

Vol. 02, No. 6, 23 de março de 2012



A semelhança entre modos de transmissão do vírus da hepatite C (VHC) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) explica a ocorrência da co-infecção VHC/HIV.

O presente trabalho analisou os casos notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Estado de São Paulo, no período de 2007 a 2011.

Foram incluídos os casos de hepatite C confirmados por biologia molecular (*reverse transcription-polymerase chain reaction* – RT-PCR) e que registravam HIV como agravo associado.

A proporção de co-infectados em relação ao total de casos de hepatite C variou de 15% em 2007 a 12% em 2011. O principal modo de transmissão no período foi o uso de drogas ilícitas, registrado em 59% dos casos.

Prezado leitor

A hepatite C é um importante problema de saúde pública no Mundo, A OMS estima que 3% da população mundial esteja infectada pelo vírus da Hepatite C e grande proporção de pacientes poderá evoluir para formas crônicas.

A doença é de notificação compulsória no país, mas há subnotificação, em função das dificuldades no diagnóstico e notificação dos casos.

O artigo do Programa Estadual de Hepatites Virais do Estado de São Paulo traz contribuição para análise do período de 2007 a 2012 de hepatites virais notificadas no referido Estado, em especial a associação com o vírus HIV.

No período de estudo, o percentual de co-infecção HCV/HIV reforça a importância da prevenção da infecção, nos grupos de usuários de drogas ilícitas.

Neste número, apresentamos trabalho do GVE de Piracicaba, com a descrição da rede temática de tuberculose na região, indicando as unidades de nível I, referências secundárias terciárias e o IAL de Rio Claro. Este trabalho demonstra experiência exitosa no aprimoramento da integração da vigilância epidemiológica com área assistencial e laboratório na perspectiva de aumentar a taxa de cura de tuberculose e o enfrentamento de paciente com cepas multi-drogas resistentes na região de Piracicaba.

Ana Freitas Ribeiro
Diretora Técnica - CVE

Sumário

.....	
Editorial	82
Perfil da Co-infecção Hepatite C com HIV em residentes no Estado de São Paulo, 2007 a 2011	83
As Redes Temáticas de Vigilância Epidemiológica na Região de Piracicaba e a sua Inserção na	
Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS)	90
Tabelas de Doenças e Agravos de Notificação	95
Notícias - TBVE dengue EAD	96

PERFIL DA CO-INFECÇÃO HEPATITE C COM HIV EM RESIDENTES NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2007 A 2011

Introdução

A infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) constitui um problema de saúde pública em todos os continentes. Estima-se que aproximadamente 3% da população mundial esteja infectada pelo VHC, o que representa cerca de 170 milhões de indivíduos com infecção crônica e sob risco de desenvolver as complicações da doença¹.

Apesar das investigações em curso, não existe atualmente vacina para a prevenção da hepatite C. Constituem populações de maior risco para a infecção pelo VHC, pessoas que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993; usuários de drogas injetáveis, inaladas ou pipadas, que compartilham equipamentos contaminados como agulhas, seringas, canudos e cachimbos; pessoas que compartilham equipamentos não esterilizados ao frequentar pedicures, manicures e podólogos; pessoas submetidas a procedimentos para colocação de *piercing* e confecção de tatuagens; pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, odontológicos, de hemodiálise e de acupuntura sem as adequadas normas de biossegurança. A transmissão perinatal, ainda que não eficiente, é possível e, ocorre quase sempre no momento do parto ou logo após^{1,2}.

A semelhança entre modos de transmissão do vírus da hepatite C e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) - parenteral, sexual, vertical - explica a ocorrência de co-infecção VHC/HIV. Diversos fatores têm sido associados à maior ocorrência de hepatite C em pessoas soropositivas para o HIV, como o uso de drogas e o compartilhamento de canudos ou seringas, além de transfusões de sangue ou hemoderivados; estima-se que cerca de 25% dos indivíduos soropositivos para o HIV são também portadores do VHC³⁻⁵.

O objetivo desse estudo foi descrever a frequência de casos confirmados de hepatite C com infecção também pelo vírus HIV, dentre os casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Programa Estadual de Hepatites Virais (PEHV) do Estado de São Paulo (ESP).

Métodos

Foi realizado estudo transversal a partir dos dados notificados no banco de hepatites virais B e C do PEHV, no período de 2007 a 2011. Os casos de hepatite C são aqueles diagnosticados laboratorialmente por meio do marcador anti-HCV reagente pelo teste ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*), confirmado pela presença de HCV RNA usando *reverse transcription-polymerase chain reaction* (RT-PCR). Para co-infecção VHC/HIV, foram selecionados os casos confirmados de VHC e aqueles que apresentavam “HIV como agravo associado”, referido pelo usuário ao serviço de saúde e registrado na ficha epidemiológica de investigação (FIE).

Foram incluídas as variáveis sócio-demográficas (sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade) e as variáveis referentes ao modo de transmissão (sexual, transfusão, uso de drogas, outros) coletadas na FIE.

Os dados foram descritos por meio de frequências simples e relativas e analisados no Programa Stata 10.0.

Resultados

Dentre o total de 106.546 casos registrados no banco de dados de hepatites virais de 2007 a 2011, 3.721 casos (3,5%) foram de co-infecção VHC/HIV. O número de casos confirmados de hepatite C no período foi de 30.560. A proporção de co-infectados VHC/HIV dentre o total de casos de hepatite C ao longo dos anos variou de 15% (n=947) em 2007 a aproximadamente 12% (n=666) em 2011 (Figura 1).

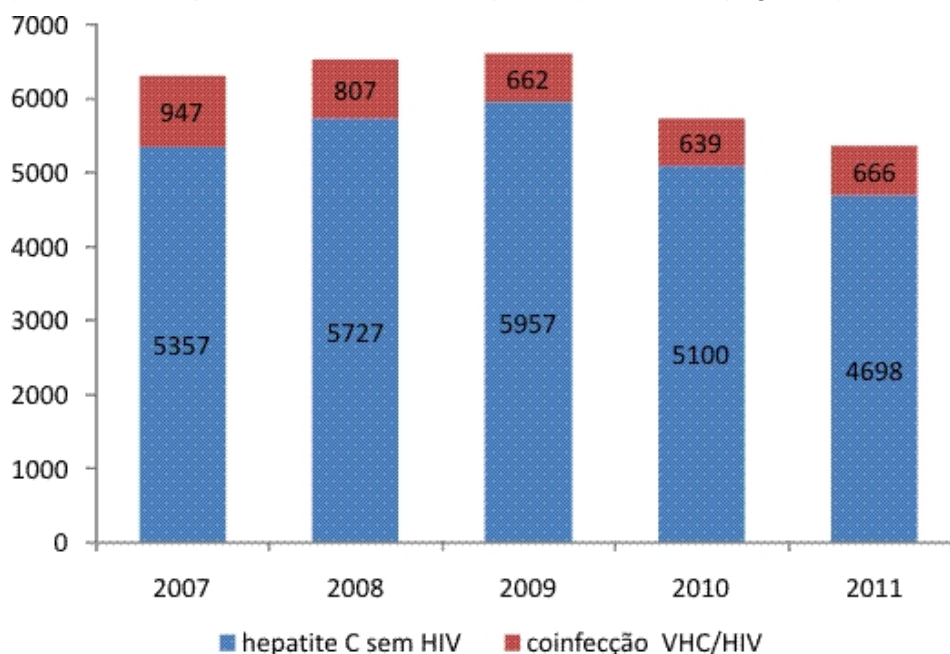


Figura 1. Distribuição dos casos confirmados de hepatite C com e sem HIV, em residentes no Estado de São Paulo, 2007 a 2011.

Fonte: SINAN, PEHV- ESP. Dados notificados até 31/01/2012

A maioria dos casos de hepatiteC/HIV foi registrada como sexo masculino: 72% (n=2.677) e 28% do sexo feminino (n=1.044). Para 3.428 casos onde foi possível analisar a variável raça/cor, observou-se que a maioria dos casos ocorreu entre homens da raça/cor branca (48%;1644) e o menor percentual foi registrado em mulheres não brancas (12%; 411), conforme Figura 2.



Figura 2. Distribuição de casos confirmados de co-infecção VHC/HIV segundo sexo e raça/cor, Estado de São Paulo, 2007 a 2011.

Fonte: SINAN, PEHV-ESP. Dados notificados até 31/01/2012

A maioria dos casos ocorreu na faixa etária de 40 a 49 anos (1554;42%), Figura 3.

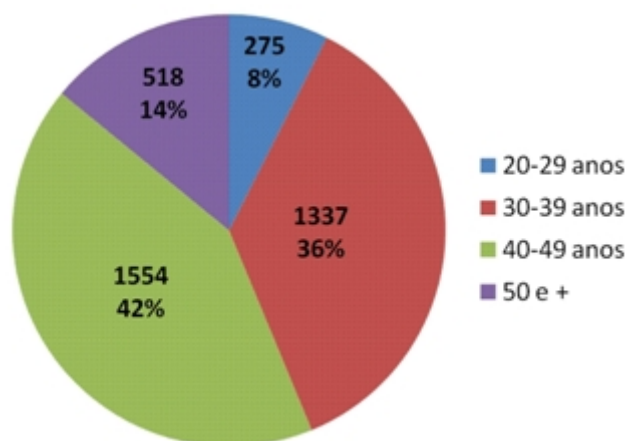


Figura 3. Distribuição dos casos de co-infecção VHC/HIV, segundo faixa etária, em residentes do Estado de São Paulo, 2007 a 2011

Fonte : SINAN , PEHV- ESP. Dados notificados até 31/01/2012

Dentre 2.912 casos de co-infecção VHC/HIV com a variável escolaridade conhecida, nota-se que a maioria corresponde aos indivíduos com ensino fundamental (completo e incompleto): 67% (n=1.951), conforme ilustrado na Figura 4.

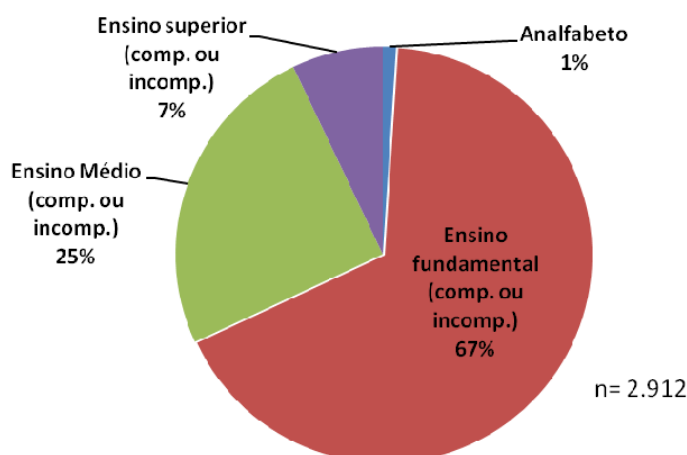


Figura 4. Distribuição de casos confirmados de co-infecção VHC/HIV, segundo escolaridade, Estado de São Paulo, 2007 a 2011.

Fonte: SINAN, PEHV-ESP. Dados notificados até 31/01/2012

No que concerne às formas de transmissão, dentre os casos com fonte de transmissão conhecida (n=2.542), o principal mecanismo foi o uso de drogas ilícitas (inaláveis ou crack e/ou injetáveis), registrado em 59% dos casos (n= 1.499), seguido da transmissão sexual (32%;813) e transfusão de sangue (7%;177), ilustrado na Figura 5.

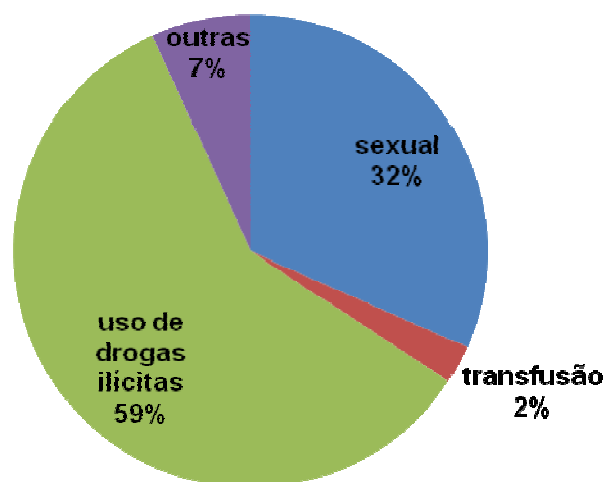


Figura 5. Distribuição de casos confirmados de co-infecção VHC/HIV, segundo os principais modos de transmissão, Estado de São Paulo, 2007 a 2011. N=2.542.

Fonte: SINAN, PEHV-ESP. Dados notificados até 31/01/2012

Quanto ao uso de drogas, observou-se que o maior percentual refere-se ao uso de drogas injetáveis e crack (29%;1.079) e apenas 7% (n=260) informaram serem usuários somente de drogas injetáveis. O uso exclusivo de crack foi referido em 12% dos indivíduos (n=446). Figura 6.

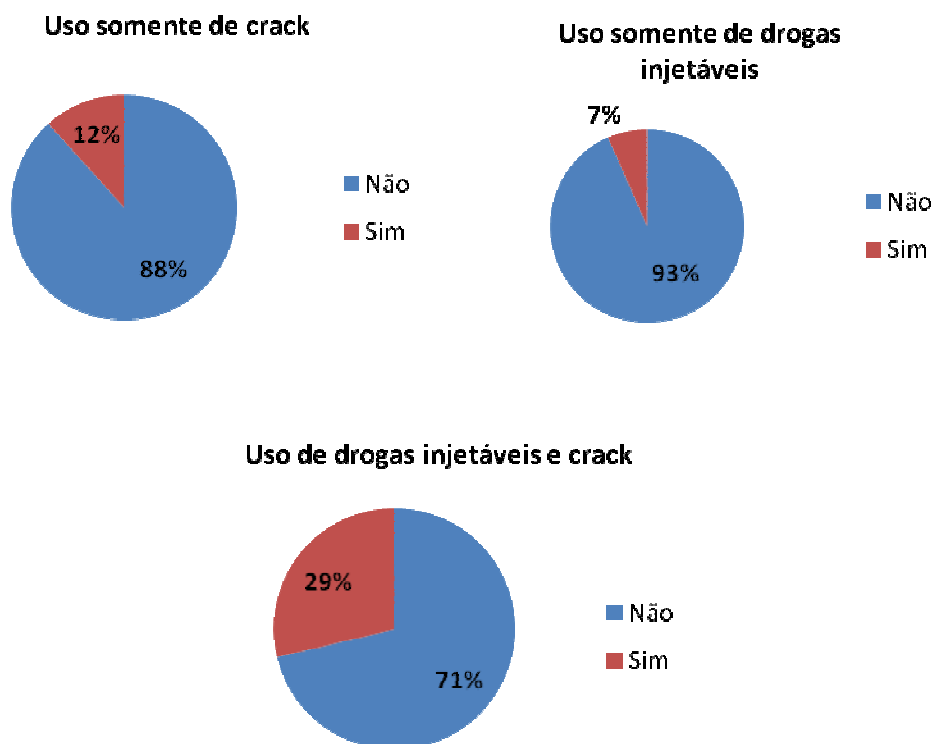


Figura 6. Distribuição de casos confirmados de co-infecção VHC/HIV, segundo uso de drogas ilícitas, Estado de São Paulo, 2007 a 2011. N=3.721.

Fonte: SINAN, PEHV-ESP. Dados notificados até 31/01/2012

Considerações finais

O presente trabalho mostrou as principais características sócio-demográficas e de transmissão de casos confirmados de co-infecção de hepatite C e HIV, de 2007 a 2011, em residentes do Estado de São Paulo notificados ao SINAN. Vale ressaltar o percentual importante de casos de transmissão sexual. A prevalência de VHC na população soropositiva para o HIV apresenta variabilidade nas diversas regiões do mundo, de acordo com os fatores de exposição a ambos os vírus⁶⁻⁸. Alguns autores relatam que a transmissão sexual do VHC pode ser facilitada pela presença de um parceiro sexual infectado pelo HIV⁶. Ao mesmo tempo, a infecção pelo HIV apresenta impacto na progressão da infecção pelo VHC e vice-versa, sendo que o HIV determina um curso mais rápido de doença hepática em indivíduos com hepatite C, com risco aumentado de cirrose⁶⁻⁸.

A maior frequência de uso de drogas ilícitas na transmissão da co-infecção com o VHC e HIV nos dados do SINAN-ESP coincide com o principal modo da co-infecção nos países desenvolvidos. Entre usuários de drogas, o VHC é adquirido relativamente

cedo, dentro de 5 anos após o início do uso; estima-se que 50% a 90% dos usuários de drogas com infecção pelo HIV são também infectados pelo VHC⁵.

Os resultados da análise de dados do SINAN mostram-se importante para o estabelecimento de programas de prevenção e de controle das hepatites virais B e C no Estado de São Paulo, além de contribuir para o conhecimento sobre a co-infecção VHC/HIV.

Elaborado por:

Norma Farias, Débora Moraes Coelho, Iára de Souza, Cláudia Afonso Binelli, Umbeliana Barbosa de Oliveira. Programa Estadual de Hepatites Virais (PEHV). Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Endereço para correspondência

Norma Farias. Divisão de Hepatites Virais - CVE/CCD/SES-SP. Av. Dr. Arnaldo, 351 6º andar. CEP 01246-000. Pacaembu - São Paulo/SP. Tel. (11) 3066-8754. E-mail: dvhepa@saude.sp.gov.br

Referências

1. WHO. Hepatitis C. Fact Sheet nº 64. June 2011. Disponível em URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html> > [acesso em 9 mar 2012].
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções. Série A. Normas e Manuais Técnicos; Brasília, 2011.
3. Di Martino V, Rufat P, Boyer N, Renard P, Degos F, Martinot-Peignoux M, et al. The influence of human immunodeficiency virus coinfection on chronic hepatitis C in injection drug users: a long-term retrospective cohort study. *Hepatology* 2001; 34(6):1193-9.
4. Silva ACM, Barone AA. Fatores de risco para infecção pelo HIV em pacientes com o vírus da hepatite C. *Rev Saúde Pública* 2006;40(3):482-8.

5. CDC. Hepatitis C virus and HIV Coinfection. IDUHIV Prevention; september 2002. Disponível em http://www.cdc.gov/idu/hepatitis/hepc_and_hiv_co.pdf [acesso em 5 dez 2011].
6. Soto, B.; Rodrigo, L.; Garcia-Bengoechea M. *et al.* – Heterosexual transmission of hepatitis C virus and the possible role of coexistent human immunodeficiency virus infection in the index case. A multicentre study of 423 pairings. *J. Intern. Med* 1994; 236: 515-19.
7. Silva ACM, Barone AA. Fatores de risco para infecção pelo HIV em pacientes com o vírus da hepatite C. *Rev Saúde Pública* 2006;40(3):482-8.
8. Mendes-Corrêa MCJ; Baroni AA. Hepatitics C in patients Co-infected with human immunodeficiency vírus. A Review and experience of a brazilian ambulatory. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* 2005; 47(2):59-64.

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

AS REDES TEMÁTICAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA REGIÃO DE PIRACICABA E A SUA INSERÇÃO NA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE (RRAS)

Introdução

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Federal nº. 8.080 de 1990 preconizam o acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde; destacam também a importância da utilização da epidemiologia para o planejamento de ações e serviços, avaliação de resultados e alocação de recursos (1,2).

Durante a década de 90, a descentralização da gestão no setor saúde ocorreu de forma acentuada com a transferência vertical de responsabilidades e recursos do Ministério da Saúde para os municípios, os quais passaram a gerir o seu sistema local de forma auto-suficiente e estruturando serviços para atender a demanda crescente de tecnologia em saúde. Ao mesmo tempo, o nível estadual assumiu a normatização e coordenação com apoio aos gestores municipais na execução das ações (2).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 retoma a regionalização como forma de integrar os sistemas municipais de saúde, mais estruturados, nesse momento, por meio de pactos e com a coordenação do nível estadual, institucionalizando uma rede assistencial hierarquizada, e buscando ampliar o acesso dos cidadãos aos serviços, ou seja, buscando equalizar o direito à saúde (2).

A busca pelo fortalecimento da regionalização e da organização do sistema de saúde sob a forma de rede adquiriu nova ênfase a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde, e o seu componente Pacto de Gestão. Este último trata do compromisso do gestor com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (1,3,4,5). No Estado de São Paulo, identificou-se 64 Regiões de Saúde e foram instituídos os respectivos Colegiados de Gestão Regionais (CGRs), definidos por critérios de identidade cultural, perfil sócio-econômico e epidemiológico, redes de comunicação e de transportes, passando a ser um espaço privilegiado para pactuar responsabilidades entre as esferas de governo, em cada território (3,6).

Em dezembro 2010, a Portaria GM/MS nº. 4.279, avança na questão das redes de atenção à saúde – RAS – como “*estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.*” (1).

Assim, as RAS são *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e gestão, garantindo a integralidade do cuidado num determinado território”* com objetivo de *“promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.”* (1,3).

Na RAS, a atenção primária em saúde deve ser o primeiro nível de atenção, com função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde e, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (1,3,7).

Várias redes temáticas compõem uma Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS, que de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP) – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS) são *“pontos de atenção articulados entre si, promovendo a integralidade do cuidado, integrando serviços e organizando sistemas e fluxos”*. Os pontos de atenção à saúde são todos os espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, podendo ser um domicílio ou um ambulatório inserido num hospital e, *“todos os pontos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.”*

No que diz respeito à vigilância em saúde, a Portaria no. 3.252/09, orienta que *“a organização e qualificação das redes de Atenção à Saúde, objetivam a integralidade do cuidado e para tanto demandam a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico pedagógico a equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade. Aponta ainda que o apoio matricial em Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho”* (8).

No Estado de São Paulo, 18 redes regionais de atenção à saúde foram inicialmente definidas, e não necessariamente foram coincidentes com as áreas de abrangência das divisões administrativas regionais da SES/SP (3).

A região de Piracicaba que conta com 4 Colegiados de Gestão Regional, variando de 4 a 11 municípios em cada CGR, cumpriu os critérios para compor uma RRAS, ou seja existência de capacidade instalada com suficiência na atenção básica, na média complexidade e parte da alta complexidade, garantia de economia de escala na oferta de ações e serviços de saúde de média e alta complexidade e população entre 1.000.000 e 3.500.000 habitantes. A abrangência territorial coincidiu com a área da

Direção Regional de Saúde de Piracicaba (DRS X) e do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Piracicaba (GVE XX) (3).

Objetivos e Metodologia

O objetivo deste trabalho foi sistematizar e organizar as Redes Temáticas de Atenção a Saúde (RTAS) em Vigilância Epidemiológica existentes na Região do GVE XX - Piracicaba bem como apontar suas fortalezas e fragilidades no sentido de realizar os ajustes para o adequado acesso da população ao atendimento.

A região de Piracicaba conta com 26 municípios e 1.425.087.000 habitantes em 2010. Todos os municípios possuem equipe mínima de vigilância epidemiológica (V.E.), embora nos menores de 50.000 habitantes, os técnicos não são exclusivos para esta área e acumulam outras atividades. Muitas ações de vigilância epidemiológica estão centralizadas na área de V.E., como a notificação de agravos, investigação de casos suspeitos e surtos, ações de bloqueio e controle de doenças, investigação de óbitos sentinela – maternos e infantis, ações de vacinação de rotina e campanhas, bancos de dados de notificação doenças, óbitos e vacinação, ações educativas e de orientação para grupos específicos e população em geral (6).

Durante o mês de julho e agosto de 2011, os técnicos do GVE XX – Piracicaba, em discussão com os técnicos da vigilância epidemiológicas municipais, atualizou as informações sobre os pontos de atendimento de cada rede temática e sistematizaram as informações em planilhas e mapas para visualização.

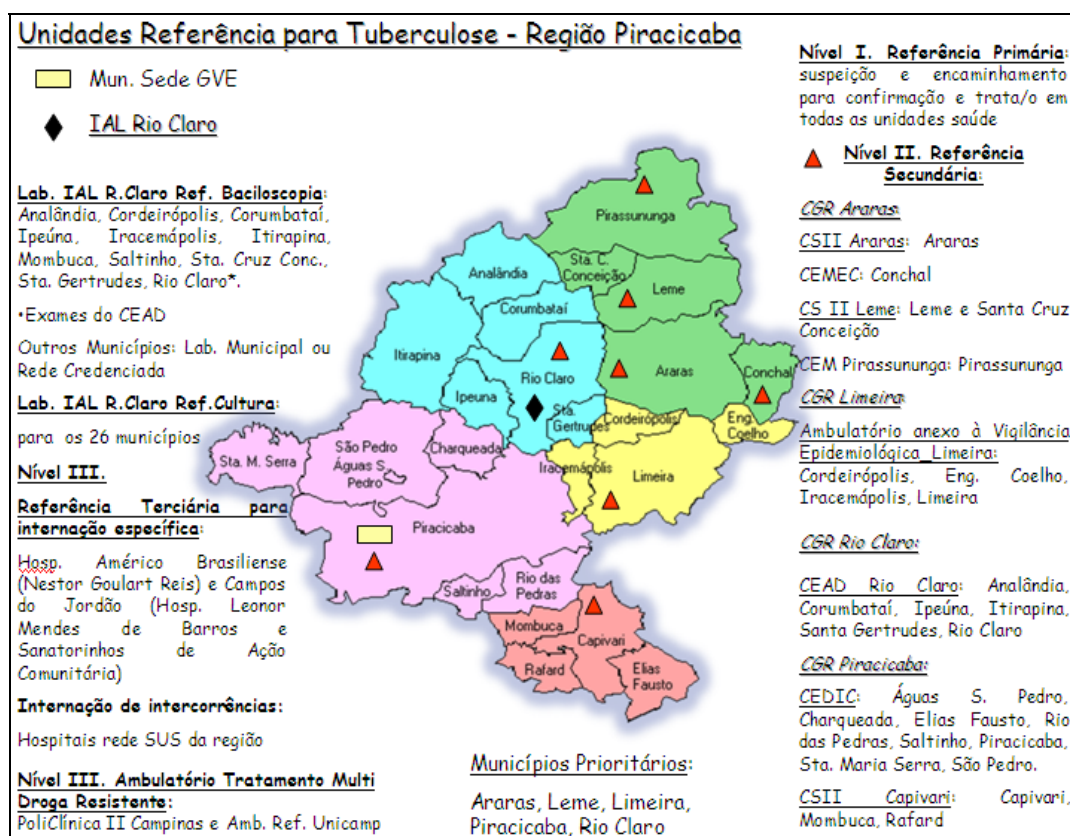
Conclusões

O GVE XX em parceria com os municípios da região, sempre buscou estruturar pontos de atendimento à população, nas diversas áreas programáticas de sua responsabilidade com a preocupação de garantir a integralidade do cuidado.

Em 2011, durante o movimento no estado de São Paulo de discussão da implantação da RRAS, o GVE XX sistematizou 8 redes temáticas em vigilância epidemiológica na região e submeteu à apreciação dos técnicos municipais para corrigir possíveis inadequações.

No processo de discussão com as equipes municipais as redes temáticas sistematizadas foram: salas de vacina para aplicação de imunobiológicos do calendário de imunização, aplicação de soro anti-rábico, aplicação de soro anti-peçonhento, unidades referência para tuberculose, hanseníase, hepatites virais, doenças sexualmente transmissíveis/aids e rede de atenção para atendimento ao paciente com dengue, leptospirose e febre maculosa. Na Figura 1, está representada a constituição da rede temática para tuberculose.

Figura 1. Rede temática em vigilância epidemiológica – tuberculose. Região Piracicaba, 2011



Nesse momento foram identificadas como nível I, as unidades básicas de saúde; nível II, ambulatórios de especialidade; e nível III unidades/hospitais para internação. Com essa sistematização espera-se que os técnicos municipais identifiquem cada rede e o acesso da população seja facilitado em acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Estas redes pactuadas entre os municípios permitiram identificar as portas de entrada, os fluxos e a disponibilidade para o atendimento nos três níveis de atenção. A integralidade do atendimento, em algumas redes identificadas, ainda não está garantida na região, ou seja, em algumas situações a população ainda é referenciada para serviços em outras regiões. Assim, em algumas situações, a articulação dos técnicos regionais junto à SES SP e outras RRAS se faz necessário para viabilizar o atendimento integral da população.

Em novembro de 2011, o comitê gestor da rede regional da atenção à saúde – Piracicaba (CG-Rede-14) foi formado e um representante regional da vigilância epidemiológica é membro desse comitê, com a proposta de colaborar com o fortalecimento da RRAS. Na primeira reunião, os membros discutiram o papel do comitê, a agenda de trabalho de 2012 e, as redes materno-infantil e urgência-

emergência serão discutidas nos primeiros meses de 2012. A vigilância epidemiológica contribuirá com os trabalhos apresentando os indicadores regionais atualizados, as fragilidades na rede do ponto de vista da vigilância, as articulações sobre as questões sanitárias, entre outras.

Outras redes temáticas em vigilância epidemiológica deverão ser discutidas e sistematizadas junto aos municípios fortalecendo a RRAS nesta região. Pretende-se ainda, instituir a avaliação dos fluxos e a qualidade do atendimento, em períodos regulares e em parceria com os técnicos municipais.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília.
2. Machado. J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? Rev. Bras. de Ciências Sociais. Vol.24, no.71. Outubro 2009. São Paulo. [Acessado em 30/11/2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092009000300008&script=sci_arttext
3. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo, 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília.
6. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº. 153, de 08 de dezembro de 2007. São Paulo.
7. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Brasília.

Elaborado por: Equipe técnica do Grupo de Vigilância Epidemiológica XX Piracicaba – CVE – CCD/SES-SP

Endereço para correspondência: Glaucia Elisa Cruz Perecin, Tel. (19) 3437-7488, e-mail: gve.piracicaba@hotmail.com

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 49 em 2011*, com destaque para a semana finalizada em 17 de dezembro de 2011* (SE 50)**

Doenças/Agravos - Casos Confirmados	2007-2010	2011*	
		Acum. SE01-SE49	SE50
Botulismo	12	0	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Surtos)	1.636	38	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Casos envolvidos em Surtos)	8003	143	0
Cólera	0	1††	0
Conjuntivite	549.418	1.066.944	4.491
Coqueluche	750	790	36
Dengue (Casos Autóctones e Importados)	317.904	97.485	136
Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)**	2.879.475	898.368	14.748
Diarréia (Surtos)	2001	484	3
Diarréia (Casos envolvidos em Surtos)	37.753	9.602	20
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	27	5	0
Esquistossomose (Casos Autóctones)	607	77	1
Esquistossomose (Total de Casos)	5.317	953	0
Febre Maculosa / Rickettsioses	200	77	0
Febre Tifóide	36	4	0
Hantavirose	78	19	2
Hepatite A(Surtos)	131	15	1
Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos)	819	48	6
Hepatite A (Casos esporádicos)	1.116	175	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	19	0
Leishmaniose Tegumentar Americana	1.724	274	0
Leishmaniose Visceral	1.107	167	8
Leptospirose	3.130	908	2
Doença Meningocócica	5.130	1.272	21
Outras Meningites Bacterianas	7.516	1.621	21
Meningites Virais	21.175	3.917	123
Outras Meningites	4.378	770	15
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	347	86	2
Poliomielite (poliovírus selvagem)	0	0	0
Rotavírus (em < 5 anos)§	294	151	0
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***	26	0
Tracoma¶	9.071	1.648	5
Varicela (Surtos)	10.446	2.675	7
Varicela (Casos envolvidos em Surtos)	78.933	16.827	17
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

TBVE dengue EAD

A Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) através do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), do Centro de Vigilância Sanitária, do Instituto Adolfo Lutz, da Sucen e a da CRH / CEFOR por meio do Centro de Projetos de Educação para o Trabalho em Saúde, iniciam no dia 16 de abril de 2012 o **1º TBVE dengue EAD**.

O Modelo de Ensino à Distância – EAD, possibilita que um quantitativo expressivo de profissionais da Vigilância em Saúde, trabalhando em todos os níveis do sistema possa ser aluno do TBVE dengue EAD. Sem a necessidade de deslocamento do seu local de trabalho e de acordo com a sua disponibilidade de tempo, o aluno aprende e se beneficia da interatividade própria desta modalidade de ensino.

O objetivo é capacitar 1600 técnicos da Vigilância em Saúde para desenvolver ações de vigilância e controle integrado da dengue em nosso Estado.

O Treinamento para os profissionais de saúde dos níveis regionais da SES/SP e municípios do Estado de São Paulo em dengue justifica-se pela situação epidemiológica da doença no Estado. Na última década, houve um aumento expressivo do número de casos nas formas graves da doença.

Os eixos temáticos que compõe esta ação educativa são: Conceitos de Epidemiologia e Entomologia, Vigilância Epidemiológica e Laboratório, Vigilância Entomológica, Controle de Vetores, Ações integradas e interfaces na operacionalização do Plano de contingência da dengue.

Para o ano de 2012 a meta é capacitar 4800 profissionais de saúde envolvidos na vigilância e no controle da doença. Os municípios que apresentam vulnerabilidade e risco para a ocorrência de dengue terão prioridade.

Os alunos indicados deverão fazer sua inscrição no site do CVE www.cve.saude.sp.gov.br

Márcia Oliveira

Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia/CVE/CCD

Av. Dr Arnaldo 351 – 6º andar – sala 614 – Cerqueira César. São Paulo

Fone: 11- 3066-8770 email: dvmetodo@saude.sp.gov.br

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