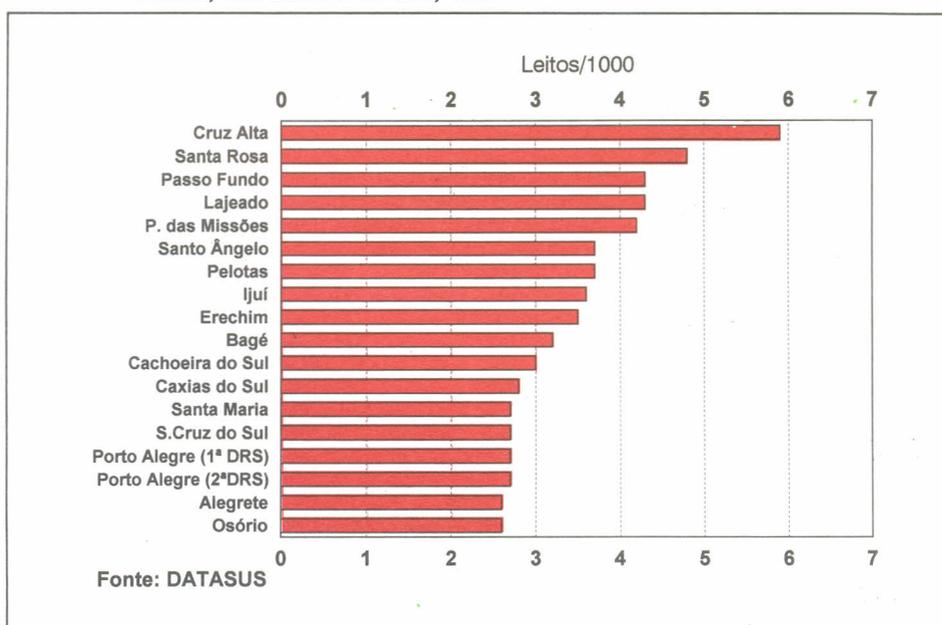
ATENDIMENTO HOSPITALAR PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

São apresentados alguns dados referentes ao atendimento pelo SUS no ano de 1997

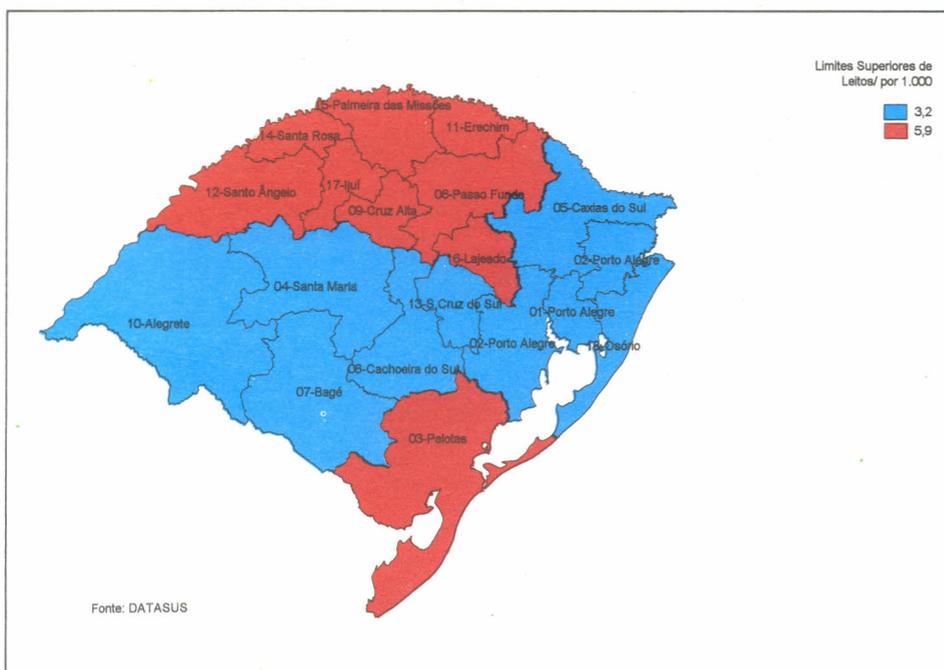
Hospitais e leitos

O número total de leitos no Rio Grande do Sul vem diminuindo, principalmente devido à redução acentuada de leitos em Porto Alegre, a partir de 1995. Essa redução deveu-se principalmente à diminuição do número de leitos para pacientes psiquiátricos, em função da nova orientação de priorizar o atendimento ambulatorial. Observou-se que, no país, a média de 1.271.000 internações mensais em 1994 diminuiu para 1.029.000 em 1997⁽¹⁾. Também ocorreu um aumento de atendimentos ambulatoriais no país e no Rio Grande do Sul. Este fato – aumento de atendimentos ambulatoriais e diminuição do número de internações – chama a atenção no momento em que se observou uma diminuição de 13,7% da mortalidade infantil no Estado (de 18,3 para 15,9 mortes de menores de um ano para cada mil menores de um ano), o menor coeficiente de mortalidade infantil já registrado no Estado, au-

Gráfico 1 – Distribuição de leitos por 1.000 habitantes, por Delegacia Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 1997.



Mapa 1 – Leitos hospitalares por 1.000 habitantes, Rio Grande do Sul, 1998.



mento das coberturas de vacinação em menores de um ano e grande diminuição do número de doenças transmissíveis passíveis de controle pelo uso de vacinas. Além disso também se observa um aumento da esperança de vida ao nascer.

No Estado existem 417 hospitais, dos quais, 381 são vinculados ao SUS. Destes, 355 são contratados/conveniados, 20 (vinte) universitários e 6 (seis) são próprios. Nestes hospitais existem 30.826 leitos, dos quais 24.388 (79,1%) são credenciados pelo SUS. Destes, 1.110 são para uso em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O total de leitos corresponde a um coeficiente de 3,16 leitos por 1.000 habitantes. Entretanto, observa-se que a distribuição não é uniforme no Estado; a maior oferta é na Delegacia Regional de Saúde (DRS) de Cruz Alta, com 5,16 leitos/1.000 habitantes, seguindo-se as DRSs de Passo Fundo (4,3) e Lajeado (4,1). As DRSs, onde é menor a disponibilidade por 1.000 habitantes, são, pela ordem, 18ª DRS, com sede em Osó-

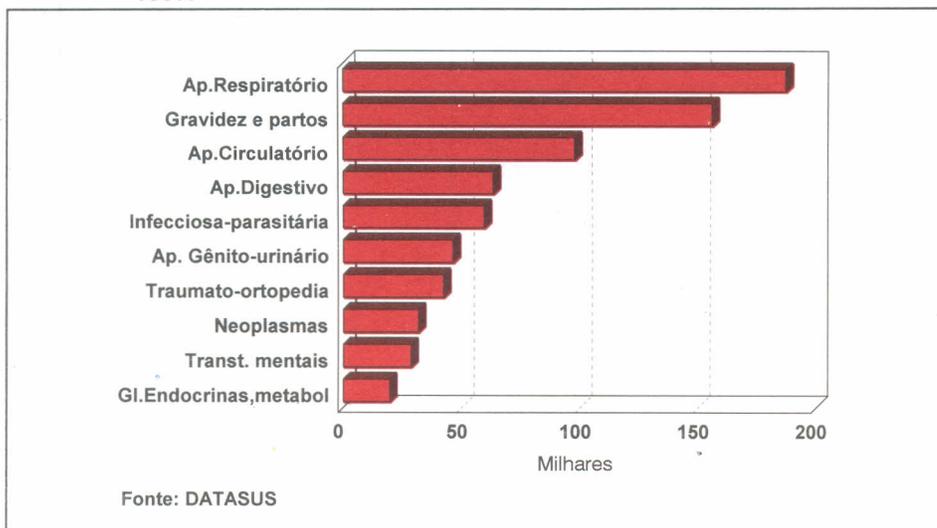
(1) Fonte: DATASUS-MS

rio, com 2,4, a 2ª DRS (sede P. Alegre), com 2,5, a 1ª DRS (sede P. Alegre e corresponde à região metropolitana), com 2,73 e a 13ª DRS (sede Santa Cruz do Sul), com 2,7. Observa-se que a região metropolitana, com mais de 3 milhões de habitantes, apresenta uma oferta de 2,7 leitos por 1.000 habitantes, bem mais baixa que a média do Estado. A capital apresenta um coeficiente de 4,5 por 1.000, entretanto os demais municípios da região metropolitana têm uma oferta de 0,9 leitos do SUS por 1.000. Isto, somado ao fato de que a maioria dos leitos especializados (atenção terciária) encontra-se em Porto Alegre, acarreta uma maior demanda proveniente de várias regiões do estado, mas principalmente dos municípios da região metropolitana. Estes dados explicam a grande procura por leitos hospitalares e os problemas decorrentes de falta de vagas em determinados períodos na capital do Estado. (Gráfico 1 e mapa 1).

Custo das internações

Em 1997 ocorreram 811.171 internações, das quais 186.132 (23%) em Porto Alegre. Entretanto as internações na capital representaram 44,4% do valor total pago, com um custo médio de R\$ 631,00 (seiscentos e trinta e um reais) por paciente hospitalizado, enquanto o custo médio para o Estado foi de R\$ 324,00 (trezentos e vinte e quatro reais). Este custo maior na capital se explica pelo uso de procedimentos mais especializados e pelo incentivo dado aos hospitais universitários – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS), que varia de 50 a 75% a mais do valor pago. Da mesma forma, o tempo médio de hospitalização na capital de 8,4 dias é maior do que no Estado (5,9 dias). A internação por 100 habitantes/ano foi 14,3 na capital e 8,4% no Estado. As doenças do aparelho respiratório, circulatório, neoplasias e gravidez, parto e puerpério, representam em conjunto, 57% do total pago. Os partos cirúrgicos representaram 33% do total de partos e 43,5% do valor pago.

Gráfico 2 – Dez principais causas de internações pelo SUS, Rio Grande do Sul, 1997.



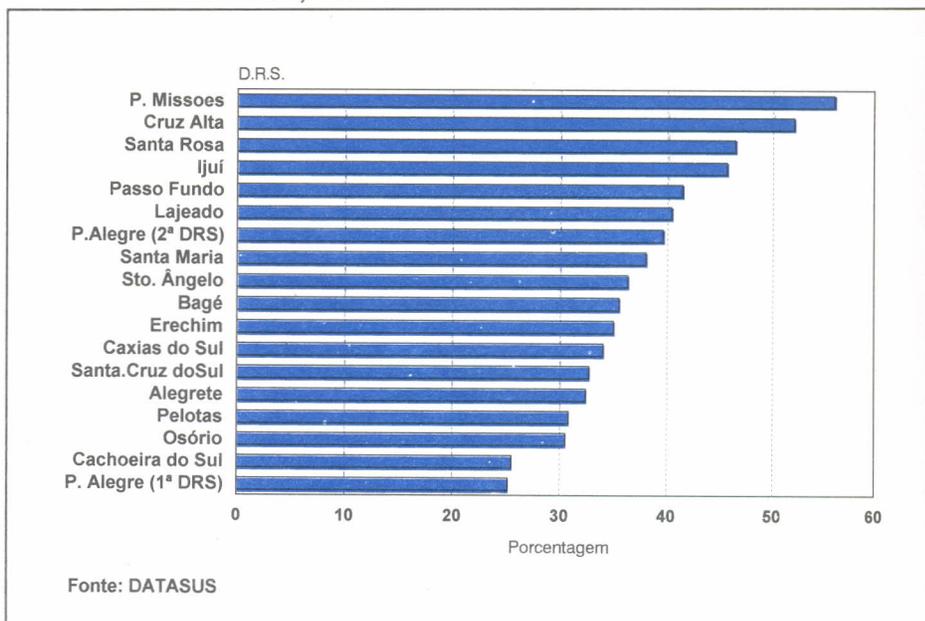
Principais causas de internação

As dez principais causas de internação, classificadas de acordo com a CID-BR, estão demonstradas no Gráfico 2. As doenças respiratórias, gravidez e parto, e as doenças circulatórias são as três principais causas, representando aproximadamente 50% das internações.

Partos

Os partos normais representaram 67% do total, enquanto os cesáreos representaram 33%. Entretanto, esse percentual não se distribui uniformemente no Estado. (Gráfico 3) As Delegacias Regionais de Saúde de Passo Fundo, Cruz Alta, Santa Rosa, Palmeira das Missões, Lajeado e Ijuí estiveram significativamente acima da média, enquanto as DRSs de Porto Alegre e Cachoeira do Sul foram as que apresentaram as mais baixas taxas de cesárea, com 25,2 e 25,5%, respectivamente, entretanto acima do máximo recomendado de partos cesáreos que é de 15%. Observou-se que o número de nascimentos vem diminuindo no Estado, de 188.268 em 1995 para 180.610 em 1997. Também se observou uma diminuição de partos realizados pelo SUS, havendo uma tendência no aumento dos percentuais dos partos naturais em detrimento das cesáreas.

Gráfico 3 – SUS – Porcentagem de Cesáreas por Delegacia Regional de Saúde. Rio Grande do Sul, 1997.



Internações de alta complexidade

São consideradas internações de alta complexidade: cardiologia, oncologia, transplantes, traumatologia/ortopedia, cirurgia da epilepsia e correções lábio-palatais. Na Tabela 1 se verificam as principais causas de internações de alta complexidade de acordo com o custo.

As 29.941 internações por alta complexidade representam 2,6% do total de internações do SUS, e 17,5% do custo total. Do total de R\$ 22.794.055,00, a maior quantidade de AIHs pagas refere-se à oncologia, (74% das internações) entretanto, o maior custo total provém das internações por doenças cardiovasculares, que corresponde a 49% do custo total das internações de alta complexidade. (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Porcentagem de Internações de alta complexidade e custo proporcional. SUS. RS/1997.

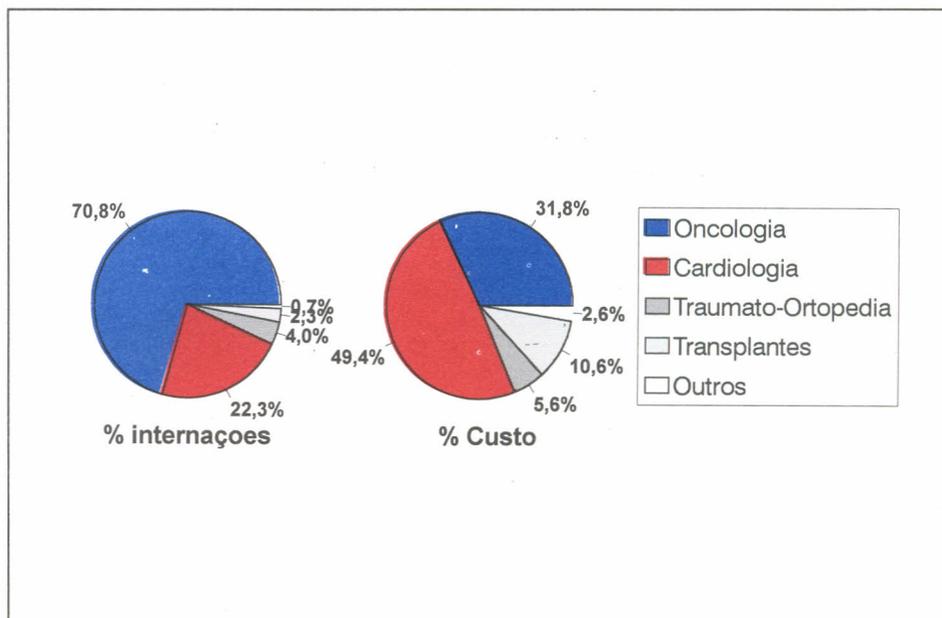


Tabela 1 – SUS – Principais causas de internação de alta complexidade, de acordo com o custo. RS, 1997.

Tipo	Nº AIHS	%	% Total Inter.	Valor Total	%	% Total	Custo médio	Óbitos	Média Perm.
Cardiologia	4.655	22,3	0,58	22.794.055,80	49,36	8,65	4.896,00	4,90	9,25
Oncologia	14.822	70,8	1,83	14.696.105,00	31,83	5,57	991,00	12,72	11,90
Transplantes	467	2,23	0,05	4.915.241,38	10,65	1,87	10.525,00	14,35	17,22
Traumatologia/Ortopedia	833	3,97	0,1	2.585.974,00	5,6	0,99	3.104,41	0,48	9,23
Epilepsia	139	0,66	0,02	1.164.634,00	2,52	0,44	8.378,00	zero	1,0
Lábio/palatais	25	0,11	0,00	18.536,00	0,04	0,00	741,44	0,09	1,0
TOTAL	20.941	100	2,58	46.174.546,00	100	17,52	2.204,98	10,42	11,33

Os transplantes apresentam um valor de R\$ 4.915.241,00, correspondendo a 10,6% dos gastos com internação de alta complexidade. Quando se examina o custo médio/paciente, observa-se que nas internações por alta complexidade, o maior custo médio/paciente recai nos procedimentos de transplante com R\$ 16.780,00 seguido da cirurgia da epilepsia (139 AIHs) com R\$ 8.378,00 e doenças cardio-vasculares (4.655 AIHs) com custo médio por paciente de R\$ 4.986,00. Este tipo de gasto

tem se mantido constante nos anos de 1995, 1996 e 1997.

No ano de 1997 foram realizados 467 transplantes pelo SUS, o valor médio mais alto foi o transplante hepático (R\$ 41.519,51), seguido do transplante de medula óssea (R\$ 35.588,00), pulmão (R\$ 29.656,00), coração (R\$ 17.793,00) e renal (R\$ 11.507,00).

Dos procedimentos cardiovasculares, observou-se que das 4.655 AIHs pagas, R\$ 6.472.603,51 (28,75%) representaram gastos com material para

angioplastias e coronariopatias e em órteses e próteses, especialmente marca-passos.

Oncologia

As internações com oncologia representam 74% do total de internações de alta complexidade e 32% do custo, situando-se como o segundo maior valor gasto. O maior número de internações é representado pelos tumores do aparelho genital feminino (10%), seguido pelas neoplasias do trato gastro-intestinal (8%).

Morbidade prevenível

No ano de 1997 foram internadas pelo SUS 811.171 pessoas (AIHs), com um custo total de 264 milhões de reais, a um custo médio de 325 reais por paciente. Muitas destas internações poderiam ser evitadas se as ações preventivas, que incluem a promoção, proteção específica e diagnóstico precoce, tivessem sido utilizadas no momento adequado. Pode-se dizer que a ação dos agentes comunitários de saúde, o trabalho realizado pelos postos de saúde, os programas de vacinação, a prevenção do câncer, a prevenção de doenças cardiovasculares contribuí-

ram para a redução das internações. Entretanto, ressalta o fato de que, do montante de internações acima descritas, se pode destacar as causadas por doenças infecciosas intestinais (7,0% do total e 5,0% do custo), doenças do aparelho respiratório (23,0% do total e 20,0% do custo) poderiam na maioria dos casos ser evitadas. As doenças cardiovasculares contribuíram com 11,0% das internações e 10% do custo. Trabalhos internacionais⁽²⁾ demonstraram que no Canadá, de cada dólar investido em prevenção se economiza três em assistência médica. As neoplasias representam 4% das internações e 8% do custo. Muitas

neoplasias, como o câncer de colo de útero, de mama, dermatológico, de pulmão podem ser evitados através de atividades de prevenção primária. Ou seja, o grande desafio da saúde pública é o de conciliar assistência médico-hospitalar universalizada, acessível, igualitária, de boa qualidade e a um custo suportável, com adequados programas de prevenção primária, onde com um dispendio menor e com tecnologia simples se possa promover a saúde, evitar doenças e diagnosticar e tratar precocemente os agravos a saúde.

(2) The Catalonia Declaration-Investing in Health, Barcelona, Spain, June, 1995.

DOENÇA DE CHAGAS NO RIO GRANDE DO SUL

A doença de Chagas ou Tripanossomíase americana é um importante agravo à saúde em toda a América Latina. Trata-se de parasitose causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi) transmitido principalmente pelas fezes do triatomíneo ou por transfusão de sangue. A doença de Chagas humana é responsável por importantes perdas médico-sociais, especialmente devido às lesões cardíacas de sua fase crônica, que acarretam incapacidade precoce, elevado absenteísmo, aposentadorias e morte.

Sabe-se que entre 20 e 30% dos chagásicos irão desenvolver alterações cardíacas e 10 a 15% desenvolverão alterações no esôfago e/ou intestino grosso; existem ainda as formas mistas de comprometimento visceral da doença.

O Inquérito Sorológico Nacional para Doença de Chagas de 1975-80 mostrou que o RS tinha uma prevalência de 8,8% de sorologia positiva na população geral.

O Inquérito Sorológico Nacional para Doenças de Chagas (1994-96) em escolares de 7 a 14 anos de idade, residentes em zona rural, realizado em 153 municípios considerados endêmicos, mostrou que em 81 (52,9%) destes municípios, a sorologia foi negativa, o que representa uma redução do número de municípios com casos novos. Nos 72 municípios (47,1%), onde houve positividade, a prevalência sorológica variou de 0,1 a 5,1% – (os mais altos, Santo Augusto e Alegria) com uma média de 0,6%. (Mapa 2).

Os dados existentes mostram que, apesar da redução na sorologia positiva, a doença de Chagas ainda representa um grave problema de saúde pública no Estado. As

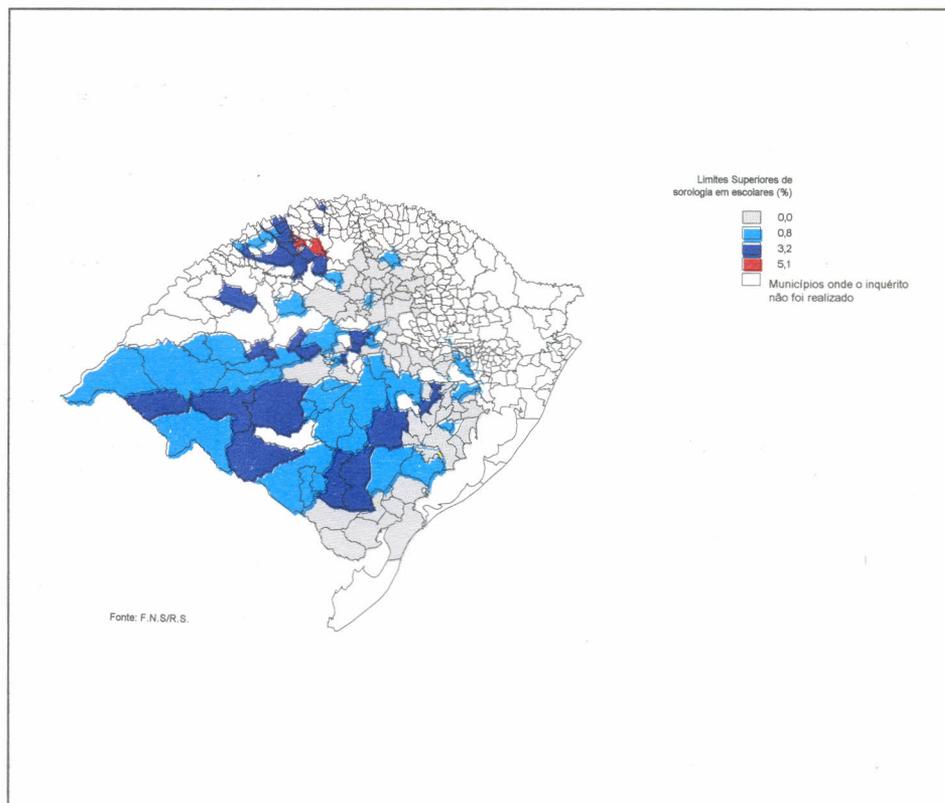
complicações exigem tratamentos médico-cirúrgicos dispendiosos, tais como implante de marca-passo cardíaco, cirurgias digestivas complexas e inclusive transplantes cardíacos.

O Programa de Controle da Doença de Chagas, da Secretaria da Saúde (SSMA), baseia-se na prevenção de suas complicações, através de ações que visem ao controle da transmissão vetorial, transfusional e congênita, e ações que evitem ou retardem as complicações das formas crônicas do agravo.

As 106 crianças de 7 a 14 anos com sorologia positiva do Inquérito Sorológico Nacional para Doença de Chagas de 1994-1996 foram tratadas com benzonidazol durante 60 dias, com possibilidade de cura de 60%.

Para se ter um melhor conhecimento da magnitude deste agravo é necessário que os profissionais de saúde informem os casos diagnosticados, notificando-os através do aerograma, conforme a Portaria nº 1.100, de 24 de maio de 1996 de doenças de Notificação Compulsória.

Mapa 2 – Sorologia da Doença de Chagas em Escolares da Zona Rural, Rio Grande do Sul, 1996.



HANSENÍASE NO RIO GRANDE DO SUL – SITUAÇÃO ATUAL

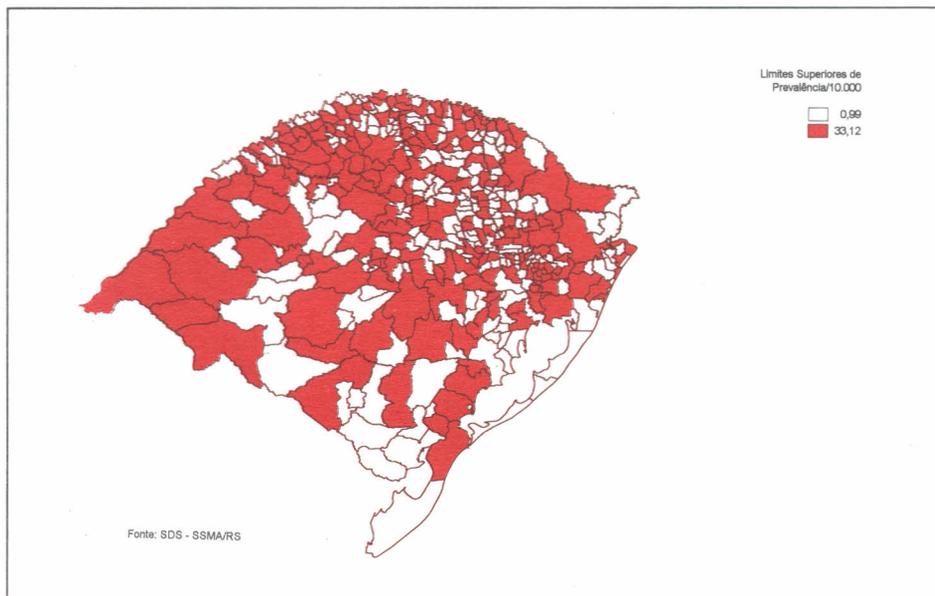
O Rio Grande do Sul é o estado que apresenta a menor prevalência de hanseníase do país; em 31 de julho do corrente ano havia 497 doentes em registro ativo e um coeficiente de prevalência de 0,5/10.000 hab. A meta do Programa de Hanseníase é a de manter a prevalência menor que 1 caso para cada 10.000 hab. Segundo a Organização Mundial da Saúde esta meta indica a eliminação à hanseníase como problema de saúde pública.

A poliquimioterapia OMS (PQT-OMS) foi implantada oficialmente no país após a 44ª Assembléia Mundial da Saúde realizada em maio de 1991. No Rio Grande do Sul a PQT-OMS foi implantada em julho de 1992. Em 31 de dezembro de 1991 havia no Estado 3.659 pacientes, com um coeficiente de prevalência médio de 4,0/10.000 habitantes, sendo que neste ano, 63% dos municípios cumpriam a meta preconizada pela OMS. (Mapa 3)

A partir de 01.01.92 entraram 1.346 pacientes no registro ativo e o número de pacientes que saíram foi de 4.508. Destas 4.508 altas 3809 (84,5%) o foram por cura. As altas estatísticas que correspondem aos pacientes perdidos, isto é, que não completaram o tratamento, foram apenas 440, ou seja, 9,8% das altas. O número de óbitos foi de 63 (1,4%). Erros de diagnóstico e duplos fichamentos representaram 0,5%.

Dos 1.346 pacientes que entraram no sistema desde o início da PQT, 1.294 (96,1%) iniciaram o tratamento. Ocorreram apenas 25 recidivas de julho de 1992 a julho de 1998. Neste ano, 81,2% dos municípios atingiram a meta de menos de um caso por 10.000 (Mapa 4).

Mapa 3 – Prevalência da Hanseníase por Município – RS – 1991.



Mapa 4 – Prevalência da Hanseníase por Município – RS – jan-ago/1998.

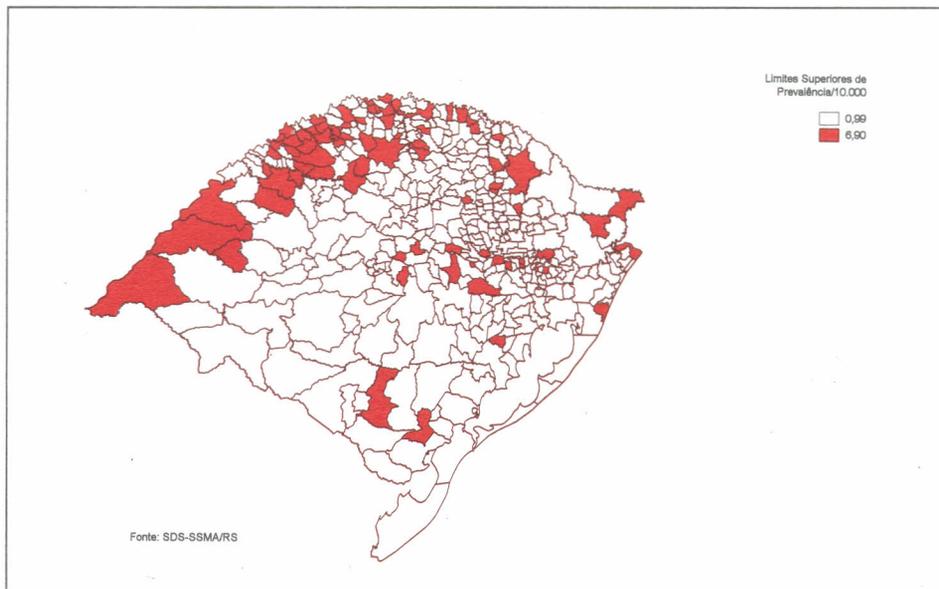
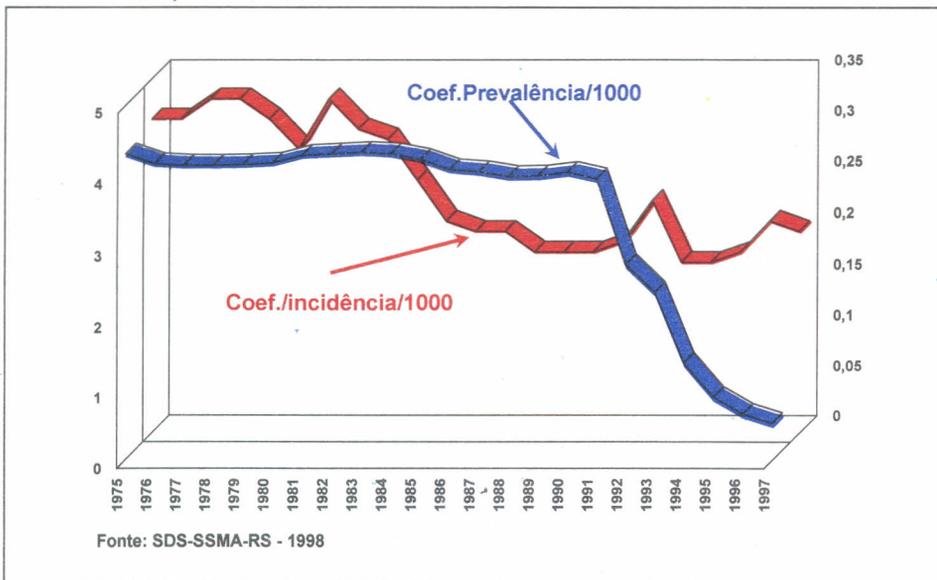


Gráfico 5 – Hanseníase: Coeficientes de prevalência e incidência. Rio Grande do Sul, 1975 a 1997.



Com a implantação da PQT, a prevalência reduziu em 85% e a tendência desta redução pode ser observada no Gráfico 5. Entretanto, a incidência (casos novos) permanece constante nos últimos anos.

É importante salientar que a baixa prevalência não deve minimizar a gravidade da doença. Torna-se necessária a identificação das áreas de maior prevalência, portanto prioritárias, e a detecção de casos ainda não descobertos, ou seja a prevalência oculta ou estimada.

Como não se dispõe de medicação 100% efetiva no tratamento da doença, o objetivo é a redução gradual do número de casos novos anuais. Para tanto, além das atividades de vigilância e controle já existentes, buscar-se-á a conscientização da população através de educação em saúde. O objetivo maior é a interrupção da cadeia de transmissão da doença.

ENFERMIDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETAs) NO RIO GRANDE DO SUL, 1987-1997

A investigação epidemiológica das ETAs no Estado do Rio Grande do Sul teve início no ano de 1980. Entretanto, somente a partir da implantação da norma técnica 20/82, as condutas de investigação começaram a ser padronizadas. Em 1993, foram efetuados treinamentos específicos sobre notificação e investigação, o que determinou um aumento de três vezes no total de surtos notificados (Gráfico 6). No período de 1987 a 1997, a Vigilância Sanitária de Alimentos investigou 892 surtos de doenças vinculadas dos 1226 notificados (72,7%). Em 627 (70,3% dos surtos investigados) foi possível a identificação do agente etiológico.

Os alimentos preparados estiveram presentes em 45,6% dos sur-

Gráfico 6 – Número de surtos de enfermidades transmitidas por alimentos, notificados por ano. Rio Grande do Sul, 1980-1997.

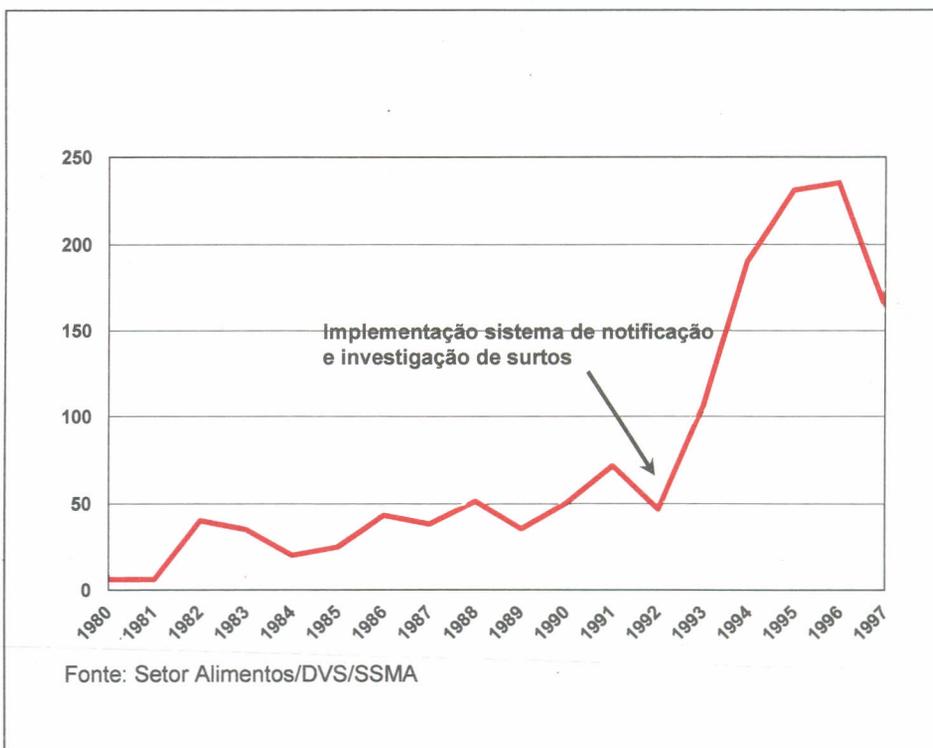
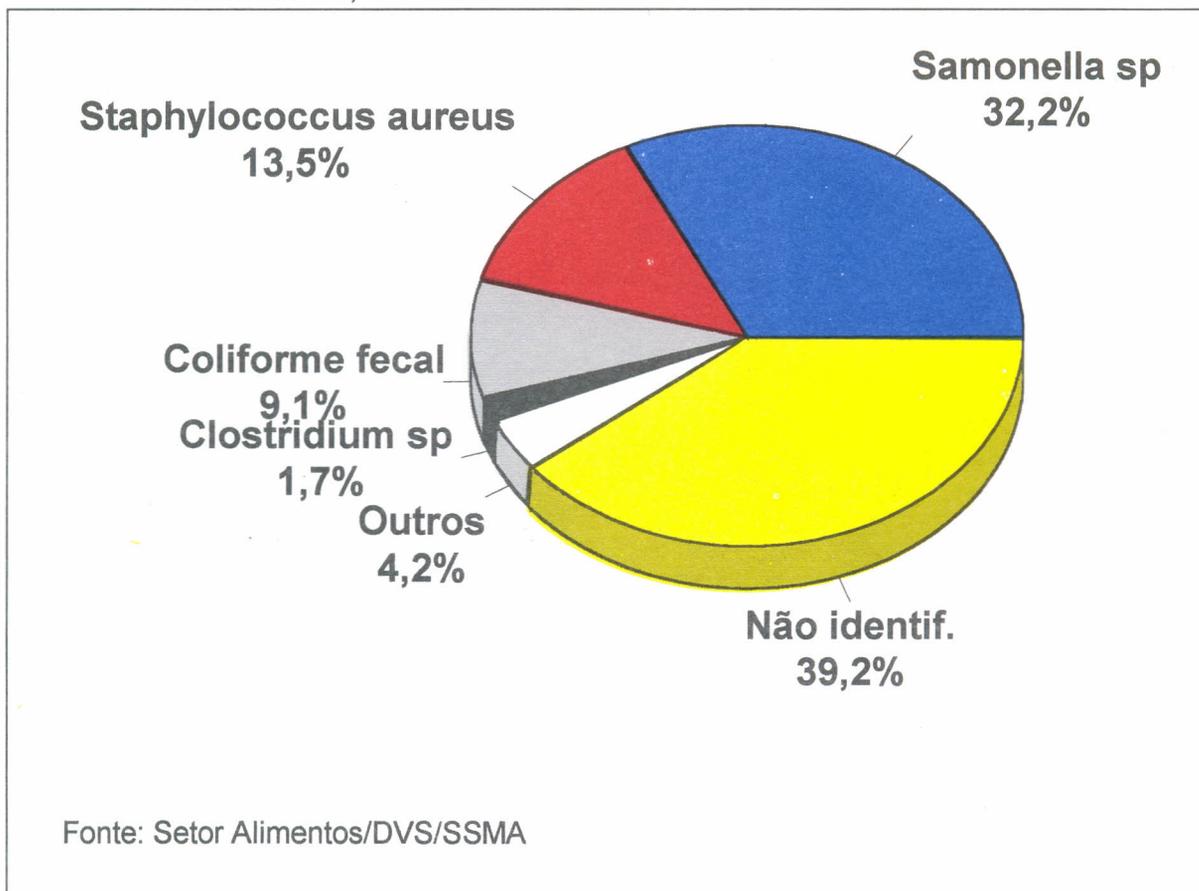


Gráfico 7 – Surtos de enfermidades transmitidas por alimentos segundo o agente etiológico identificado. Rio Grande do Sul, 1987-1997.



tos. Os produtos de confeitaria em 11,1%, carne e pescados, em 3,4% e derivados lácteos em 3,4%. Quanto ao tipo de alimentos, nos últimos três anos constatou-se que a maionese esteve relacionada a 34,95% dos surtos, a torta recheada em 8,9% e a carne bovina em 7,2%. Em 32,4% não se identificou o tipo de alimento.

Agentes causais – A *Salmonella* foi responsável por 32,2% dos surtos, o *Staphylococcus aureus* por 13,5% e o coliforme de origem fecal por 9,1%. Em menor proporção aparecem o *Clostridium* sp, *Escherichia coli*, *Shigella* e *Bacillus cereus*. Em 39,2% não foi possível a identificação do agente causal (Gráfico 7).

Fatores determinantes – a manutenção de alimentos perecíveis por mais de duas horas sem refrigeração esteve relacionada em 16,2% dos surtos. Refrigeração inadequada foi registrada em

15,3%, manipulação inadequada em 11,9%, matéria-prima sem inspeção em 11% e higiene deficiente de equipamentos e utensílios em 7,7%. Contaminação cruzada, cocção inadequada, e outras situações ocorreram em 14,7% dos surtos. Em 24,2% não se identificou um possível fator.

Distribuição geográfica – No ano de 1997, dos 166 surtos notificados, 65% corresponderam a

cinco Delegacias Regionais de Saúde: 1ª DRS, com sede em Porto Alegre (17%), DRS de Santa Rosa (10,6%), DRSs de Caxias do Sul e Erechim (9,4% cada) e DRS de Santa Cruz do Sul (9,2%). Nestas regiões observa-se um elevado consumo de maionese caseira e produtos ditos coloniais além de boas redes de notificação, principalmente na 1ª DRS. As outras 14 DRSs foram responsáveis por 35% dos surtos.

Medidas de prevenção. O Setor de Alimentos da Divisão de Vigilância Sanitária recomenda:

1. Evitar o contato direto das mãos dos manipuladores com os alimentos
2. Lavar as mãos antes de preparar qualquer alimento
3. Pessoas com ferimentos nas mãos não devem manipular alimentos
4. Pessoas com corrimento nasal, gripe, sinusite, otite não devem permanecer em áreas de manipulação e preparo de alimentos
5. Manter alimentos perecíveis em temperatura de refrigeração até 7°C, ou estufa acima de 60°C
6. Evitar o uso de matéria-prima não inspecionada.

ALERTA EPIDEMIOLÓGICO

Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH)

A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, através da sua Seção de Zoonoses e Vetores, identificou com comprovação laboratorial do Instituto Adolfo Lutz de São Paulo, dois casos fatais, em agricultores adultos, causados por hantavirus da família *Bunyaviridae*. O primeiro, residente no município de Três Arroios teve a doença iniciada em 31/10/98, e o segundo em Viadutos, dia 11/11/98, ambos próximos à Erechim, sede da 11ª DRS. Estes foram os primeiros casos desta enfermidade, ocorridos no Rio Grande do Sul.

O contágio ocorre pela inalação (via respiratória) dos vírus contidos em partículas sólidas (poeiras) ou líquidas (aerossóis), especialmente em ambientes fechados – galpões, paióis e depósitos de alimentos contaminados com as excretas dos ratos silvestres que contaminam o ambiente com fezes, urina e saliva. No Brasil foram confirmados 15 (quinze) casos com 13 óbitos (dez em São Paulo – um sobrevivente –,

dois em Minas Gerais com um sobrevivente, um em Mato Grosso, e os dois do Rio Grande do Sul).

A SSMA, com o apoio da 11ª DRS e das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios envolvidos, promoveu reunião com as autoridades e profissionais de saúde, com vistas à adoção de medidas de prevenção, especialmente os cuidados quanto aos roedores e possibilidade de transmissão da doença. Os principais são: limpeza ambiental com água sanitária a 10% por aeração, e iluminação solar. Limpar somente após 3 horas de ação da água sanitária. Importante: uso obrigatório de equipamento especial (luvas, máscaras e roupas).

Nos dias 01 e 02 de dezembro promoveu uma reunião técnica sobre a SPH, contando com a assessoria da Dra. Giselda Katz, médica epidemiologista da Secretaria da Saúde de São Paulo e do Biólogo Luis Eloy Pereira do Instituto Adolfo Lutz. Nos dias 07 e 09 de dezembro realizou levantamento da população de roedores silvestres da região. Recomenda-se notificar imediatamente aos serviços locais de saúde e às DRSs a ocorrência de casos suspeitos.

SARAMPO

O Rio Grande do Sul enfrentou uma epidemia de sarampo a partir de julho de 1997, que se estendeu até o final de março de 1998, totalizando 2.510 casos suspeitos notificados e, destes, 450 confirmados por laboratório.

Após um período silencioso de 4 meses, a vigilância epidemiológica da SSMA/RS detectou em Porto Alegre, na 31ª semana epidemiológica (Gráfico 8), o primeiro caso de sarampo confirmado laboratorialmente, importado da Argentina. Novos casos foram notificados: três em Tiradentes do Sul (19ªDRS), e importados da Argentina, oito em Crissiumal (14ª) dos quais, quatro relacionados aos casos de Tiradentes do Sul. Também ocorreu um caso em Caxias do Sul (5ª) e outro em Coxilha (6ª), sem possibilidade de identificação da fonte de infecção. O Mapa 5 mostra os municípios do estado com os 34 (trinta e quatro) casos confirmados por laboratório no ano de 1998.

O maior percentual de casos confirmados está concentrado no grupo de 20 a 24 anos, seguido dos menores de 1 ano, o qual apresenta o maior coeficiente de incidência, repetindo o ocorrido em 1997.

A cobertura vacinal com a vacina contra o sarampo em menores de um ano, até o mês de setembro de 1998, foi de 91,4% para todo o estado, sendo que doze DRSs, (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 9ª, 10ª, 11ª, 14ª e 19ª), não atingiram percentual igual, ou maior que 95%, necessários para o cumprimento da meta de erradicação.

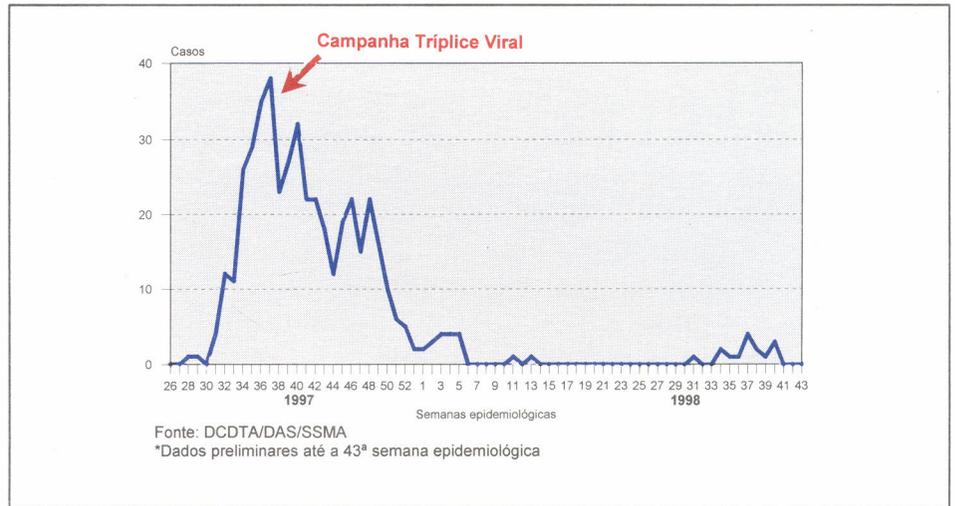
O Rio Grande do Sul permanece atento para detectar a ocorrência de novos casos de sarampo, na população infantil ou adulta, uma vez que a Argentina persiste com epidemia da doença até o presente momento.

Alerta-se os profissionais de saúde para notificarem todo o caso suspeito de sarampo, que apresentem os seguintes sinais e sintomas:

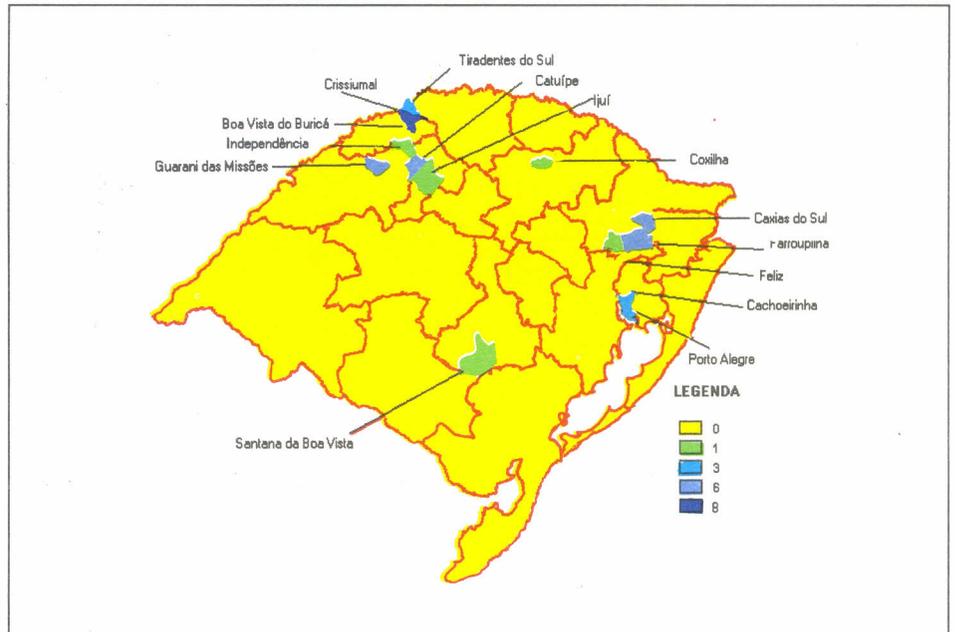
- febre alta
- exantema
- tosse, coriza e/ou conjuntivite.

A notificação deve ser feita às Secretarias Municipais de Saúde para que sejam desencadeadas as medidas de controle pertinentes.

Gráfico 8 – SARAMPO: Casos confirmados por laboratório, RS, 1997-1998*



Mapa 5 – SARAMPO: Municípios com casos confirmados por laboratórios, RS, até a 43ª semana de 1998.



DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE – DAS Doenças Notificadas no Estado do Rio Grande do Sul por Semana Epidemiológica. 1997-1998

Doença	Casos acumulados até sem. 42/1997	Casos acumulados até sem. 42/1998*
Poliomielite	0	0
PFA ¹	24	31
Tétano Acidental	85	64
Tétano Neonatal	3	1
Difteria	24	20
Sarampo	1.920(284) ²	390(34) ²
Coqueluche	102	233
Rubéola	2.110	634
Caxumba	7.755	578
Doença Meningocócica	219	217
Hepatite	3.243	2.431
Febre Tifóide	45	22
Raiva	0	0
Malária	33	41
Dengue	60 (7) ²	110(13) ²
Leptospirose	255	308
Hidatidose	10	
Tuberculose ³	3.411	3.423
Hanseníase ³	138	105
AIDS ³	1.511	1.970

* Semana finalizada em 24/10/98, dados preliminares.

¹ Casos notificados e investigados de Paralisia Flácida Aguda (PFA).

² Confirmados por laboratório.

³ Dados referentes a casos novos registrados no 3º trim/97-98.