

Vol. 02, No. 4, 24 de fevereiro de 2012



## Análise da Situação Epidemiológica da Tuberculose no GVE XVI - Botucatu

O monitoramento e avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose realizados pelos municípios são fundamentais para o planejamento e adequação das ações de controle da doença. A Divisão de tuberculose tem procurado capacitar, motivar e premiar os municípios e regiões que conseguem analisar sua situação epidemiológica. No ano de 2011, o GVE de Botucatu foi premiado pela confecção de um boletim impresso e publicado pelo CVE. Neste artigo além de discutir e analisar os indicadores dos municípios foram delineadas propostas de ação para modificar o quadro vigente na região. Apesar de não ter um grande número de casos, seus indicadores apontam que as metas propostas de examinar 1% da população com baciloscopia de escarro e curar 85 % dos casos de tuberculose, não foram atingidas. Assim, a proposta dos técnicos é utilizar esta análise para a discussão com os gestores dos municípios da região criando uma força política para implementar o controle da tuberculose.

### Prezado leitor

A tuberculose é um problema de saúde pública. Em 2010, no mundo, estimou-se em 8,8 milhões de casos novos e 1,1 milhão de óbitos. O controle da Tuberculose tem como objetivo a interrupção da cadeia de transmissão da doença. Para isso é fundamental a busca de casos, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado até a cura do doente. As metas internacionais pactuadas pelos países são detectar 70% dos casos estimados e curá-los em 85%.

Neste número, é apresentado trabalho premiado do GVE de Botucatu, onde descreve-se a incidência nos municípios de sua abrangência, além de outros indicadores importantes para o acompanhamento do programa de tuberculose na região, tais como: percentual de sintomáticos respiratórios avaliados, realização de sorologia para HIV e taxa de cura. No Estado de São Paulo, apesar da redução de 11% no número de casos novos de tuberculose no período de 2000 a 2010, ainda existem taxas elevadas e desafios importantes para o controle da doença, como a redução da taxa de abandono e o diagnóstico e tratamento de pacientes com cepas multirresistentes.

Outro tema tratado nesse boletim é a Resolução da ANVISA - RDC11/ 2011 que normatizou o uso da Talidomida, aumentando os cuidados, com a inclusão de métodos efetivos de contracepção, orientações aos pacientes, assinatura de termo de responsabilidade, entre outros, reduzindo assim os riscos de efeitos teratogênicos após administração inadvertida em gestantes.

**Ana Freitas Ribeiro**

**Diretora Técnica - CVE**

## Sumário

.....	
Editorial	47
Análise da Situação Epidemiológica da Tuberculose no GVE XVI - Botucatu	48
Talidomida na Hanseníase e a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC nº 11/2011)	56
Tabelas de Doenças e Agravos de Notificação	62
Notícias	63

## **ANÁLISE DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO GVE XVI - BOTUCATU**

---

### **Introdução**

No planejamento do ano de 2011 o Programa de Controle de Tuberculose do Estado de São Paulo, Divisão de Tuberculose, elegeu como prioridade a realização de avaliações trimestrais dos indicadores de tuberculose pelos municípios e grupos de vigilância epidemiológica (GVE). Destes, onze Boletins Epidemiológicos que melhor apresentaram a situação da doença foram eleitos. Os municípios premiados foram: Limeira; Barueri; Campinas; Cubatão, Diadema; Guarulhos, Jundiaí e São Paulo e os GVE de Botucatu, Campinas e Santos.

O Grupo de Vigilância Epidemiológica de Botucatu – GVE XVI Botucatu - é composto por 30 municípios, localizado na região centro-oeste paulista, compreendendo uma população de 556.520 habitantes (IBGE – 2010). A região é composta, em sua grande maioria, por municípios pequenos (76,7%), sendo que 23 de seus municípios tem menos de 20.000 habitantes.

Foram analisados os dados do sistema de informação de tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica – TBWEB.

A Tuberculose é um problema de saúde prioritário na região. Embora o coeficiente de incidência seja baixo, comparado à média do Estado, o número de casos deste agravo é o mais expressivo das doenças de notificação compulsória na abrangência do GVE XVI Botucatu. A incidência da doença na região nos anos de 2007 a 2010 variou de 16,36/ 100mil habitantes em 2009 para 21,38/ 100mil habitantes em 2010 (Figuras 1 e 2). No ano de 2010 temos uma pequena elevação deste coeficiente: 21,38 casos/100mil habitantes, associado à intensificação das ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios desenvolvidas naquele ano, o que trouxe também aumento da identificação de casos pulmonares positivos – coeficiente de 13,12 casos/100mil habitantes. A forma clínica mais importante foi a pulmonar com taxa de 17,25 casos/100mil habitantes.

Os coeficientes de incidência e número de casos registrados por município são apresentados nas Figuras 3 e 4. Estes dados precisam ser avaliados com bastante critério para alguns municípios de pequena população que, ao registrarem apenas um caso, apresentam altos coeficientes. Neste contexto estão os municípios de Barão de Antonina, Pratânia e Torre de Pedra, que registraram apenas um caso no ano de

2010. O maior número de casos foi notificado pelos municípios pólos da região, que são Botucatu – 33 casos e Avaré – 18 casos.

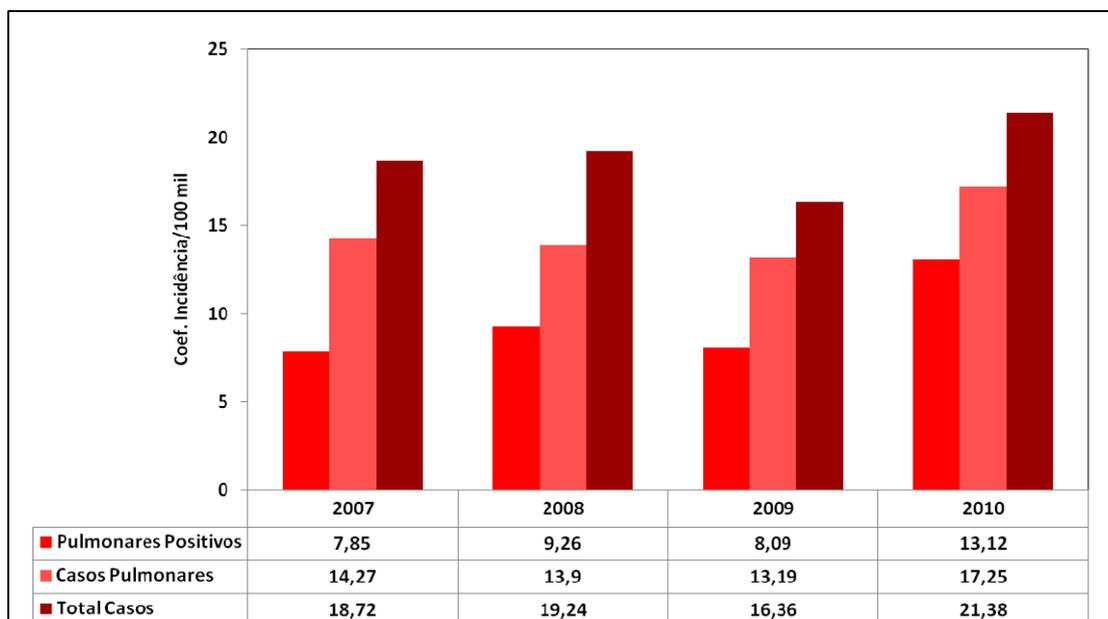


Figura 1 - Coeficiente de Incidência de Tuberculose por 100.000 habitantes em residentes na área de abrangência do GVE XVI Botucatu - 2007 a 2010.

Fonte: TBWeb - Secretaria de Estado da Saúde - SP

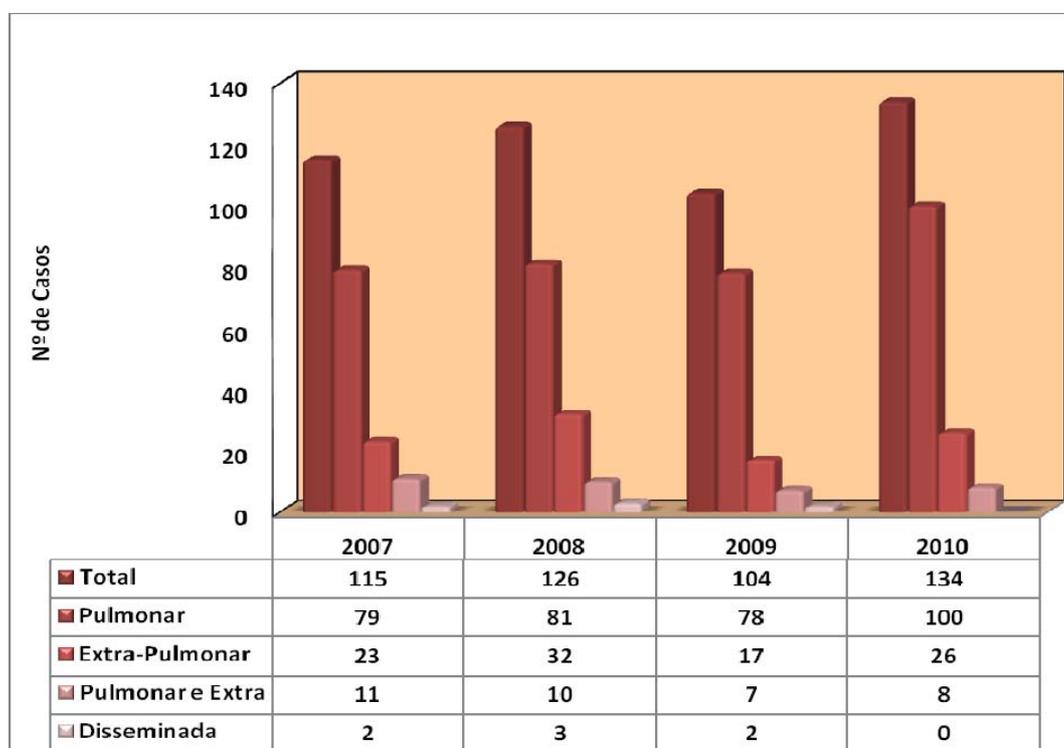


Figura 2 - Distribuição dos Casos de Tuberculose residentes na área de abrangência GVE XVI Botucatu, de 2007 a 2010.

Fonte: TBWeb - Secretaria de Estado da Saúde - SP

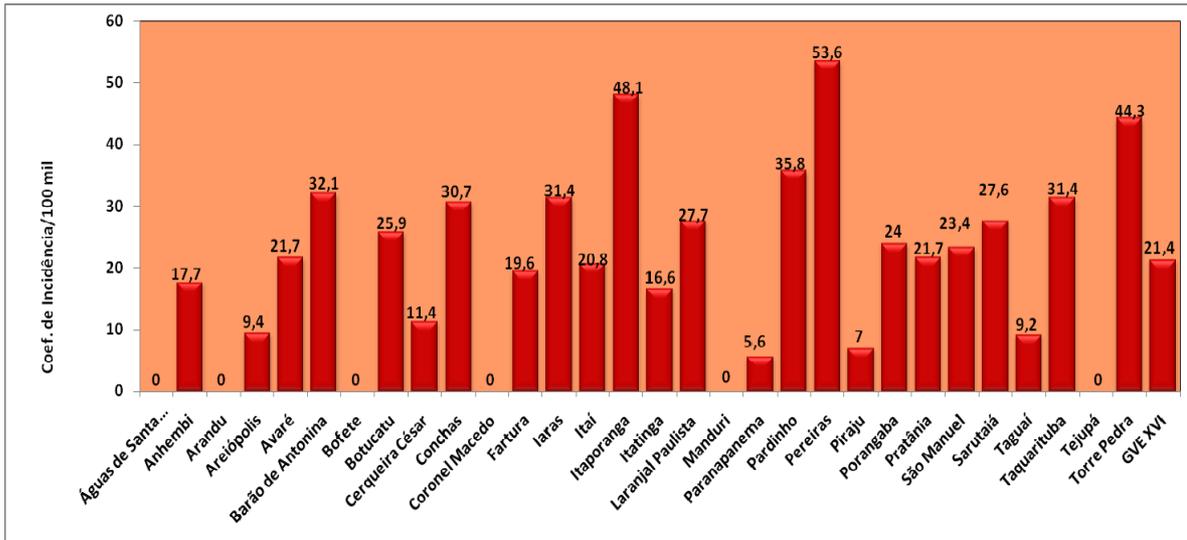


Figura 3 - Distribuição dos Coeficientes de Incidência de Tuberculose por 100.000 habitantes, segundo Município de Residência, GVE XVI Botucatu - 2010

Fonte: TBWeb - Secretaria de Estado da Saúde - SP

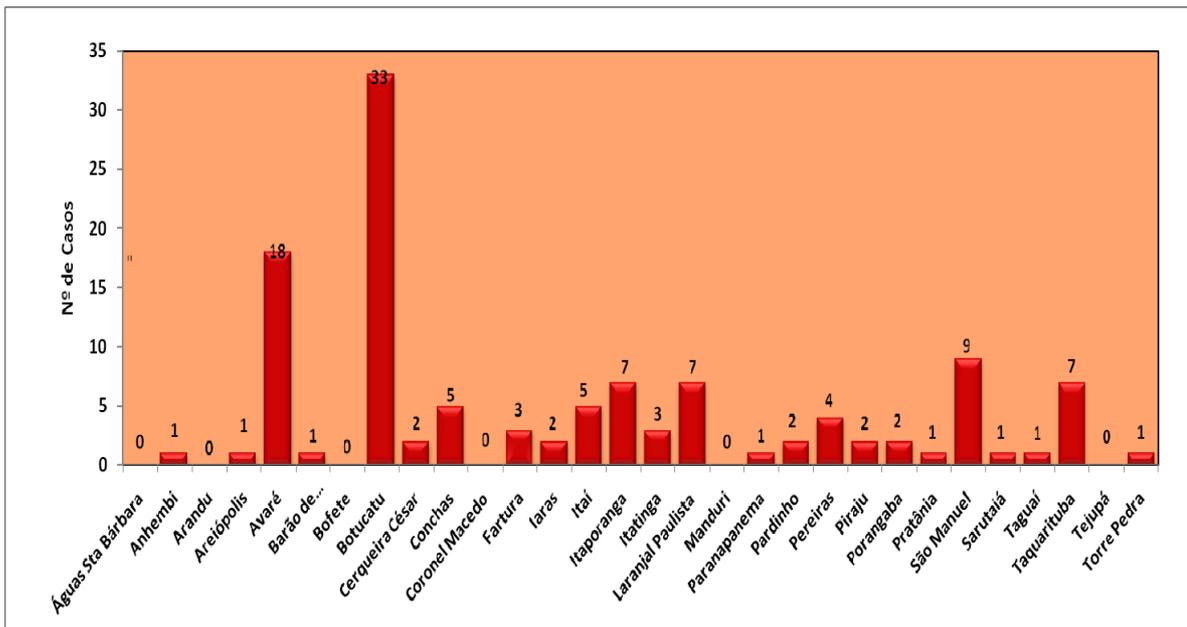
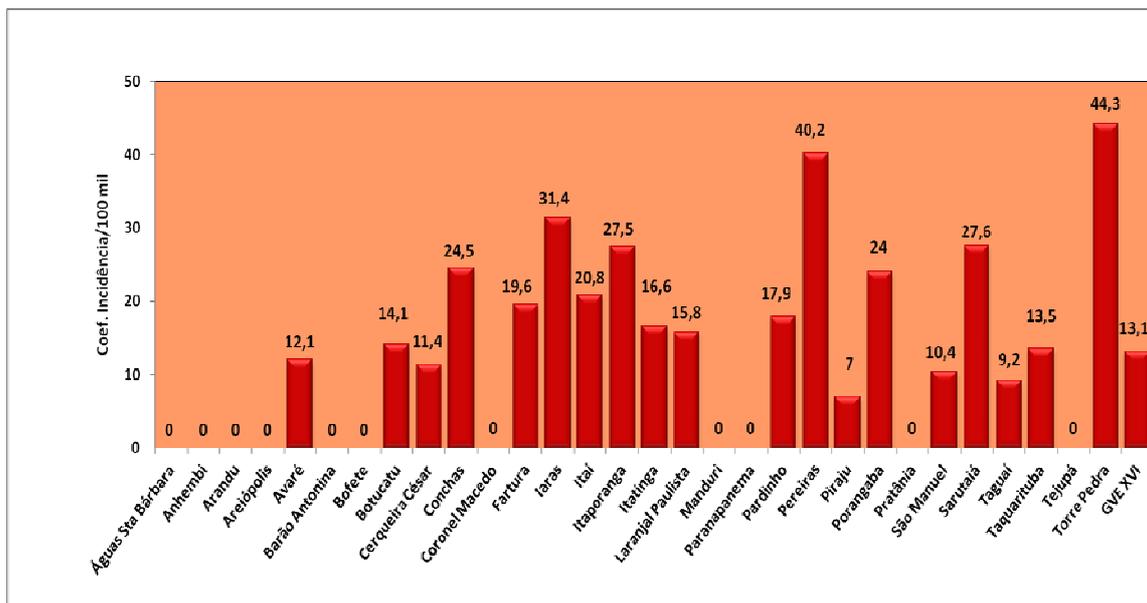


Figura 4 - Distribuição dos Casos Novos de Tuberculose segundo Município de Residência, GVE XVI Botucatu - 2010

Fonte: TBWeb - Secretaria de Estado da Saúde - SP

Os coeficientes de incidência e casos registrados das formas pulmonares bacilíferas por município podem ser visualizados na Figura 5.



**Figura 5 - Coeficientes de Incidência de Tuberculose Bacilífera por Município de Residência, GVE XVI Botucatu - 2010**

Fonte: TBWeb - Secretaria de Estado da Saúde - SP

A recomendação de oferecer o teste HIV aos pacientes de Tuberculose foi implantada em 1998 através de uma Portaria Conjunta do Programa de DST/AIDS e o Programa de Tuberculose do Estado – Portaria nº 4 de 23/10/1998. Desde então esforços tem sido efetuados no sentido de ampliar cada vez mais esta oferta, possibilitando o diagnóstico precoce da co-infecção e a direção mais adequada do tratamento e acompanhamento.

Apesar destes esforços ainda há um percentual de pacientes que não realizam a sorologia, indicando que ainda é preciso insistir nesta importância com alguns municípios. As taxas de co-infecção Tuberculose e AIDS, bem como as taxas de pacientes não testados podem ser visualizadas nas Figuras 6 e 7.

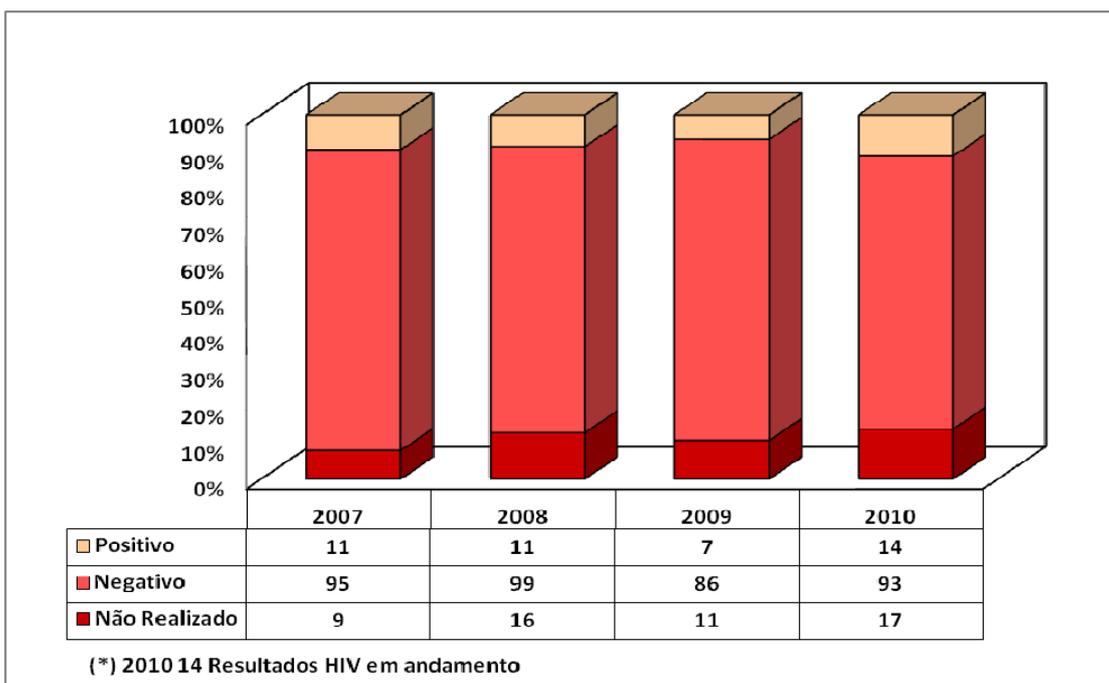


Figura 6: Casos de Tuberculose segundo realização de sorologia HIV, GVE XVI Botucatu - 2007 a 2010(\*)

Fonte: TBWeb - Secretaria de Estado da Saúde - SP

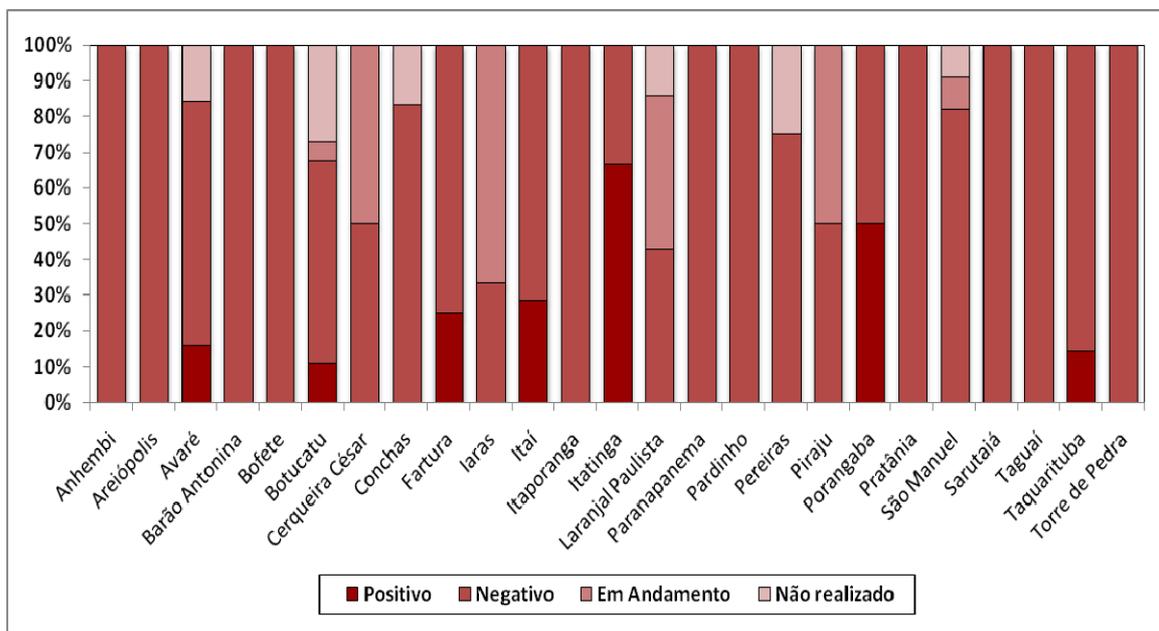


Figura 7 - Distribuição dos Casos de Tuberculose segundo realização de HIV - Municípios GVE XVI Botucatu - 2010

Fonte: TBWeb - Secretaria de Estado da Saúde - SP

Com relação aos Indicadores de Busca de Casos um importante parâmetro é a intensidade da procura na população de casos de sintomáticos respiratórios. Entende-se por sintomático respiratório o indivíduo que apresentar tosse com mais de três semanas de duração. Utiliza-se a meta de 1% da população total como estimativa do número de sintomáticos respiratórios existente em uma dada comunidade. A avaliação deste indicador é realizada através do Sistema Informatizado LAB TB, onde os laboratórios atualizam as informações dos exames realizados. Na região ainda existem laboratórios não cadastrados no sistema, portanto, ainda temos que recuperar informações de Laboratórios Municipais e Conveniados e incluí-los no LAB TB. Mesmo assim, a busca ativa é bastante baixa na grande maioria dos municípios. No ano de 2010, através de Campanhas de Busca de Sintomáticos Respiratórios, houve uma sensível melhora deste indicador, porém, na grande maioria dos municípios, ainda está muito abaixo da meta proposta (Figura 8).

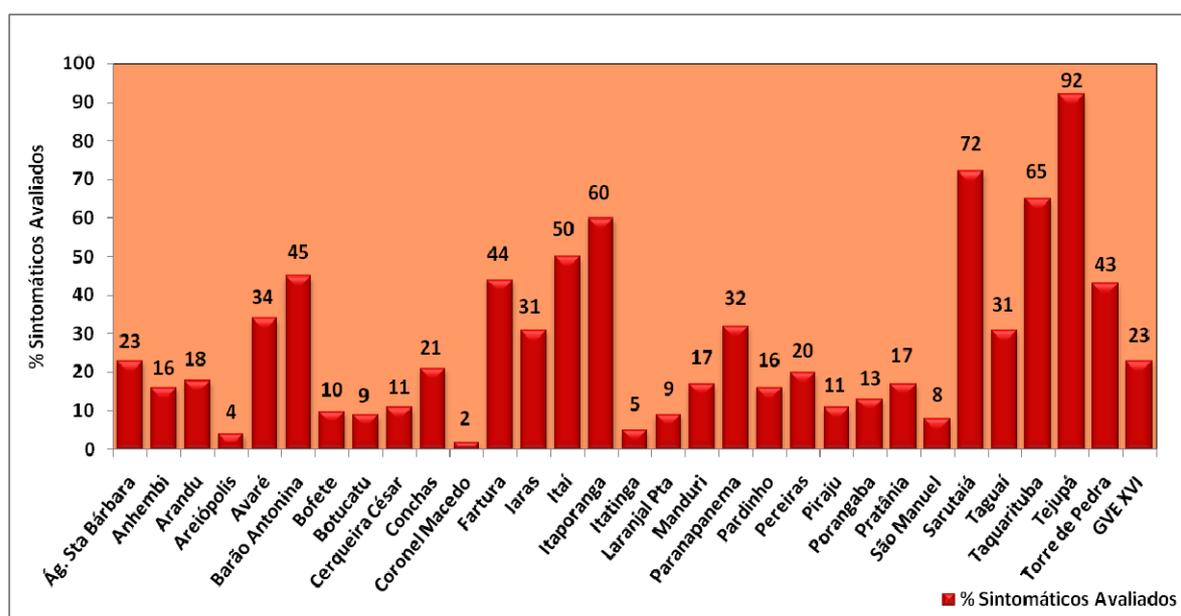


Figura 8 - Percentual de Sintomáticos Respiratórios Avaliados GVE XVI Botucatu - 2010

Fonte: LabTB - Secretaria de Estado da Saúde - SP

Os resultados de tratamento de casos novos avaliados regionalmente para o ano de 2009 não atingem a meta esperada de 85% de cura. Ainda existe uma taxa de abandono regional importante em 2009 de 10,46%, que precisa ser trabalhada. A estratégia DOTS – tratamento supervisionado – implantada desde 1998 tem sido um desafio para a região, que apresenta baixa taxa de adesão. A estratégia DOTS sem dúvida traria impacto na melhora da adesão ao tratamento, reduzindo as taxas de abandono. Ainda existe uma taxa de óbito por tuberculose de 5,81% na coorte de 2009 que está ligada à baixa busca ativa e ao diagnóstico tardio.

Os resultados de tratamento dos casos novos por residência para o ano de 2009, para a Regional e a sua análise por município estão descritos nas Figuras 9 e 10.

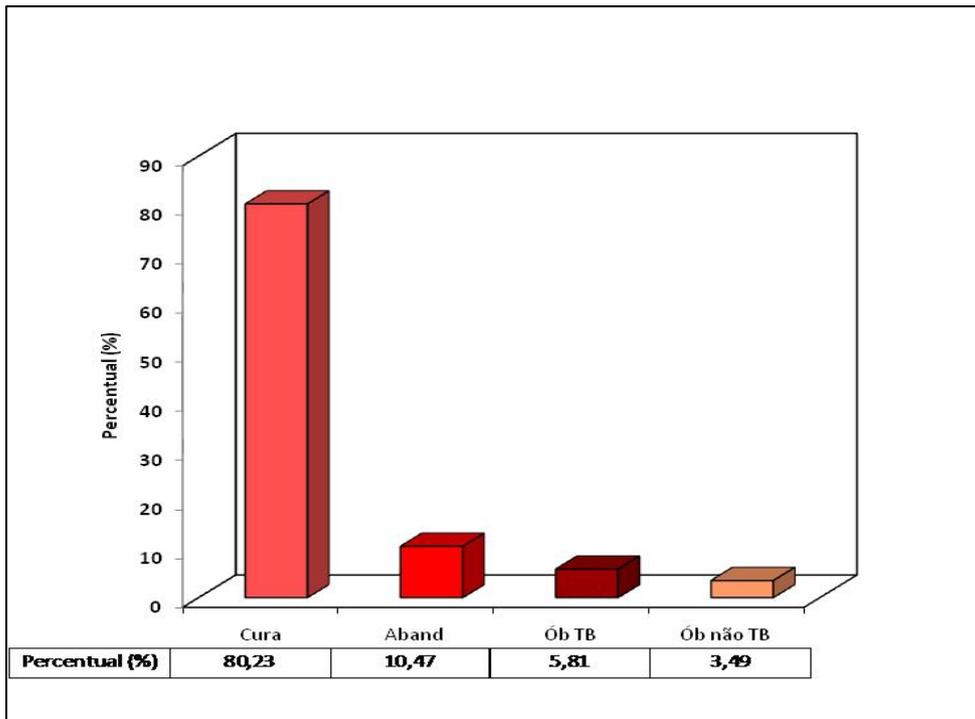


Figura 9 - Resultados de Tratamento de Casos Novos de Tuberculose - GVE XVI - 2009

Fonte: TBWeb - Secretaria de Estado da Saúde - SP

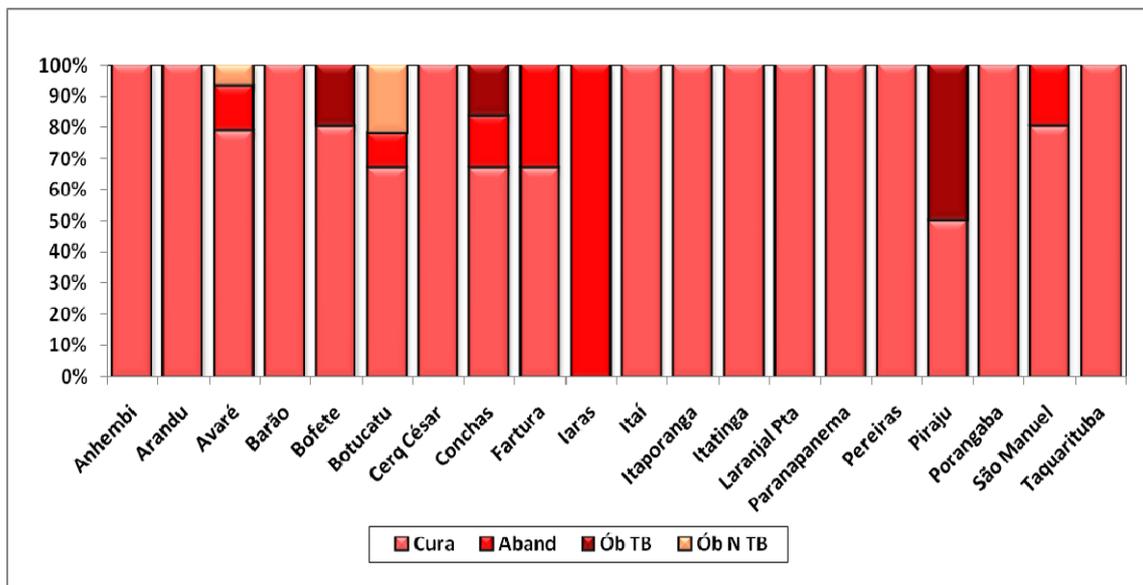


Figura 10 - Resultados de Tratamento de Casos Novos de Tuberculose - Municípios - GVE XVI Botucatu – 2009

Fonte: TBWeb - Secretaria de Estado da Saúde - SP

## Conclusão

O avanço na melhoria das ações do Programa de Controle da Tuberculose virá com mais treinamentos dirigidos aos profissionais médicos e enfermeiros do nível municipal, discutindo, levantando e implantando novas estratégias para o controle da doença na região.

## Endereço para correspondência:

Maria Salete Carli - Tel. (14) 38114608 – E-mail: [gvebotucatu@gmail.com](mailto:gvebotucatu@gmail.com)

End: Rua General Telles, 251 - Centro Botucatu – SP

CEP 18603-710

## Bibliografia Consultada

- 1- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Brasil em síntese e Resultados do Censo 2010*. 2011. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/brasil\\_em\\_sintese/default.htm](http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm). Acesso: em 11 mar. 2011.
- 2- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*; Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011.
- 3- Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Tuberculose. *Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica – Módulo Específico Tuberculose*; São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1999.
- 4- Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Tuberculose. Tuberculose no Estado de São Paulo. Indicadores de Morbimortalidade e Indicadores de Desempenho. *Boletim Epidemiológico Paulista*. v.3, supl.4, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.

## ***Talidomida na Hanseníase e a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC Nº11/2011)***

---

### **Introdução**

A hanseníase é uma doença dermatoneurológica na qual o componente neurológico é preponderante, apesar de apresentar um quadro intenso de manifestações cutâneas. Tal comprometimento induz uma das características da doença que é seu alto poder incapacitante.

Na hanseníase o tratamento hoje preconizado é a poliquimioterapia (associação de dapsona, rifampicina e clofazimina) - PQT/OMS. A introdução da nova terapêutica foi uma das ações de maior impacto no controle da doença, pela redução significativa da carga global da hanseníase nas últimas décadas. Entretanto, apesar desta redução, novos casos continuam a surgir em países endêmicos, e a hanseníase ainda é importante causa de incapacidade física permanente dentre as doenças infectocontagiosas.

Além do diagnóstico precoce e do tratamento, as ações de prevenção de incapacidades desde o início do acompanhamento do paciente são indispensáveis.

A detecção precoce, o tratamento adequado das reações e neurites, a orientação e realização de autocuidados, a prevenção das incapacidades oculares, fazem parte dentre outras, das várias ações durante o atendimento do paciente na unidade básica de saúde. É uma atividade que precisa envolver toda a equipe e ser realizada por todos os profissionais responsáveis pelo atendimento ao paciente.

A equipe multiprofissional habilitada, capacitada e motivada é fundamental para o sucesso do tratamento.

No curso do tratamento da hanseníase, podem surgir episódios reacionais em qualquer uma de suas formas clínicas. O tratamento depende do seu tipo (tipo I ou reação reversa e tipo II ou eritema nodoso) para a correta utilização de drogas específicas.

A principal droga utilizada no tratamento da reação hansênica tipo II ou eritema nodoso é a talidomida com rápida resposta na melhora clínica dos pacientes.

No Brasil a talidomida é produzida somente pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED), em Belo Horizonte, Minas Gerais e é distribuído gratuitamente pelo SUS. Em 2010, foram registrados dois casos de crianças atingidas pelos efeitos da talidomida, no estado do Maranhão: o de um bebê que nasceu em dezembro e de uma criança com 12 anos de idade. São sete as vítimas no país desde 1997.

A Talidomida derivado do ácido glutâmico ("Amida Nftálica do Ácido Glutâmico") apresenta ação sedativa/hipnótica, anti-inflamatória, teratogênica e moduladora da resposta imune. Foi introduzida no mercado alemão em 1956 e passou a ser comercializada em alguns países como droga de ação hipnótico-sedativa. Na época, nos estudos clínicos de aplicação da droga em ratos, coelhos e cobaias a taxa de letalidade não foi significativa, mesmo em doses altas. Esse fato fez com que o medicamento fosse considerado de baixa toxicidade e maior segurança quando comparado aos barbitúricos. Em pouco tempo a talidomida já estava sendo comercializada em 46 países também para o tratamento de enjoo matinal em gestantes, irritabilidade, baixa concentração, ansiedade, insônia, hipertireoidismo e doenças infecciosas.

Começaram, a partir de 1959, os relatos sobre o nascimento de crianças com má-formação congênita, cujas mães tinham utilizado a talidomida durante a gestação. Essa má-formação apresentava-se sob a forma de alterações no desenvolvimento de ossos longos dos membros inferiores e superiores, sendo chamada de **focomelia** pela semelhança com as focas. Algumas crianças apareceram com deformidades ainda mais severas, pela ausência total dos membros, denominada **amelia**. Relatos também de deformidades no coração, rins e olhos, ausência ou desenvolvimento anormal da porção externa do ouvido, fissura palatina ou labial, defeitos do cordão espinhal e defeito no desenvolvimento do trato gastrointestinal. Um total de 8.000 a 12.000 crianças foram afetadas pelos efeitos teratogênicos da talidomida na década de 60 e em torno de 10.000 a 15.000 crianças em todo o mundo. O número de abortos espontâneos em consequência do uso da droga não é conhecido. Estima-se que 40% das vítimas da talidomida morreram no primeiro ano de vida.

A talidomida foi comercializada no Brasil a partir de 1958, e após os primeiros relatos de má formação foi banida dos mercados alemão e inglês em 1961. No Brasil foi comercializada até 1965.

Ainda na década de 60, a Talidomida voltou a ser utilizada no Brasil para o Tratamento da Hanseníase em suas formas reacionais (uso regulamentado pelo Ministério da Saúde – MS).

**Atenção  
PROFISSIONAL  
DE SAÚDE**

# Talidomida

Causa o nascimento de crianças com graves defeitos físicos

## FOCOMELIA:

Nesta síndrome a criança pode nascer com braços e pernas mal formados ou ausentes, alterações cardíacas, visuais, auditivas e do aparelho digestivo.

**O SEU PAPEL É FUNDAMENTAL PARA QUE ISTO NÃO ACONTEÇA.**





## TALIDOMIDA

**PROIBIDA PARA MULHERES GRÁVIDAS OU COM CHANCE DE ENGRAVIDAR**

O desenho da mulher grávida foi substituído pela foto para evitar dúvidas e deixar claro que o medicamento não é abortivo

**Facilite o uso correto deste produto preenchendo devidamente o quadro impresso na caixa com as indicações constantes na receita médica.**

Talidomida é um medicamento importante no tratamento das reações Hanseníacas e outras doenças. É segura quando usada em mulheres fora da idade de ter filhos. Não atinge o feto.

**Orientar ao paciente que:**

- Este medicamento é de uso exclusivo, portanto não deve ser passado para nenhuma outra pessoa.
- Causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas.
- Proibida para mulheres grávidas e com chance de engravidar.
- Não provoca aborto. Não evita filhos.





TEXTO DE BULA  
MEDICAMENTO ESPECÍFICO

FUNED Talidomida  
talidomida

**PROIBIDA PARA MULHERES GRÁVIDAS OU COM CHANCE DE ENGRAVIDAR.**

**TALIDOMIDA CAUSA O NASCIMENTO DE CRIANÇAS SEM BRAÇOS E SEM PERNAS.**

**ESTE MEDICAMENTO É SÓ SEU. NÃO PASSE PARA NINGUÉM.**

**ESTE MEDICAMENTO NÃO PROVOCA ABORTO.**

**USO SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

**SUJEITO A RETENÇÃO DE RECEITA.**

**PROIBIDA A VENDA NO COMÉRCIO.**

**ESTE MEDICAMENTO NÃO EVITA FILHOS.**

USO ORAL  
USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido de 100 mg contém:

Talidomida ..... 100 mg  
Excipientes ..... q.s.p. 1 comprimido  
(manitol, celulose microcristalina, estearato de magnésio, amido, povidona, amidoglicolato de sódio)

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

**1. PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?**

A talidomida é usada para tratar e prevenir o eritema nodoso da lepra (ENL). É utilizada no tratamento de aftas orais em pacientes com AIDS que não respondem a outros medicamentos; no tratamento do lúpus eritematoso (doença que, também, afeta a pele); no tratamento da doença enxerto contra hospedeiro, uma complicação que pode ocorrer após um transplante de medula óssea ou de células tronco; e no tratamento do mieloma múltiplo (tipo de câncer) que não respondeu à quimioterapia; Doença de Crohn (enterite regional) em pacientes refratários ao infliximab. Caso você ainda não saiba por que está tomando este medicamento, pergunte ao seu médico antes de iniciar o tratamento.

# O risco do uso indevido, responsabilidade e controle do medicamento foi colocado em tarja preta para maior destaque.

## Métodos

Hoje o uso da talidomida no país está disciplinado por norma do Ministério da Saúde da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (MS/ANVISA) RDC 11/2011<sup>1</sup>. Esta norma começou a ser discutida a partir de consulta pública em 2005 em amplo trabalho da Anvisa com a participação de órgãos não governamentais com interesse direto na talidomida, Coordenações Estaduais do Programa de Hanseníase, consulta a vários países sobre o controle da talidomida, visita a laboratório produtor, Departamento de Assistência Farmacêutica do MS etc.

A talidomida é uma substância sujeita a controle especial, conforme a Portaria da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS) 344/98 em sua lista no anexo C3.

A RDC 36/11 é a mais recente atualização desta lista<sup>2</sup>.

As principais modificações da norma RDC 11/2011 para uso da talidomida são:

- Inclusão de métodos efetivos de contracepção;
- Citação de todas as doenças autorizadas e os seus respectivos Códigos Internacionais de Doenças (CID's) que estavam descritas em várias normas de Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST/Aids (úlceras aftóide idiopática), Lúpus eritematoso sistêmico, Doença enxerto contra hospedeiro e Mieloma Múltiplo;
- Orientação sobre como solicitar a Autorização Excepcional para doenças não descritas acima;
- Unificação dos termos de responsabilidade e esclarecimento em um único documento, diminuindo papéis e facilitando o preenchimento e orientação ao paciente durante o atendimento.
- Alterações de materiais de embalagem
- Obrigatoriedade de notificação de reações adversas, o que não era exigido;
- Criação de cadastro de prescritores;
- Concessão do receituário pelas Vigilâncias Sanitárias, o que trará um maior controle.
- Orientação sobre devolução e descarte (não havia esta preocupação na legislação);
- Responsabilização criminal por uso indevido.

---

<sup>1</sup> Resolução MS/ANVISA RDC 11/2011 – Dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha.

<sup>2</sup> A lista completa está disponível em [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) – medicamentos – medicamentos controlados – lista de substâncias sujeitas a controle especial - Brasil

A ANVISA além da publicação desta norma elaborou manuais de esclarecimento, realizou treinamentos estaduais e criou um “hotsite” para a talidomida dentre outras iniciativas.

Esta nova norma possibilita a simplificação de normas relacionadas à talidomida, o maior esclarecimento de prescritores devido às alterações de materiais de embalagem e termos de esclarecimento, um melhor controle e monitoramento do medicamento pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e definição de responsabilidades das Vigilâncias Sanitárias e Assistências Farmacêuticas.

Os responsáveis pela liberação do medicamento passam a ser os gestores do SUS, Secretários de Saúde, médicos e farmacêuticos da rede pública.

Os pacientes também assinam um termo de consentimento e responsabilidade de que não irão deixar que qualquer outra pessoa utilize o próprio medicamento.

Os prescritores (médicos e gestores do SUS) e os dispensadores (agentes de saúde e farmacêuticos) também assinam o termo de responsabilidade informando que explicaram os riscos do medicamento ao paciente.

Também foi criado um cadastro nacional de médicos que prescrevem e de pacientes que utilizam a talidomida.

A ANVISA ministrou cursos de capacitação sobre a RDC 11/2011 que aconteceu em oito capitais brasileiras: São Paulo, Brasília, Fortaleza, Maceió, Goiânia, Porto Alegre, Boa Vista e Manaus. O público alvo foi composto pelas VISAs Estaduais e Municipais e profissionais de saúde envolvidos diretamente na prescrição e dispensação do medicamento (médicos, farmacêuticos entre outros).

No Estado de São Paulo as VISAS e os profissionais envolvidos direta ou indiretamente com o uso da Talidomida foram treinados no mês de agosto próximo passado. Médicos e demais profissionais que atuam na linha de atenção à hanseníase participaram de treinamento em evento específico no auditório do Instituto Emílio Ribas.

### **Considerações**

A publicação da RDC11/2011, sua ampla divulgação, o treinamento dos profissionais e o maior rigor na fiscalização por parte das VISAS tem por objetivo evitar que crianças sejam vítimas do uso indevido da talidomida por mulheres gestantes e garantir que aquelas que necessitem do medicamento possam fazê-lo de forma segura.

## Referências

1. Brasil. Diário Oficial da União. Poder Executivo. RDC nº 11/2011 - Dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha. D.O.U de 24/03/2011, seção 1, pág. 79 a 86. Brasília. DF. 2011.
2. Schuler-Faccini L, Soares RC, de Sousa AC, Maximino C, Luna E, Schwartz IV, Waldman C. New Cases of Thalidomide Embryopathy in Brazil. Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology, 2007 Sep;79(9):671-2.

## Dos autores

Mary Lise Carvalho Marzliak<sup>1</sup>, Ciro Rossetti Neto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Divisão Técnica de Hanseníase do Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

## Endereço para Correspondência

Mary Lise Carvalho Marzliak

Av. Dr. Arnaldo, nº 351- 6º andar- sala 6 - Cerqueira César

CEP: 01246-000. São Paulo/SP

Tel. (11) 3066-8753

email: dvhansen@saude.sp.gov.br

### Submissão, Aceitação e Cronograma

Um cronograma orientará as datas de publicações, lembrando-se que um trabalho para ser publicado deve ser encaminhado aos Editores até no mínimo 4 semanas antes da edição prevista para publicação. As edições serão disponibilizadas *on-line* às sextas-feiras.

Todo trabalho enviado pela rede de vigilância epidemiológica do Estado de São Paulo será aceito para publicação, exigindo-se, entretanto, revisão e readequação quando os autores o submeterem fora dos critérios estabelecidos ou com problemas de redação.

Os autores devem encaminhar seus trabalhos A/C Márcia Reina, no email: be-cve@saude.sp.gov.br

## DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

**Tabela 1** - Casos e Surto confirmados de doenças e agravos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, de 2007 a 2010 e acumulados até a SE 47 em 2011\*, com destaque para a semana finalizada em 03 de dezembro de 2011\* (SE 48)\*

Doenças/Agravos - Casos Confirmados	2007-2010	2011*	
		Acum. SE01-SE47	SE48
Botulismo	12	0	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Surto)	1.636	37	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Casos envolvidos em Surto)	8003	141***	0
Cólera	0	1††	0
Conjuntivite	549.418	1041784	4429
Coqueluche	750	710	20
Dengue (Casos Autóctones e Importados)	317.904	96849	99
Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)**	2.879.475	867070	15777
Diarréia (Surto)	2001	474	5
Diarréia (Casos envolvidos em Surto)	37.753	9429	102
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	27	5	0
Esquistossomose (Casos Autóctones)	607	76	4
Esquistossomose (Total de Casos)	5.317	962	20
Febre Maculosa / Rickettsioses	200	73	0
Febre Tifóide	36	4	0
Hantavírose	78	17	0
Hepatite A(Surto)	131	14	0
Hepatite A (Casos envolvidos em Surto)	819	43	0
Hepatite A (Casos esporádicos)	1.116	193	0
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	2
Leishmaniose Tegumentar Americana	1.724	272	6
Leishmaniose Visceral	1.107	172	6
Leptospirose	3.130	886	2
Doença Meningocócica	5.130	1.215	25
Outras Meningites Bacterianas	7.516	1.531	20
Meningites Virais	21.175	3.654	89
Outras Meningites	4.378	723	21
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	347	75	2
Poliomielite (poliovírus selvagem)	0	0	0
Rotavírus (em < 5 anos)§	294	148****	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	88***	25	1
Tracoma¶	9.071	1.468	113
Varicela (Surto)	10.446	2.590	22
Varicela (Casos envolvidos em Surto)	78.933	16384	53
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

(\*\*\*): alteração nos dados por identificação de duplicidade

(\*\*\*\*) correção no banco de dados

(†) 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

---

A Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DVDCNT do Centro de Vigilância Epidemiológica-CVE da Coordenadoria de Controle de Doenças-CCD da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo-SES/SP, conforme sua programação anual realizará, no mês de março, duas oficinas de trabalho com os Interlocutores da área de Promoção da Saúde dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS e de Acidentes e Violências dos Grupos Técnicos de Vigilância Epidemiológica - GVE.

A primeira oficina será em 09 de março de 2012 das 8h30 às 16:00hs, com o tema: **“Acompanhamento dos Projetos de Promoção da Saúde nas Regionais da SES/SP”**, apresentando o objetivo de potencializar a rede de comunicação com os interlocutores regionais, assim como apresentar o acompanhamento dos projetos municipais e socializar o planejamento da DVDCNT com vistas a execução do Plano Estadual de Promoção da Saúde.

A segunda oficina ocorrerá no período de 28 a 29 de março de 2012, das 8h30 às 16h sendo denominada de **“Oficina de Trabalho do Núcleo de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA - SP”**, visando abordar as prioridades do Planejamento relacionado às ações de Vigilância em Violência, atualização dos dados epidemiológicos, bem como apresentação do projeto de construção das Redes de Proteção.

O local de realização das oficinas será no CEFOR, Rua Dona Inácia Uchoa, 574, no bairro Vila Mariana – São Paulo - SP.

Maiores informações poderão ser obtidas pelos fones: (11) 3066-8295, ou (11) 3066-8479, ou pelo email: [dvdcnt@saude.sp.gov.br](mailto:dvdcnt@saude.sp.gov.br).

Elaborado pela Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do CVE.

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

Marilda Ap. Kersul de Brito Milagres

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](mailto:be-cve@saude.sp.gov.br)