

Vol. 02, No. 2, 27 de janeiro de 2012

Prezado leitor

Surtos de diarreia em creches causam grande impacto na saúde das crianças, inclusive com ocorrência de casos graves. A introdução da vacina contra o rotavírus no calendário vacinal em 2006 foi importante para redução da mortalidade da doença no estado.

Neste número, apresentamos a investigação de surto de Rotavírus em Creche no Município de Piraju, com a identificação de fatores de risco, trabalho em parceria do Subgrupo de Vigilância Epidemiológica de Avaré/GVE de Botucatu com a Vigilância do Município.

Outro tema abordado é a constituição do Comitê Estadual de Saúde, do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)/CVE, estratégica fundamental para implementação do Regulamento Sanitário Internacional de 2005, em função do risco de disseminação de doenças infecciosas relacionado a viagens. Este comitê tem como objetivo assessorar a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na organização de ações de prevenção, vigilância e controle de agravos referentes à saúde do viajante, contando com a parceria de diferentes serviços de saúde e universidades do estado.

Ana Freitas Ribeiro
Diretora Técnica - CVE



Investigação de Surto de Rotavírus em uma Creche no Município de Piraju-SP, 2010.

Em todo o mundo, o rotavírus é considerado o principal responsável pela diarreia em crianças menores de cinco anos, assim como, a principal causa de surtos de diarreia em creches, pré-escolas e em hospitais, perfil este que vem sendo modificado com a introdução da vacina. As investigações iniciais sobre gastroenterites por rotavírus na América Latina datam de meados da década de 70, tendo sido identificado pela primeira vez no Brasil em 1976, a partir da microscopia eletrônica das fezes de crianças com diarreia em Belém do Pará. O presente estudo apresenta a investigação realizada durante um surto de diarreia ocorrido em maio de 2010, em uma creche no município de Piraju-SP, descrevendo as características epidemiológicas de tempo, lugar e pessoa, e apontando os fatores de risco a ele associados. Concluiu-se que este surto de diarreia foi causado por rotavírus, destacando como principais medidas as orientações passadas aos funcionários e pais sobre higiene e alimentação para prevenir a ocorrência de novos casos e surtos em espaços de convivência infantil.

Sumário

.....	
Editorial	12
Investigação de Surto de Rotavirus em uma Creche no Município de Piraju-SP	13
Comitê Estadual de Saúde do Viajante: Estratégia do CIEVS do Estado de São Paulo Frente ao Risco de	
Importação de Doenças Emergentes e Reemergentes	18
Tabelas de Doenças e Agravos de Notificação	22
Notícias	23

INVESTIGAÇÃO DE SURTO DE ROTAVÍRUS EM UMA CRECHE NO MUNICÍPIO DE PIRAJU-SP, 2010

Sumário

Introdução - Estimativas apontam que cerca de 40% das internações devido à doença diarreica sejam causadas pelo rotavírus. Embora apresente maior incidência nos países em desenvolvimento este agente encontra-se distribuído universalmente, levando tanto crianças como adultos a apresentarem quadros de diarreia aguda. Na semana epidemiológica 19 do ano de 2010 foi registrado pelo Programa de Monitorização da Doença Diarreica Aguda (MDDA) um aumento no número de casos de diarreia no município de Piraju, Estado de São Paulo, devido a ocorrência de um surto localizado em uma creche. O presente trabalho resume a investigação realizada durante este surto que teve como objetivo descrever as características epidemiológicas de tempo, lugar e pessoa, e definir os fatores de risco a ele associados.

Métodos - Primeiramente foi realizado um estudo descritivo dos casos de diarreia ocorridos na creche e de seus contatos que também adoeceram, seguido de um estudo de coorte retrospectiva, utilizando-se um questionário aplicado a professoras e pajens de todas as classes da creche para pesquisar os fatores de risco envolvidos. As variáveis estudadas foram analisadas no software EPI INFO 2000. Os testes laboratoriais foram realizados pelo Instituto Adolfo Lutz Central. **Resultados** - Foram identificados 34 casos de diarreia (31 alunos e três contatos). A faixa etária dos doentes variou de 8 meses a 22 anos, com média de 4,3 anos e mediana de 3 anos. Os sinais e sintomas apresentados foram: diarreia (100%), cólicas abdominais (100%), anorexia (79%), vômitos (62%) e náuseas (55%). Os fatores de risco que apresentaram maior significância estatística foram: *contato com professora e/ou pajem com diarreia* (RR = 11,5; IC 95% = 1,40-80,13; $p < 0,01$); e *uso de fralda pelas crianças* (RR = 3,0; IC 95% = 1,59-5,77; $p < 0,01$). Cinco das seis amostras de fezes testadas foram positivas para rotavírus. **Conclusões** – Considerando-se os resultados obtidos na investigação epidemiológica e laboratorial e o quadro clínico apresentado pelos pacientes foi possível concluir que o surto de diarreia ocorrido na creche, no município de Piraju, foi causado por rotavírus, pelo vírus do tipo G2P[4]. Orientações sobre higiene e alimentação, além da importância da vacinação, foram passadas pelas equipes de vigilância epidemiológica e sanitária e do programa da saúde da família aos funcionários e pais para prevenir a ocorrência de novos casos e surtos de diarreia.

Introdução

A diarreia infecciosa aguda é uma doença de ocorrência universal, causada por diversas etiologias (1-3) e caracterizada pela alteração de volume, consistência e frequência das fezes, muitas vezes acompanhada de outros sintomas como vômitos, febre e cólica abdominal, ainda

podendo apresentar muco e sangue (1). Estimativas apontam que mais de 4 milhões de crianças no mundo, menores de 5 anos, principalmente nos países em desenvolvimento vão a óbito, devido à diarreia infecciosa aguda. No Brasil, apesar das limitações do sistema de informações, há registros no sistema AIH/DATASUS, em anos mais recentes, de que mais de 600 mil internações por ano ocorrem devido à doença infecciosa intestinal, causando quase 8 mil mortes (4). A infecção pelo Rotavírus varia de um quadro leve, com diarreia líquida e duração limitada, a quadros graves com desidratação, febre e vômitos, podendo ocorrer também casos assintomáticos. É uma doença de transmissão fecal-oral via água, alimentos, contato pessoa-a-pessoa ou objetos contaminados (5).

Uma das funções essenciais da saúde pública é reduzir o impacto das situações emergenciais causadas pelos diversos agravos à saúde (6). Dessa perspectiva, a Vigilância Epidemiológica (VE) é fundamental para o planejamento e desenvolvimento de programas e estratégias de prevenção e controle das doenças (7). Neste trabalho é apresentada a investigação de um surto de diarreia ocorrido em uma creche no município de Piraju-SP, no ano de 2010.

Métodos

Em meados de maio de 2010, a equipe da Vigilância Epidemiológica do município de Piraju identificou aumento de casos de diarreia de uma mesma creche atendidos pelo serviço de saúde local, notificando o episódio ao Subgrupo de Vigilância Epidemiológica de Avaré, do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XVI – Botucatu. Decidiu-se pela realização de um estudo descritivo dos casos ocorridos na creche e de seus contatos que adoeceram, desenvolvendo-se, em seguida, um estudo de coorte retrospectiva aplicando um questionário elaborado especificamente para este fim. Foram entrevistados professores e pajens de todas as classes da creche para identificar os fatores de risco envolvidos. Para o estudo descritivo, considerou-se como caso o indivíduo que frequentou a creche ou que teve contato com frequentadores da creche e que apresentou quadro de diarreia com ou sem outros sintomas no período de 01 a 30 de maio do ano de 2010. Para o estudo de coorte retrospectiva, definiu-se como caso o indivíduo que frequentou a creche e apresentou quadro de diarreia com ou sem outros sintomas entre no período de 01 a 30 de maio do ano de 2010. As variáveis estudadas foram analisadas utilizando-se o software EPI INFO 2000. Na análise estatística usou-se o teste de χ^2 (Qui Quadrado), intervalo de confiança (IC) de 95% e $p < 0,05$. Os testes laboratoriais foram realizados pelo Instituto Adolfo Lutz Central (IAL).

Resultados

No estudo descritivo foram identificados 34 casos de diarreia, sendo 31 alunos da creche (Taxa de Ataque = 29,52%) entre o total de 105, e três contatos de crianças doentes. A faixa etária dos doentes variou de 8 meses a 22 anos, com média de 4,3 anos e mediana de 3 anos. Em relação ao sexo, 17 (50%) eram do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos casos segundo o sexo e faixa etária

Faixa Etária	Masculino	Feminino	TOTAL
< 1 ano	1	0	1
1 a 4 anos	15	10	25
5 a 19 anos	3	3	6
20 a 49 anos	0	2	2
> 50 anos	0	0	0
TOTAL	19	15	34

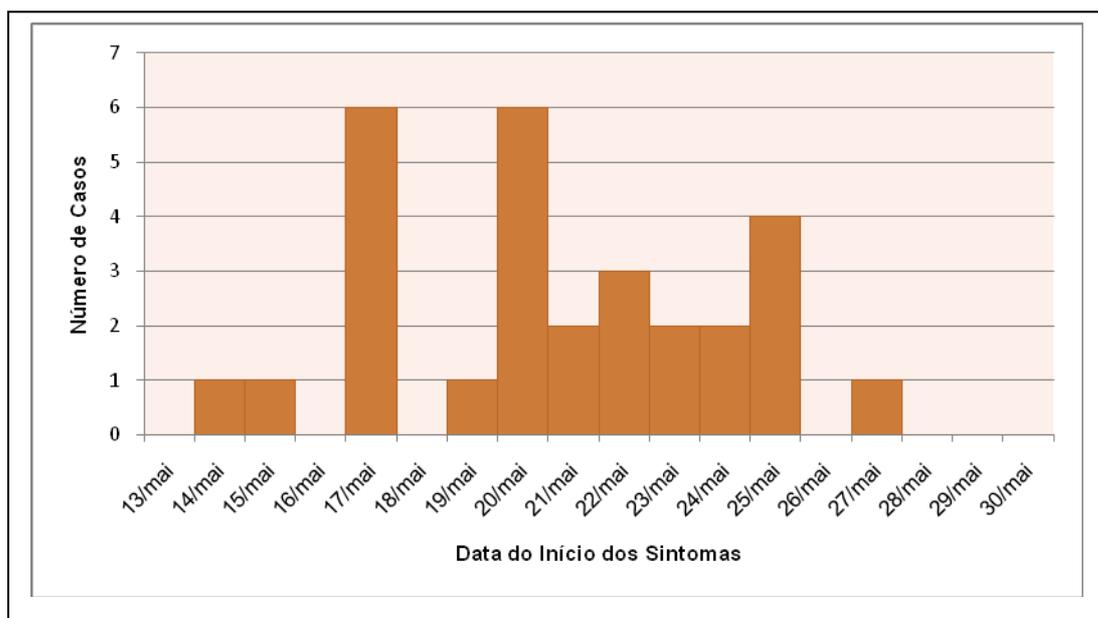
Do total de 34, foram entrevistados 29 casos para identificação das características da doença. O quadro clínico apresentado foi de diarreia (100%), cólicas abdominais (100%), anorexia (79%), vômitos (62%), e náuseas (55%). A duração do quadro diarreico variou entre 2 e 7 dias com média de 4,2 dias e mediana de 4 dias, sendo que 27,6% apresentaram diarreia líquida (Tabela 2).

Tabela 2 – Características clínicas dos casos

Sinais e sintomas	Nº Casos	%
Diarréia	29	100
Cólica	29	100
Anorexia	23	79
Vômito	18	62
Náusea	16	55

Dentre os 29 entrevistados, 27 (93,1%) procuraram atendimento médico e três (10,3%) necessitaram de internação. Em relação ao tratamento, 20 (68,9%) receberam hidratação oral, oito (27,6%) receberam hidratação endovenosa e cinco (17,2%) receberam antibioticoterapia. Nenhum óbito foi registrado.

Na Figura 1, abaixo, observa-se a curva epidêmica do surto.

**Figura 1** – Curva epidêmica do Surto de Diarreia na Creche, Município de Piraju, SP, maio de 2010 (N = 29)

Entre os fatores de risco pesquisados no estudo de coorte retrospectiva, o *contato com professora e/ou pajem com diarreia* ((RR = 11,5; IC 95% = 1,40-80,13; $\chi^2 = 13,05$; $p < 0,01$) e o *uso de fralda pelas crianças* (RR = 3,0; IC 95% = 1,59-5,77; $\chi^2 = 13,09$; $p < 0,01$) apresentaram maior significância estatística, seguidos dos - *uso de chupetas* e *uso de mamadeiras* (Tabela 3).

Tabela 3 - Fatores de risco investigados no surto de diarreia

Fator de risco	Expostos			Não-Expostos			Análise Estatística			
	D	N	TA (%)	D	N	TA (%)	RR	IC 95%	X ²	p
Uso de fralda	21	22	48,84	10	52	16,13	3,0	1,59 - 5,77	13,05	<0,01
Uso de chupeta	30	59	33,71	1	15	6,25	5,4	0,79 - 36,79	4,91	0,02
Uso de mamadeira	14	19	42,42	17	55	23,61	1,8	1,01 - 3,19	3,85	0,04
Refeitório	27	66	29,03	4	8	33,33	0,8	0,37 - 2,06	0,09	0,75
Uso de banheiro	15	68	18,07	6	16	27,27	0,6	0,29 - 1,51	0,92	0,33
Contato prof./pajens c/ diarreia	30	46	39,47	1	28	3,45	11,5	1,64 - 80,13	13,09	<0,01
Brinca na área externa	27	66	29,03	4	8	33,33	0,8	0,37 - 2,06	0,09	0,75
Contato c/ alunos outras classes	27	66	29,03	4	8	33,33	0,8	0,37 - 2,06	0,09	0,75

D = Doentes; N = Não Doentes; TA = Taxa de Ataque; RR = Risco Relativo

Das seis amostras coletadas e testadas para agentes virais, bacterianos e parasitários, cinco foram positivas para rotavírus; três delas eram amostras de crianças menores de 5 anos, identificando-se em duas, o vírus tipo G2P[4]. Essas crianças haviam sido vacinadas com duas doses da vacina contra a doença.

Conclusões

Considerando-se os resultados dos exames laboratoriais obtidos, o quadro clínico compatível e os fatores de risco identificados e associados no estudo epidemiológico, pode-se concluir que o surto de diarreia ocorrido na creche foi causado por rotavírus, tipo G2P[4]. A vacina utilizada contra o Rotavírus, incluída no calendário infantil brasileiro, e em outros países da América Latina e Europa é Rotarix® do laboratório Glaxo Smith Kline Biologicals, vacina oral, atenuada, monovalente (G1P1A[8]), cepa RIX4414. Segundo alguns estudos com lactentes de 6 a 13 semanas de idade, de 11 países da América Latina, incluindo o Brasil (Belém/PA), a prevenção de diarreia grave foi de 84,7% e 85% para hospitalização. A eficácia para prevenção de diarreia grave para todos os vírus do sorotipo do grupo G foi de 91,8%, e para sorotipos G3P[8], G4P[8] e G9P[8] foi de 87,3%. Entretanto, a eficácia para o sorotipo G2P[4] foi de 41,0%. Dados do IAL e informe técnico do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) mostram que no período após a introdução da vacina, o tipo G2P[4] passou a predominar (5). Algumas limitações devem ser destacadas tais como a dificuldade de se coletar amostras de fezes de maior número de crianças em tempo oportuno e a falta de avaliação da situação vacinal de todo o grupo de crianças menores de 5 anos da creche em questão. Com o objetivo que prevenir a

ocorrência de novos casos e surtos de diarreia, e especialmente de casos graves, as equipes de vigilância epidemiológica, sanitária e programa da saúde da família desenvolveram ações de orientação sobre higiene e alimentação junto aos funcionários, pais e alunos da creche.

Elaborado por:

Maria Lúcia Vieira da Silva César, do Subgrupo de Vigilância Epidemiológica de Avaré/ GVE XVI – Botucatu; Ana Aparecida Camargo Santos; Mônica Beatriz Contina Brandão; Rose Helena Selegin; Sônia Maria Nicolosi Barbosa; Vivian Ana Simão do Nascimento, da Secretaria Municipal de Saúde de Piraju-SP.

Endereço para correspondência: Maria Lúcia Vieira da Silva César. Email: gve-botucatu@saude.sp.gov.br

Referências

1. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas – MDDA, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2002.
2. Souza EC, Martinez MB, Taddei CR, Mukai L, Gilio AE, Racz ML, Silva L; Ejzenberg B; Okay Y. Perfil etiológico das diarreias agudas de crianças atendidas em São Paulo J Pediatr 2002; 78(1): 31-38.
3. Silva GAP, Lira PIC, Lima MC. Fatores de risco para doenças diarréicas no lactente Cad. Saúde Pública 2004; 20(2):589-595.
4. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Monitorização Das Doenças Diarréicas Agudas – MDDA, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2º Ed, 2008.
5. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Informe Técnico - Rotavírus, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2009. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/hidrica/doc/IF09_ROTAVIRUS.pdf
6. Valencia R, Roman E, Garcia-Leon FJ, Guillén J. Sistemas de Alerta: Una Prioridad en Vigilancia Epidemiológica. Gac Sanit 2003; 1 (6): 520-522.
7. Waldman EA. A Vigilância Epidemiológica como Prática de Saúde Pública. São Paulo, 1991. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO VIAJANTE: ESTRATÉGIA DO CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CIEVS) DO ESTADO DE SÃO PAULO FRENTE AO RISCO DE IMPORTAÇÃO DE DOENÇAS EMERGENTES E REEMERGENTES

Sumário

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional e o intenso trânsito internacional que propicia um maior risco para disseminação de doenças infecciosas, foi instituído o Comitê Estadual de Saúde do Viajante no Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Central/CIEVS), com o objetivo de assessorar a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) na organização de ações de prevenção, vigilância e controle de agravos referentes à saúde do viajante. Em 23/12/2010, a Resolução SS-250/SES-SP instituiu o Comitê sob a coordenação da Central/CIEVS-SP, composto por representantes de instituições de vigilância em saúde e assistência ao viajante, que se reúne mensalmente para discutir temas relevantes à saúde do viajante. Principais resultados alcançados: normatização de medidas de controle para doenças transmissíveis em embarcações/aeronaves; discussão de riscos/emergências de saúde pública; elaboração de informes técnicos para doenças relacionadas a viajantes; criação de um portal eletrônico na *internet* para profissionais de saúde e viajantes; participação na elaboração de planos para eventos de massa. A criação desse Comitê é uma estratégia fundamental para organização e normatização das ações de prevenção, vigilância e controle dos agravos de relevância para saúde do viajante no Estado.

Introdução

Tendo em vista o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) que tem como propósito prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças; o intenso trânsito internacional que propicia um maior risco para a disseminação de doenças, em especial das doenças infecciosas e a necessidade de normatizar as ações referentes à saúde do viajante, foi instituído o Comitê Estadual de Saúde do Viajante no Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Central/CIEVS) do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), com o objetivo de assessorar esta instituição na organização de ações de prevenção, vigilância e controle de agravos referentes à saúde do viajante.

Métodos

Em 23/12/2010, a Resolução SS-250/SES-SP instituiu o Comitê Estadual de Saúde do Viajante, composto por representantes de diversos órgãos e instituições, sob a coordenação do primeiro:

- ✓ Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Central/CIEVS) do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP);
- ✓ Diretoria Técnica do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE);
- ✓ Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP);
- ✓ Divisões Técnicas do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” prioritárias: Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, Divisão de Imunização e Divisão de Zoonoses;
- ✓ Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) prioritários (presença de Portos, Aeroportos e Fronteiras), a saber: GVE de Mogi das Cruzes, GVE de Campinas e GVE de Santos;
- ✓ Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde (CVS/SES-SP);
- ✓ Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras do Estado de São Paulo (CVSPAF/SP - ANVISA);
- ✓ Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) da Covisa/SMS/SP;
- ✓ Serviços de Medicina do Viajante ou de atendimento a viajantes do Estado de São Paulo: Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp) e Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HC-Ribeirão Preto).

O Comitê se reúne mensalmente para discutir temas relevantes à saúde do viajante. Quando necessário, são constituídos subgrupos de trabalho para o desenvolvimento de projetos específicos.

Apresentação das Políticas ou Recomendações

O Comitê Estadual de Saúde do Viajante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo possui as seguintes atribuições:

- I. Atuar como referência técnica estadual nos temas referentes à saúde do viajante;
- II. Elaborar documentos técnicos relacionados à saúde do viajante;
- III. Normatizar medidas de controle para eventos em meios de transporte, como por exemplo, na vigência de doença meningocócica, varicela, sarampo, dentre outras;
- IV. Analisar eventos em viajantes de importância em saúde pública, elaborando recomendações;
- V. Reunir informações de interesse para profissionais de saúde e comunidade em geral sobre saúde do viajante e disponibilizar para consulta em endereço eletrônico da internet;
- VI. Colaborar com outras instituições na elaboração de recomendações para viajantes em Eventos de Massa no âmbito estadual;
- VII. Apoiar as sociedades científicas e outras instituições em eventos sobre a saúde do viajante;

VIII. Assessorar projetos para a expansão da rede de serviços em saúde do viajante no Estado de São Paulo;

IX. Assessorar as Áreas Técnicas e Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde nas questões relacionadas à saúde do viajante.

Desde a criação do Comitê, algumas atribuições foram consideradas prioritárias e foram desenvolvidas pelo Comitê, as quais se destacam:

1. Elaboração de protocolos para normatizar medidas de controle para algumas doenças transmissíveis de relevância para viajantes. Dois dos três protocolos desenvolvidos até o momento versam sobre a transmissão de doenças infectocontagiosas - Doença Meningocócica e Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola) em embarcações e aeronaves. O terceiro protocolo refere-se à vigilância do vírus *Chikungunya*, que no ano de 2010 foi detectado em três casos importados no Brasil (dois residentes no Estado de São Paulo).

2. Criação de um portal eletrônico na *internet* com informações de interesse para viajantes e profissionais de saúde que atendem esse público, destacando-se:

- ✓ informações gerais e institucionais sobre o Comitê;
- ✓ localização, contato e horários de funcionamento dos serviços de atendimento ao viajante do Estado de São Paulo;
- ✓ protocolos de prevenção e controle de doenças transmissíveis produzidos pelo Comitê;
- ✓ *links* para as Secretarias Estaduais de Saúde do Brasil;
- ✓ *links* nacionais e internacionais com conteúdo relacionado à temática de saúde do viajante;
- ✓ informações sobre a promoção à saúde do viajante e prevenção de riscos e agravos de maior relevância para este público;
- ✓ recomendações sobre cuidados gerais, imunização e emissão de certificado internacional de vacinação; notícias e informes de interesse e legislação pertinente ao tema.

3. Discussão de casos atendidos nos serviços de atendimento ao viajante, que possam representar agravos de importância em Saúde Pública.

4. Apoio na organização de eventos. O primeiro deles foi um “Café com Saúde”, organizado em parceria com a CCD/SES-SP, sobre a temática dos “Eventos de Massa”, motivado pela necessidade da elaboração de Planos Estaduais de Preparação para a Copa do Mundo de Futebol 2014. Vale destacar que o CIEVS Estadual participou dos 5º Jogos Mundiais Militares do Rio de Janeiro, em parceria com os CIEVS Estadual e Municipal do Rio de Janeiro, e com o CIEVS Nacional, em julho de 2011.

Considerações Finais

Considerando o intenso trânsito internacional, que propicia maior risco para a disseminação de doenças, e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), que tem como propósito prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta contra a propagação internacional de doenças,

a criação do Comitê Estadual de Saúde do Viajante é uma estratégia fundamental para a organização e normatização das ações de prevenção, vigilância e controle dos agravos de relevância para a saúde do viajante no Estado de São Paulo.

Agradecimentos

Os autores reconhecem e agradecem o trabalho desenvolvido por toda a equipe do Comitê Estadual de Saúde do Viajante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Referências

1. WHO - World Health Organization. International Health Regulations (2005) 2ª ed. [Acesso em 15 de janeiro de 2012]. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf.
2. SES - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS-250 de 23 de dezembro de 2010. Institui o Comitê Estadual de Saúde do Viajante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e define suas atribuições. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 24 dez 2010; Seção 1, p. 33. [Acesso em 15 de janeiro de 2012]. Disponível em:
ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.dez.10/iels244/E_R-SS-250_231210.pdf
3. WHO - World Health Organization. International Travel and Health. 2011. [Acesso em 18 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/ith/chapters/en/index.html>
4. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Yellow Book Homepage. [Acesso em 16 de janeiro de 2012]. Disponível em:
<http://wwwnc.cdc.gov/travel/page/yellowbook-2012-home.htm>

Elaborado por:

Alessandra Cristina Guedes Pellini, Flavia Helena Ciccone e Daniel Marques, do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; e pelo Grupo de Trabalho do Comitê Estadual de Saúde do Viajante, composto por: Tania do Socorro Souza Chaves, Gustavo Henrique Johanson, Rodrigo Nogueira Angerami, Francisco Vanin Pascalicchio, Marcia Regina Pacóla, Amalia dos Santos, Elisabeth Cláudia Lacher Addôr, Maria Gomes Valente, Jesse Reis Alves, Fernando de Oliveira Proença, Melissa Siciliano, Luzia Auxiliadora Carelli, Elizabeth M. Katsuya, Sueli T. Suyeda Tanomaru, Karen Morejon e Ana Freitas Ribeiro.

Endereço para correspondência: Central de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. E-mail: central@saude.sp.gov.br Fone: (11) 3066-8752

DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Tabela 1 - Casos e Surtos confirmados de doenças e agravos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, de 2007 a 2010 e acumulados até a SE 45 em 2011, com destaque para a semana finalizada em 19 de novembro de 2011 (SE 46)*

Doenças/Agravos - Casos Confirmados	2007-2010	2011*	
		Acum. SE01-SE45	SE46
Botulismo	12	0	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Surtos)	1.636	37	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Casos envolvidos em Surtos)	8003	142	0
Cólera	0	1††	0
Conjuntivite	549.418	975.395	1.122
Coqueluche	750	656	14
Dengue (Casos Autóctones e Importados)	317.904	94.582	87
Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)**	2.879.475	816.611	13.228
Diarréia (Surtos)	2001	473	1
Diarréia (Casos envolvidos em Surtos)	37.753	9.417	12
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	27	5	0
Esquistossomose (Casos Autóctones)	607	71	5
Esquistossomose (Total de Casos)	5.317	891	62
Febre Maculosa / Rickettsioses	200	69	0
Febre Tifóide	36	4	0
Hantavirose	78	16	1
Hepatite A(Surtos)	131	14	0
Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos)	819	43	0
Hepatite A (Casos esporádicos)	1.116	191	2
Hepatites B	13.807	2.915	...
Hepatites C	25.077	3.986	...
Hepatite B + C (co-morbidade)	688	95	...
SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)†	12.091	13	0
Leishmaniose Tegumentar Americana	1.724	247	0
Leishmaniose Visceral	1.107	158	5
Leptospirose	3.130	852	7
Doença Meningocócica	5.130	1.167	25
Outras Meningites Bacterianas	7.516	1.455	36
Meningites Virais	21.175	3.474	70
Outras Meningites	4.378	678	13
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	347	69	2
Poliomielite (poliovírus selvagem)	0	0	0
Rotavírus (em < 5 anos)§	294	150	2
Rubéola	2.373	0	0
Sarampo	0	26	0
Síndrome da Rubéola Congênita	23	0	0
Síndrome Hemolítico-Urêmica	5	1	0
Tétano Acidental	107	23	1
Tracoma¶	9.071	1.184	38
Varicela (Surtos)	10.446	2.468	55
Varicela (Casos envolvidos em Surtos)	78.933	15.644	245
Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (excluídas as urbanas)	49.735	23.844	...

Fonte: SINAN Net (com correções)

Notas:

(*) 2011 - dados provisórios

(**) Fonte: SIVEP_DDA/SVS/DATASUS

(†) Fonte: SINAN Web (com correções) – SRAGH: Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado – dados a partir de abril/2009

(††) Caso importado

(§) Fonte: Vigilância Sentinela do Rotavírus e SINAN Net (com correções)

(¶) Fonte: Inquérito de Tracoma/SINAN Net

(...) = dados não disponíveis, devido às diferentes periodicidades para encerramento dos casos.

Acum. – casos acumulados

SE – Semana Epidemiológica

NOTÍCIAS

Monitoramento Rápido das Coberturas Vacinais (MRC)

A Campanha Nacional de Vacinação de Seguimento contra o Sarampo, teve início no dia 18 de junho e foi encerrada no dia 30 de setembro de 2011. Essa Campanha teve como objetivo vacinar, indiscriminadamente, todas as crianças entre 1 ano e 6 anos de idade com a vacina tríplice viral. A meta foi atingir a cobertura vacinal (CV) de 95%.

No Brasil foram vacinadas 16,8 milhões de crianças, atingindo-se uma cobertura vacinal de 98,20%. No Estado de São Paulo, foram vacinadas 3,4 milhões de crianças, atingindo-se uma cobertura vacinal de 100,64% e uma homogeneidade de 89%. As CV por faixas etárias foram: 1 ano de idade de 101,81%, 2 anos de 111,07%, 3 anos de 108,46%, 4 anos de 110,53%, 5 anos de 92,62% e 6 anos de 80,08%. A homogeneidade foi de 89%.

Nas atividades de rotina, a CV em 2010 foi de 93,33% e a homogeneidade de 50%, em 2011 (até setembro), com a validação das doses aplicadas durante a Campanha, observou-se uma sensível melhora, atingindo-se uma CV foi de 104,31% e a homogeneidade de 72%.

Considerando-se a importância de atingirmos elevadas e homogêneas CV, para mantermos erradicado o sarampo no país, o Programa Nacional de Imunizações recomenda a realização do Monitoramento Rápido, após o término da Campanha de Seguimento, para avaliação das coberturas vacinais como ferramenta para a verificação final das coberturas vacinais administrativas.

O MRC é uma metodologia recomendada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS). O número de MRC é baseado no número de salas de vacinação do município e a população que foi vacinada.

No Estado de São Paulo as ações do MRC foram realizadas nos meses de outubro a dezembro de 2011, em conjunto com os 645 municípios. Nesse período, foram visitadas 105.115 residências e entrevistadas 123.360 crianças entre 1 e 6 anos de idade. A CV com uma dose da vacina tríplice viral, na faixa etária entre 1 e 6 anos foi de 98,67% e com 1 ano de idade foi de 96,77%. Observa-se que as CV encontradas no MRC são semelhantes às encontradas na API (Avaliação do Programa de Imunizações). Essa metodologia será utilizada para avaliação das CV de outras vacinas do calendário básico.

Elaborado por Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

Endereço para correspondência: Helena Keico Sato; **email:** hsato@cve.saude.sp.gov.br

Av Dr Arnaldo 351, sala 619, Pacaembú, SP/Capital

CEP 01246-000

Tel: 11 30668781

O *BE CVE* é uma publicação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil.

Todo o material publicado é de domínio público permitindo-se sua reprodução desde que citada a fonte e que não seja para fins comerciais.

Sugestão para citação: CVE ou Sobrenome e Iniciais do Nome dos Autores. Título do trabalho. BE CVE (Ano da Publicação); (No. Vol)(No. Boletim): (no. página inicial – no. página final do trabalho).

Centro de Vigilância Epidemiológica

Ana Freitas Ribeiro – Diretora Técnica do CVE/CCD/SES-SP

Equipe editorial

Coordenadora Executiva – Márcia Cristina Fernandes Prado Reina

Daniel Marques

Marco Antonio de Moraes

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Norma Helen Medina

Projeto Gráfico

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Arte final

Zilda Souza



Centro de Vigilância Epidemiológica Prof.
Alexandre Vranjac

Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar — Pacaembu CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8741 — Fax: 55 11 3082-9359/9395 — E-mail: be-cve@saude.sp.gov.br