

Prezado Leitor,

O boletim epidemiológico do CVE, apresenta nessa edição, dados sobre a vigilância e monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, doenças essas responsáveis pela maior morbi-letalidade, com destaque para fatores de risco evitáveis como tabagismo, inatividade física, obesidade, uso abusivo de álcool e dieta inadequada, obtidos por meio de entrevistas telefônicas (VIGITEL). Os dados obtidos são importantes para subsidiar as autoridades públicas para a elaboração de projetos que procurem minimizar o impacto expressivo dessas doenças na população brasileira.

Informe técnico sobre a hepatite A e o emprego da vacina é mais uma contribuição da Divisão de Imunizações que orienta o uso da vacina que faz parte do já significativo arsenal de imunobiológicos fornecidos pelo Serviço Público de Saúde.

Desde o fim de 2013 principiou na África Ocidental mais uma epidemia de infecção pelo vírus Ebola, que vem adquirindo proporções alarmantes, se transformando na maior epidemia dessa virose que é conhecida há quase 40 anos. A atual epidemia já atingiu perto de 5.000 pessoas com mais de 50% de óbitos com maior incidência na Libéria, Serra Leoa e Guiné e foi considerada pela Organização Mundial da Saúde uma emergência mundial, orientando todos os países para agirem não só para contribuir para o enfrentamento da doença como para preparar o corpo técnico dos diferentes países para possível migração de indivíduos infectados para diferentes países.

O e-BECVE apresenta nota técnica com informações dos países acometidos e orientações para os profissionais de saúde quanto ao manuseio de pacientes com suspeita de infecção pelo Ebola como o fluxograma de atendimento de pessoas com possibilidade de estarem infectadas que chegam a São Paulo.

Termina com a notificação de doenças e agravos de notificação com destaque para a coqueluche que voltou a preocupar devido ao surgimento de doença grave entre recém-nascidos.

Em Agosto último ocorreu o fórum sobre leishmaniose, noticiado no Boletim, que retratou os avanços e a significativa dificuldade de entender e propor medidas de ação efetivas que possam minorar essa endemia já tão marcante entre nós.

Estou convencido da importância dos dados e estudos aqui apresentados, preparados com muita competência pelos técnicos do Centro de Vigilância Epidemiológica permitindo que você, caro leitor, se atualize das ações por nós realizadas.

Marcos Boulos
Editor

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| Editorial | 01 |
| Vigilância e Monitoramento de Fatores de Risco (FR) e Proteção Para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) por Inquérito Telefônico no Estado de São Paulo – VIGITEL SP | 02 |
| Informe Técnico Vacina Hepatite A | 09 |
| Informe Técnico Ebola – Situação na Africa e Condutas para Profissionais de Saúde | 14 |
| Tabela de Agravos | 20 |
| Notícias | 21 |
| Expediente | 24 |

VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE FATORES DE RISCO (FR) E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO NO ESTADO DE SÃO PAULO – VIGITEL SP

Marco Antonio de Moraes¹, Africa Isabel de la Cruz Perez², Lilian Maria Cobra³, José Raimundo Sica⁴, Maria Cristina Horta Vilar⁵, Mirian Matsura Shirassu⁶.

1. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

2. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

3. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

4. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

5. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

6. Centro de Promoção e Proteção à Saúde – Prevenir do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) da Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo. Observatório de Promoção da Saúde da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

RESUMO

São Paulo é o primeiro estado brasileiro a realizar a pesquisa VIGITEL que é feita em nível nacional desde 2006. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem importante problema de saúde pública em todo o mundo. Estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que essas doenças são responsáveis por mais de 60% de todos os óbitos no Brasil e no mundo, com destaque para as do aparelho circulatório (> 30%), cânceres (> 16%) e diabetes (> 5,2%). As principais causas das DCNTs incluem fatores de risco modificáveis. Tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso abusivo de álcool, dieta inadequada, pressão arterial e glicose sanguínea alteradas respondem pela maioria das mortes por tais doenças (WHO). Entre julho de 2012 e fevereiro de 2013, foram feitas ligações para 12.400 linhas telefônicas, sendo que ao final, foram completadas 5.780 entrevistas. O percentual de adultos com excesso de peso foi de 52,6%. Quanto à prática de atividade física no tempo livre, no nível recomendado é de apenas 31,3%, sendo maior entre os homens (37,8%) do que entre as mulheres (25,2%). O percentual de fumantes foi de 13,5%, sendo 17,1% entre os homens e 10,3% entre as mulheres. O percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva foi de 15,0%, sendo quase quatro vezes maior em homens (24,2%) do que em mulheres (6,5%). Quanto aos hábitos alimentares, apenas 32,3% costumam consumir frutas/hortaliças regularmente; 37,9% consomem *carnes com excesso de gordura* e 58,5% consomem leite com maior teor de gordura; 31,5% consomem regularmente refrigerantes; 73,5% consomem regularmente feijão. Todos estes percentuais variam entre os sexos, escolaridade e região do estado. Várias estratégias vêm sendo desenvolvidas no Brasil nos últimos anos visando à organização de sistemas de vigilância para DCNT, a fim de subsidiar ações nos níveis federal, estadual e municipal para modificar o panorama de morbi-mortalidade atual.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem importante problema de saúde pública em todo o mundo. Estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que essas doenças foram responsáveis por 63% de todos os óbitos do ano de 2008, sendo a maior parte deles em países de baixa e média renda (WHO 2011). No Brasil, a realidade é muito semelhante. Em 2007, doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 72,0% do total de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (Schmidt *et al.* 2011). As principais causas das DCNTs incluem Fatores de Risco (FR) modificáveis. Tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso abusivo de álcool, dieta inadequada, pressão arterial e glicose sanguínea alteradas respondem pela maioria das mortes por tais doenças (WHO; 2010, 2011).

Várias estratégias vêm sendo desenvolvidas no Brasil nos últimos anos visando à organização de sistemas de vigilância para DCNT (Brasil 2013). Nesse contexto, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Desde então, o sistema avalia estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de FR e proteção para DCNT em todas as capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal.

OBJETIVO

Com o intuito de aperfeiçoar as ações de vigilância para o controle das doenças crônicas não transmissíveis no estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde expandiu o sistema Vigitel para todo o estado de São Paulo em 2012 e 2013.

METODOLOGIA

As entrevistas telefônicas realizadas pelo Vigitel-SP foram feitas entre os meses de julho de 2012 e fevereiro de 2013. O questionário do nos moldes do utilizado no sistema nacional foi construído de modo a viabilizar a opção do sistema pela realização de entrevistas telefônicas feitas com o emprego de computadores, ou seja, entrevistas cujas perguntas são lidas diretamente na tela de um monitor de vídeo e cujas respostas são registradas direta e imediatamente em meio eletrônico. Este questionário permite, ainda, o sorteio automático do membro do domicílio que será entrevistado, o salto automático de questões não aplicáveis em face de respostas anteriores, a crítica imediata de respostas não válidas e a cronometragem da duração da entrevista, além de propiciar a alimentação direta e contínua no banco de dados do sistema.

As perguntas do questionário abordam: as características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade e número de pessoas no domicílio, número de adultos e número de linhas telefônicas); características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de DCNT (por exemplo: frequência do consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fonte de gordura saturada e frequência e duração da prática de exercícios físicos e do hábito de assistir televisão); peso e altura referidos; frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; autoavaliação

do estado de saúde do entrevistado, referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes; realização de exames para detecção precoce de câncer em mulheres; posse de plano de saúde ou convênio médico e questões relacionadas a situações de trânsito.

Os procedimentos de amostragem empregados pelo Vigitel-SP permitem obter, para o estado de São Paulo e para três agrupamentos de municípios do Estado – município da Capital, outros municípios da Região Metropolitana de São Paulo e conjunto dos demais municípios do estado – amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por ao menos uma linha telefônica fixa. A primeira etapa da amostragem consistiu no sorteio de 5.000 linhas telefônicas por agrupamento de municípios. Este sorteio, sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP), foi realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas da principal empresa de telefonia fixa que serve o estado de São Paulo. A seguir, as linhas sorteadas para cada um dos três agrupamentos de municípios foram re-sorteadas e divididas em réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por CEP do cadastro original. A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da dificuldade em estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas). A segunda etapa consistiu no sorteio de um dos adultos residentes no domicílio correspondente à linha sorteada. Essa etapa é executada após a identificação, dentre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema. Não são elegíveis para o sistema as linhas que correspondem a empresas, não mais existem ou se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados.

RESULTADO

Entre julho de 2012 e fevereiro de 2013, foram feitas ligações para 12.400 linhas telefônicas distribuídas em 61 réplicas, identificando 8.326 linhas elegíveis. Ao final, foram completadas 5.780 entrevistas. O Quadro 1 sumariza o desempenho do sistema Vigitel-SP no Estado de São Paulo e em cada um dos agrupamentos de municípios estudados.

Quadro 1 – Linhas telefônicas sorteadas, linhas telefônicas elegíveis e entrevistas realizadas segundo agrupamentos de municípios do Estado de São Paulo. Vigitel-SP, 2012/2013.

| Municípios do Estado de São Paulo | Número de linhas telefônicas | | Número de entrevistas Realizadas | | |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------|----------------------------------|--------------|--------------|
| | Sorteadas | Elegíveis | Total | Homens | Mulheres |
| Município da Capital | 4.400 | 2.794 | 1.737 | 679 | 1.058 |
| Outros municípios da RMSPP* | 4.000 | 2.771 | 2.026 | 766 | 1.260 |
| Demais municípios do Estado | 4.000 | 2.761 | 2.017 | 843 | 1.174 |
| Total | 12.400 | 8.326 | 5.780 | 2.288 | 3.492 |

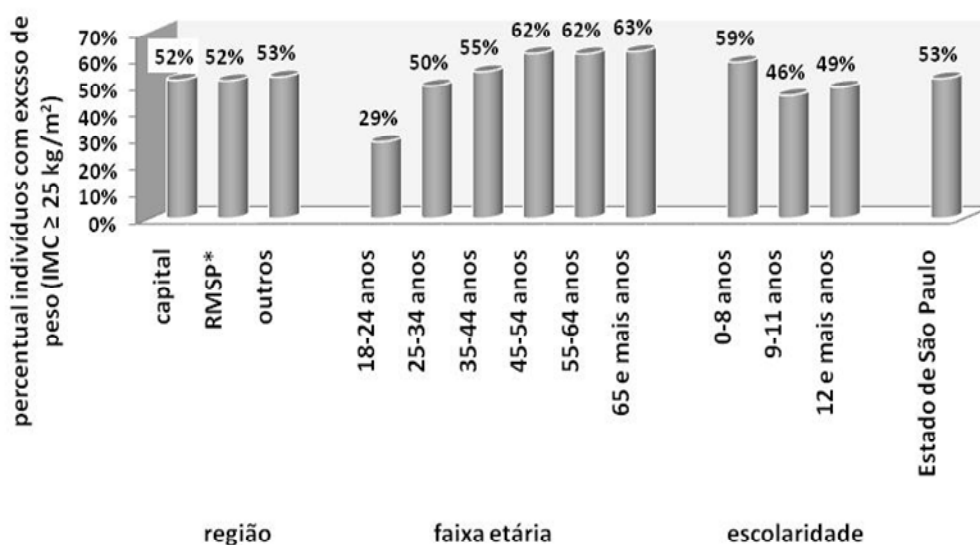
* Região Metropolitana de São Paulo.

O total de ligações telefônicas feitas pelo Vigitel-SP em 2012/2013 foi de 98.262, o que corresponde a cerca de 17 ligações por entrevista completa. O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 10 minutos, variando entre 4 e 47 minutos.

Excesso de peso e obesidade

O percentual de adultos com excesso de peso foi de 52,6%, sendo entre homens 54,9% e entre mulheres 50,4%. No interior/baixada, a frequência foi de 53,2%, e na grande São Paulo 51,8%.

A frequência dessa condição tendeu a aumentar com a idade, até os 54 anos entre os homens e entre as mulheres até 65 anos ou mais de idade. (Figura 1).

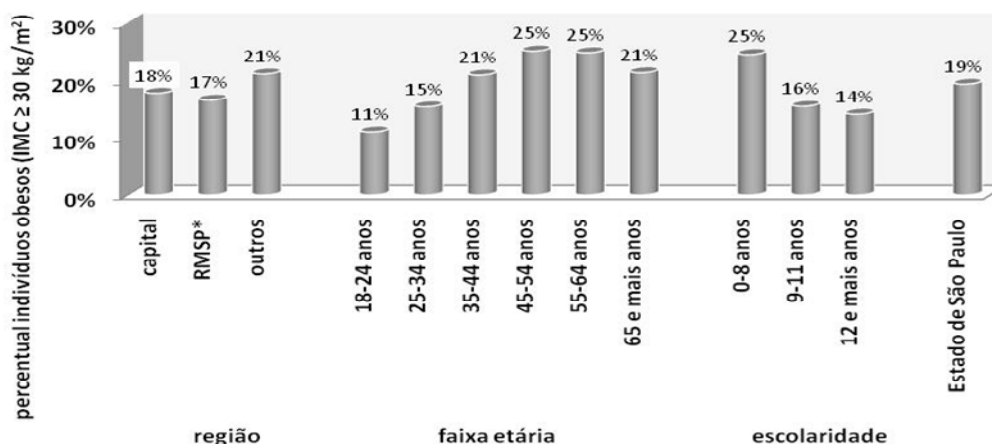


* Região Metropolitana de São Paulo

Fonte: VIGITEL-SP 2010-2013

Figura 1 – Percentual de indivíduos com excesso de peso (IMC = 25 kg/m²) no conjunto da população adulta do Estado de São Paulo, por sexo, segundo região de residência, idade e anos de escolaridade.

O percentual de obesos foi 19,4%, sendo que, entre o sexo masculino, a frequência de obesidade mais que duplicou entre a faixa de 18 a 24 anos de idade e a faixa de 45 a 54 anos de idade, declinando após os 65 anos. Entre as mulheres, a frequência da obesidade tendeu a aumentar com a idade até os 54 anos de idade. A frequência de obesidade tendeu a diminuir com o aumento do nível de escolaridade (Figura 2).



* Região Metropolitana de São Paulo

Fonte: VIGITEL-SP 2010-2013

Figura 2. Percentual de indivíduos com obesidade (IMC = 30 kg/m²) no conjunto da população adulta do Estado de São Paulo, por sexo, segundo região de residência, idade e anos de escolaridade.

Atividade física

O percentual de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física é de 31,3%, sendo maior entre os homens (37,8%) do que entre as mulheres (25,2%), e maior entre os moradores do interior/baixada (33,8%). O percentual tendeu a diminuir com a idade em ambos os sexos e aumentou conforme o nível de escolaridade entre as mulheres.

O percentual de adultos que costumava assistir televisão por três ou mais horas por dia foi de 26,5%, sendo levemente superior entre homens (27,7%) do que entre mulheres (25,5%).

Tabagismo

O percentual de fumantes foi de 13,5%, sendo maior no sexo masculino (17,1%) do que no feminino (10,3%). Foi observado para os dois sexos, que a frequência de fumantes tendeu a ser maior nas faixas de idade entre 35 e 65 anos de idade e, particularmente alta entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (20,5% e 12,5%, respectivamente). Já a frequência de ex-fumantes foi de 21,0%, sendo maior no sexo masculino (25,7%) do que no sexo feminino (16,7%). Entre homens, a frequência de indivíduos que declararam ter abandonado o hábito de fumar tendeu a aumentar com a idade e entre as mulheres aumentou de 6,5%, entre 18 e 24 anos, para 26,6% entre 55 e 64 anos, reduzindo-se na faixa etária de 65 anos ou mais (20,0%). Tal como no caso da frequência de fumantes atuais, a frequência de ex-fumantes tendeu a ser maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade.

O percentual de fumantes passivos no domicílio foi de 9,8%, sendo maior entre mulheres (10,8%) do que entre homens (8,7%) e o percentual de fumantes passivos no local de trabalho foi de 10,3%, sendo duas vezes maior entre homens (14,0%) do que entre mulheres (6,9%).

Consumo alimentar

O percentual de adultos que costumava consumir frutas e hortaliças regularmente (consumo em cinco ou mais dias da semana) foi de 32,3%, sendo menor em homens (24,3%) do que em mulheres (39,6%) Em ambos os sexos, o consumo regular de frutas e hortaliças tendeu a aumentar com a idade e com o nível de escolaridade dos indivíduos.

Apenas 22% consumia frutas e hortaliças diariamente (consumo diário de cinco ou mais porções), sendo menor entre os homens (15,5%) do que entre as mulheres (28,1%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo recomendado de frutas e hortaliças tendeu a crescer com a faixa etária e com o nível de escolaridade.

Quanto ao percentual de indivíduos que costumam consumir *carnes com excesso de gordura*, 37,9% dos entrevistados declararam ter tal hábito, sendo quase duas vezes mais frequente entre homens (49,5%) do que entre as mulheres (27,2%). Em ambos os sexos, tendeu a diminuir com o aumento da faixa etária e, entre os homens, com o aumento do nível de escolaridade.

Quanto ao costume de consumir leite com teor integral de gordura, 58,5% referiu tal hábito, sendo maior entre homens (61,3%) do que entre mulheres (55,9%), O percentual de adultos que consomem refrigerante regularmente foi de 31,5%, sendo maior entre homens (36,2%) do que entre mulheres (27,3%). Em ambos os sexos, o consumo regular de refrigerantes tendeu a diminuir com a idade.

O consumo de feijão regularmente foi de 73,5%, sendo maior entre homens (81,0%) do que entre mulheres (66,6%); maior na grande São Paulo (76,5%) e menor na Capital (71,3%), tendendo a diminuir com o aumento do nível de escolaridade.

Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

O percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva (ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) foi de 15,0%, sendo quase quatro vezes maior em homens (24,2%) do que em mulheres (6,5%).

CONCLUSÃO

Várias estratégias vêm sendo desenvolvidas no Brasil nos últimos anos visando à organização de sistemas de vigilância para DCNT, a fim de subsidiar ações nos níveis federal, estadual e municipal para modificar o panorama de morbi-mortalidade atual.

A implantação da vigilância de fatores de risco e de proteção para DCNT, no estado de São Paulo, como subsídio à definição das ações de promoção da saúde e de controle de doenças, contribuirá para que a tomada de decisão dos gestores seja cada vez mais, baseada em evidências.

Esta pesquisa foi executada pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – NUPENS/USP para a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com apoio da Organização Panamericana de Saúde – OPAS (Carta-Acordo OPAS/CEAP nº BR/LOA/1200051.001 e Carta-Acordo OPAS/FUSP nº BR/LOA/1200065.001), sob a coordenação do Prof. Dr. Carlos Augusto Monteiro – NUPENS/USP e Rafael Moreira Claro – NUPENS/USP, UFMG. Colaboradores: Ana Paula Bortoletto Martins – NUPENS/USP, Daniela Silva Canella– NUPENS/USP, Maria Laura da Costa Louzada - NUPENS/USP, Regina Tomie Ivata Bernal – NUPENS/USP, Regina Rodrigues – NUPENS/USP, Juliano Ribeiro Moreira – Expertise Inteligência e Pesquisa de Mercado Ltda; José Nilson dos Santos Júnior– Expertise Inteligência e Pesquisa de Mercado Ltda; Renan KendyMancio– NUPENS/USP. A coleta de dados ficou a cargo da Expertise Inteligência e Pesquisa de Mercado Ltda.

Correspondência: Marco Antonio de Moraes. Av. Dr Arnaldo, 351 sala 609. CEP: 01249-000 – São Paulo/SP – Fone (11) 3066-8295. dvdcnt@saude.sp.gov.br

REFERENCIAS

1. Brasil. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. *Lancet* 2011; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
3. WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2010.
4. WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva: WHO, 2011.

INFORME TÉCNICO

VACINA HEPATITE A

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os anos ocorrem cerca de 1,4 milhões de casos de hepatite A em todo o mundo, sendo identificados casos esporadicamente e epidemias, com uma tendência para as recorrências cíclicas. A hepatite A apresenta alta prevalência nos países com precárias condições sanitárias e socioeconômicas.

Embora a hepatite A seja uma doença auto-limitante do fígado, o vírus em si não é citopático, mas as manifestações clínicas da doença podem ser graves, conduzindo a uma estimativa de 34.000 mortes em todo mundo em 2005. A gravidade da doença é fortemente dependente da idade. Entre as crianças menores de cinco anos de idade no momento da infecção, 80-95% das infecções VHA permanecem assintomáticos enquanto que nos adultos, 70-95% das infecções resulta em doença clínica.

Para o Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que ocorram 130 casos novos/ano por 100 mil habitantes e que mais de 90% da população maior de 20 anos tenha tido exposição ao vírus e o país é considerado área de risco para a doença.

A hepatite A é doença habitualmente benigna na infância e de incidência frequente e precoce nas populações de baixa renda que vivem em más condições de saneamento básico. Entretanto, em regiões que apresentam melhores condições de saneamento, estudos têm demonstrado que a incidência se desloca para faixas etárias mais altas (adolescentes, adultos e idosos), nos quais a infecção é frequentemente sintomática e eventualmente grave.

A principal via de contágio é a fecal-oral, por contato interhumano ou por meio de água e alimentos contaminados. Contribui para a transmissão a estabilidade do vírus no meio ambiente e a grande quantidade de vírus presente nas fezes dos indivíduos infectados. A disseminação está relacionada com a infra-estrutura de saneamento básico e a aspectos ligados às condições de higiene praticadas.

Não há nenhum tratamento específico para a hepatite A. A recuperação dos sintomas após a infecção pode ser lenta e demorar várias semanas ou meses. A terapia visa à manutenção de conforto e equilíbrio nutricional adequado, incluindo a reposição de fluidos que são perdidos com vômitos e diarreia, portanto, a prevenção é a medida mais importante para seu controle, como a vacinação.

As vacinas hepatite A tem sido disponibilizadas comercialmente desde a década de 1990 e há dois tipos, inativada e viva atenuada. A primeira vacina hepatite A inativada foi produzida a partir de um vírus hepatite A propagado em cultura de células, em seguida purificada e inativada por exposição à formalina.

As vacinas hepatite A inativadas provaram estar entre as mais imunogênicas, seguras e bem toleradas. Todas são semelhantes em termos de proteger as pessoas contra o vírus e seus efeitos colaterais. Aproximadamente 100% das pessoas desenvolvem níveis protetores de anticorpos contra o vírus no prazo de um mês após uma única dose da vacina.

Em relação aos resultados do estudo de custo-efetividade para a vacina hepatite A, os mesmos mostraram que um programa nacional de vacinação universal contra hepatite A na infância teria importante impacto na epidemiologia da doença, podendo levar a redução de 64% no número de casos ictericos de hepatite A aguda, redução de 59% no número de mortes e diminuição de 62% dos anos de vida perdidos em decorrência da doença.

O esquema de duas doses de hepatite A inativada é utilizada em muitos países, outros consideram a introdução de uma dose da vacina em seus programas de imunização, como a Argentina e Brasil. O Ministério da Saúde introduziu no calendário nacional de vacinação esta vacina para crianças a partir de 12 meses até menores de dois anos (um ano, 11 meses e 29 dias), disponibilizada a partir de julho de 2014.


A meta de cobertura vacinal é de 95%.

2. Vacina hepatite A.

A vacina hepatite A purificada é uma vacina injetável, de vírus inteiro, inativado, altamente purificado, que ajuda a prevenir a infecção do fígado causada pelo vírus da hepatite A.

2.1. Apresentação e composição.

É apresentada em cartuchos com 1 ou 10 frascos-ampolas contendo em cada frasco-ampola uma dose de 25 U/0,5 mL para uso em crianças.

| LABORATÓRIO PRODUTOR | APRESENTAÇÃO | COMPOSIÇÃO | IMUNOBIOLOGICO/ ILUSTRAÇÃO |
|--------------------------------|--|---|---|
| MERCK SHARP & DOHME | VAQTA - Frasco-ampola (Merck Sharp & Dohme) Suspensão injetável - frasco ampola - monodose de 0,5 mL /cada dose | Cada dose de 0,5 mL contém aproximadamente 25 U do antígeno do vírus da hepatite A, 0,225 mg de alumínio na forma de sulfato de hidroxifosfato de alumínio amorfo e 35 mcg de borato de sódio como estabilizador de pH, em cloreto de sódio a 0,9%. |  |

2.3. Esquema, dose e via de administração.

Serão vacinadas as crianças com 12 meses até menores de dois anos (um ano, 11 meses e 29 dias), nascidas a partir de 1 de julho de 2012.

Uma dose corresponde a 0,5 mL, por via intramuscular, no músculo vasto-lateral da coxa.

2.4. Conservação e Validade.

A vacina deverá ser conservada sob refrigeração, à temperatura de +2°C a +8°C. Não deve ser congelada. O prazo de validade indicado pelo fabricante na embalagem deve ser rigorosamente respeitado.

2.5. Estudos de Eficácia.

A vacina tem demonstrado elevada proteção após uma dose em crianças. Cada criança recebeu uma dose intramuscular da vacina (aproximadamente 25 U) ou placebo. Entre os indivíduos inicialmente soronegativos, obteve-se soroconversão em >99% dos receptores da vacina em 4 semanas após a vacinação. O início da soroconversão após uma dose foi verificado ocorrendo paralelamente ao início da proteção contra a doença clínica da hepatite A.

A situação epidemiológica da hepatite A será acompanhada, e havendo necessidade, uma segunda dose desta vacina, será aplicada.

2.6. Uso simultâneo com outras vacinas.

A vacina pode ser administrada simultaneamente com qualquer vacina do calendário básico.

2.7. Contraindicações.

Reação anafilática a qualquer componente da vacina.

2.8. Precauções.

Doença febril aguda grave, sobretudo para que os seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos das vacinas, recomenda-se o adiamento da vacinação. As crianças com resfriado poderão ser vacinadas.

2.9. Eventos adversos pós-vacinação.

A vacina hepatite A é bem tolerada. Os eventos adversos incluem:

- Algumas crianças poderão apresentar no local da injeção, dor vermelhidão e inchaço.
- Algumas crianças poderão manifestações sistêmicas, nas primeiras 48 horas, como fraqueza, cansaço, febre, náusea, dor abdominal, diarreia, vômito.

A exemplo do que já é orientado para as outras vacinas, na ocorrência das seguintes situações abaixo, com o objetivo de afastar qualquer associação com a vacina, a notificação também deverá ser realizada em 24 horas :

- hospitalização por 24 horas;
- disfunção ou incapacidade significativa e/ou persistente (sequela);
- evento que resulte em anomalia congênita;
- risco de morte;
- óbito.

SP /20/8/2014 – Documento elaborado pela Divisão de Imunização/CVE/SES-SP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Alirol E](#), [Getaz L](#), [Stoll B](#), [Chappuis F](#), [Loutan L](#). Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. [Lancet Infect Dis](#). 2011 Feb;11(2):131-41. doi: 10.1016/S1473-3099(10)70223-1
2. Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis A Vaccine. What you need to know. Vaccine Information Statement (Interim). 10/25/2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vaccines>. Acessado em 16/09/2013.
3. Ellis A, Rüttimann RW, Jacobs RJ, Meyerhoff AS, Innis BL. Cost-effectiveness of childhood hepatitis A vaccination in Argentina: a second dose is warranted. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(6):345-56.
4. [Erguven M](#), [Kaya B](#), [Hamzah OY](#), [Tufan F](#). Evaluation of immune response to hepatitis A vaccination and vaccine safety in juvenile idiopathic arthritis. [J Chin Med Assoc](#). 2011 May;74(5):205-8. doi: 10.1016/j.jcma.2011.03.004. Epub 2011 Apr 8.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of hepatitis A virus infection in travellers returning from Egypt. Multi-country increase of hepatitis A vírus. RAPID RISK ASSESSMENT. 30 April 2013.
6. [Faridi MM](#), [Shah N](#), [Ghosh TK](#), [Sankaranarayanan VS](#), [Arankalle V](#), [Aggarwal A](#), [Sathiyasekaran M](#), [Bhattacharya N](#), [Vasanthi T](#), [Chatterjee S](#), [Choudhury J](#), [Mitra M](#). Immunogenicity and safety of live attenuated hepatitis A vaccine: a multicentric study. [Indian Pediatr](#). 2009 Jan;46(1):29-34.
7. Irving GJ, Yang R, Holden J, Pope D. Hepatitis A immunisation in persons not previously exposed to hepatitis A. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(3), <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD0090>. Art. No. CD009051.
8. [Karali Z](#), [Basaranoglu ST](#), [Karali Y](#), [Oral B](#), [Kilic SS](#). Autoimmunity and hepatitis A vaccine in children. [J Investiq Allergol Clin Immunol](#). 2011;21(5):389-93.
9. Liu JP, Nikolova D, Fei Y. Immunoglobulins for preventing hepatitis A. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD004181. DOI: 10.1002/14651858.CD004181.pub2.
10. Malla. I. El control de la hepatitis A por vacunación en la Argentina. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2012; 72: 350-352.
11. Markus JR, Cruz CR, Maluf EM, Tahan TT, Hoffmann MM. Seroprevalence of hepatitis A in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(5):419-24.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Vacina de Hepatite A. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 22. Agosto de 2012.
13. National Centre for Immunisation Research and Surveillance (NCIRS). Vaccine components. NCIRS Fact sheet: May 2013 (Content last updated February 2008).
14. Ott JJ, Irving G, Wiersma ST. Long-term protective effects of hepatitis A vaccines. A systematic review. *Vaccine* 31; 3-11, 2012.
15. Özkinay F. Kurugöl Z. Koturoğlu G. Özacar T. Altuğlu I. Vardar F. Gündüz C. Özkinay C. The epidemiology of hepatitis a infection in the population of Bornova, Izmir, Turkey. *Research Paper / Araştırma Makalesi. Ege Tıp Dergisi* 46(1) : 1-6, 2007

16. Purcell R, Emerson S. Natural history and experimental models. In: Thomas H, Lemon S, Zuckerman A, editors. *Viral Hepatitis*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2005.
17. Quezada A, Baron-Papillon F, Coudeville L, Maggi L. Universal vaccination of children against hepatitis A in Chile: a cost-effectiveness study. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(5):303-12.
18. Rein D. Modeling the global burden of hepatitis A virus infections in 1990 and 2005. Poster presentation at the Liver Meeting, 2011 <http://liverlearning.aasld.org/aasld/2011/thelivermeeting/14085/doctor.david.rein.modeling.the.global.burden.of.hepatitis.a.virus.infections.html>.
19. The Children's Hospital of Philadelphia. Hepatitis A: What you should know. Q&A. Volume 2, Summer 2012. vaccine.chop.edu.
20. [Valenzuela MT](#), [Jacobs RJ](#), [Arteaga O](#), [Navarrete MS](#), [Meyerhoff AS](#), [Innis BL](#). Cost-effectiveness of universal childhood hepatitis A vaccination in Chile. *Vaccine*. 2005 Jul 14;23(32):4110-9. Epub 2005 Apr 12.
21. Victor JC, Monto AS, Surdina TY, Suleimenova SZ, Vaughan G, Nainan OV, Favorov MO, Margolis HS, Bell BP. (University of Michigan, Ann Arbor, USA; Kazakhstan Ministry of Health, Almaty, Kazakhstan; Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA.) Hepatitis A vaccine versus immune globulin for postexposure prophylaxis. *N Engl J Med* 2007;357:1685-94.
22. Vitral. C.L. et al. Declining prevalence of hepatitis A virus antibodies among children from low socioeconomic groups reinforces the need for the implementation of hepatitis A vaccination in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro*, Vol. 107(5), August 2012.
23. Werzberger A, Mensch B, Kuter B, Brown L, Lewis J, Sitrin R, et al. A controlled trial of a formalin-inactivated hepatitis A vaccine in healthy children. *New England Journal of Medicine* 1992;327:453-7.
24. WHO. Hepatitis A vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record* 2000;75:38-44.
25. Who. Hepatitis A. Media centre. Fact sheet N°328. Updated July 2013.
26. Who. Position Paper. Hepatitis A vaccines – July 2012. *Who. Weekly epidemiological Record*. Evidence and recommendations on use of hepatitis A vaccine. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, November 2011 – conclusions and recommendations. 6 January 2012, 87th year. No. 1, 2012, 87, 1-16. <http://www.who.int/wer>.
27. Who. SAGE Hepatitis A Working Group Report. Evidence for the use of single dose inactivated hepatitis A vaccine schedules: Background paper for SAGE decision. Addendum to SAGE Hepatitis A Working Group report to SAGE November 2011. 12 March 2012.
28. Yurdakök K, bakir M, ince T, Yalçın S, Özmert E, et al. (2012) Immunogenicity and Safety of an Inactivated Hepatitis A Vaccine Given with Measles-Mumps-Rubella Vaccine to 12-13 Month Old Turkish Children. *J Vaccines Vaccin* 3:146. doi:10.4172/2157-7560.1000146.

NOTA TÉCNICA

EBOLA – SITUAÇÃO NA AFRICA E CONDUTAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A doença do vírus Ebola (EVD) é uma doença viral aguda, que costumava ser conhecida como febre hemorrágica Ebola.

O vírus Ebola surgiu em 1976, em surtos simultâneos em Nzara, no Sudão, e em Yambuku, na República Democrática do Congo, em uma região situada próximo do Rio Ebola, que dá nome à doença.

O Ebola é causado por um vírus do gênero Ebolavirus sendo identificados até o momento cinco subespécies, sendo: Zaire, Sudão, Taï Forest, Bundibugyo e o Reston (casos registrados apenas em primatas não humanos). Destas espécies o Zaire apresenta maior agressividade sendo sua taxa de letalidade em torno de 90%.

Clinicamente a doença é caracterizada como uma febre hemorrágica, cuja letalidade pode variar de 60% até 90%. Por isso, os surtos produzidos pelo vírus Ebola são graves, ainda que, geralmente, autolimitados.

Epidemiologia da doença

A origem do vírus ainda não está totalmente clara, alguns pesquisadores tendem a supor que os morcegos possam abrigar o vírus em seu trato intestinal sendo provavelmente o reservatório. O homem por sua vez se infecta ao manipular e consumir um animal infectado pelo vírus.

Reservatório: É o morcego da família Pteropodi que tem como hábitos alimentares frutas e néctar. São conhecidos pelo nome genérico de morcego-da-fruta sendo nativos das regiões tropicais da Ásia, África e Oceania. Quanto ao hospedeiro temos relatados primatas não humanos, humanos e também suínos.

Período de Incubação da Doença (PI): A média é de 5 a 7 dias, podendo variar de 2 a 21 dias.

Período de Transmissibilidade: A transmissão inicia-se no período dos sintomas sendo classificado como baixo, na fase inicial da doença e ocorrendo um aumento na fase final da doença. Segundo o Centers Disease Control (CDC), não ocorre a transmissão no PI, além de não existir evidencias de transmissão por assintomáticos.

Modo de Transmissão

- Do animal para o homem: Por meio do contato com sangue, órgãos ou fluidos corporais de animais infectados.
- Do homem para o homem: A transmissão de uma pessoa para outra também exige o contato direto com sangue, fluidos corporais, tecidos ou órgãos de pessoas infectadas ou contato com objetos contaminados, como agulhas de injeção e lençóis utilizados pelos doentes. É importante lembrar que também pode ocorrer a transmissão post-mortem.

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

O CDC relata que não ainda não existe transmissão sem o contato direto, ou por meio de vetores, assim como ainda não há relatos de transmissão por aerossóis.

Sinais e Sintomas: Uma vez que a doença é detectada, sua evolução é rápida. Inicialmente o quadro pode ser semelhante aos da gripe incluindo febre abrupta, fraqueza, mialgia, tosse, conjuntivite, vômitos, diarreia. Com a evolução aparecem sintomas como fotofobia, sonolência e delírios. No final aparecem fenômenos hemorrágicos, primeiramente como melena e hematêmese, seguidos pela coagulação intravascular disseminada (CIVD) e consequentemente hemorragia de mucosas e pele. Seguem-se lesões hepáticas e o paciente entra em choque evoluindo para o óbito em até 10 dias.

Prognóstico: Em média a taxa de letalidade varia em torno de 50 a 90% (essa variação depende da subespécie envolvida). Porém, os pacientes que não apresentam manifestações hemorrágicas tendem a evoluir para a cura.

Diagnóstico diferencial: Malária, Febre Tifoide, Shigelose, Cólera, Leptospirose, Peste, Rickettsiose, Febre Recorrente, Meningite, Hepatite e outras febres hemorrágicas.

Tratamento: Terapia de suporte com o equilíbrio de fluidos e eletrólitos do paciente, suporte de oxigênio, controle da pressão arterial e evitar a ocorrência de infecções secundárias.

Situação Atual

A epidemia do Ebola foi declarada no dia 9 de fevereiro de 2014 no sul da Guiné-Conacri sendo que dois meses depois já era considerada uma das piores epidemias da doença segundo informe do vice-diretor geral da Organização Mundial de Saúde.

Os países do continente africano acometidos até o momento estão localizados ao Oeste da África sendo: Guiné, Libéria, Serra Leoa e recentemente a Nigéria onde um caso de viajante originário da Libéria foi recentemente diagnosticado.

CASOS DE DOENÇA POR VÍRUS EBOLA - CONFIRMADOS, PROVÁVEIS E SUSPEITOS.

| País | Novos | Confirmados | Prováveis | Suspeitos | Total* |
|-------------------|-------|-------------|-----------|-----------|--------|
| Guiné | | | | | |
| Casos | 36 | 423 | 140 | 16 | 579 |
| Óbitos | 2 | 254 | 140 | 2 | 396 |
| Libéria | | | | | |
| Casos | 126 | 242 | 502 | 228 | 972 |
| Óbitos | 95 | 212 | 239 | 125 | 576 |
| Nigéria | | | | | |
| Casos | 0 | 12 | 0 | 3 | 15 |
| Óbitos | 0 | 4 | 0 | 0 | 3 |
| Serra Leoa | | | | | |
| Casos | 59 | 783 | 52 | 72 | 907 |
| Óbitos | 9 | 335 | 34 | 5 | 374 |
| Total | | | | | |
| Casos | 221 | 1.460 | 694 | 319 | 2.473 |
| Óbitos | 106 | 805 | 413 | 132 | 1.350 |

*Total referente a soma dos confirmados, prováveis e suspeitos
Casos notificados até 17 e 18 de agosto de 2014.

Mapa da distribuição dos casos de Ebola.



Atualização: 21 de agosto 2014, CDC

Condutas a serem adotadas pelos profissionais da saúde

Notificar, imediatamente, a vigilância epidemiológica municipal ou o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do estado de São Paulo de acordo com a Portaria N° 1.271, de 6/junho de 2014, os casos de viajantes que chegam ao Brasil, proveniente de áreas de circulação do Ebola e que apresentem os seguintes sintomas conforme definição de caso a seguir.

O PLANTÃO de Vigilância Epidemiológica do CVE funciona 24 horas de segunda à segunda.

Tel: 0800-555-466, 3066-8750
E-mail: notifica@saude.sp.gov.br

Atenção: O diagnóstico de malária deve ser afastado, pois é causa comum de doença febril em pessoas com uma história de viagem aos países afetados.

Definição de caso

Suspeito: Indivíduo com febre que nos últimos 21 dias:

- seja procedente e/ou residente de países com transmissão de Ebola (Guiné, Libéria e Serra Leoa) e/ou
- tenha tido contato com sangue ou outros fluidos corporais de um paciente suspeito e/ou confirmado de Doença do Vírus Ebola podendo estar acompanhado de cefaleia, mialgia, vômitos, diarreia, dor abdominal e sinais de hemorragia como: melena, enterorragia, gengivorragia, hemorragias internas, sinais purpúricos e hematúria.

Confirmado: Caso suspeito que com resultado laboratorial (emitido por laboratório de referência) conclusivo para Ebola.

Transporte de pacientes suspeitos de Ebola

Dentro do estado de São Paulo a remoção será feita pelo Grupo de Resgate e Atendimento às Urgências e Emergências (GRAU) após avaliação da notificação pela Central/CIEVS sendo a mesma a responsável em acionar o efetivo do GRAU.

Hospital de Referencia para atendimento de caso suspeito

Ficou definido que o Instituto de Infectologia Emilio Ribas (IIER) será o hospital de referencia para o estado.

Laboratório de Referencia

Fica definido pelo Ministério da Saúde que a investigação laboratorial será realizada no CDC/Atlanta sendo o Instituto Evandro Chagas (IEC) o responsável pelo envio da amostra. O material (sangue ou tecidos) deve ser transportado em temperatura ambiente em caixas triplas destinadas a substâncias infecciosas Categoria A UN/2814 ao laboratório de referência.

O Transporte será realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

ATENÇÃO:

Laboratórios públicos (federal, estadual ou municipal – incluindo universidades públicas) ou privados não devem realizar técnicas de isolamento viral, visto que o manuseio do vírus necessita de ambiente laboratorial nível NB4.

Tipos de Exposição de Risco segundo o CDC

Segundo o CDC a exposição de risco se divide em baixa e alta, sendo:

Exposição de baixo risco

- Pessoas que permaneceram em unidade de saúde onde havia pacientes com Ebola, sendo:
 - Trabalhadores da saúde que utilizaram EPI adequado;
 - Funcionários não envolvidos na assistência direta ao paciente;
 - Outros pacientes do hospital que não tiveram Ebola e seus familiares;
 - Membros da família de um paciente com Ebola sem exposições de alto risco.
- Pessoas que tiveram contato direto com morcegos ou primatas de países afetados também, são consideradas como exposição de baixo risco.

Exposição de alto risco:

- Exposição percutânea ou membrana mucosa ou contato direto da pele com fluidos corporais de um caso suspeito ou confirmado de Ebola, sem uso de EPI
- Processamento laboratorial de fluidos corporais de casos suspeitos ou confirmados de Ebola sem EPI adequado ou nível de biossegurança, precaução padrão, ou

- Participação em rituais funerários ou outros com exposição direta aos restos humanos na área geográfica onde o surto está ocorrendo sem EPI adequado.

Pessoas assintomáticas com exposições de alto ou baixo risco

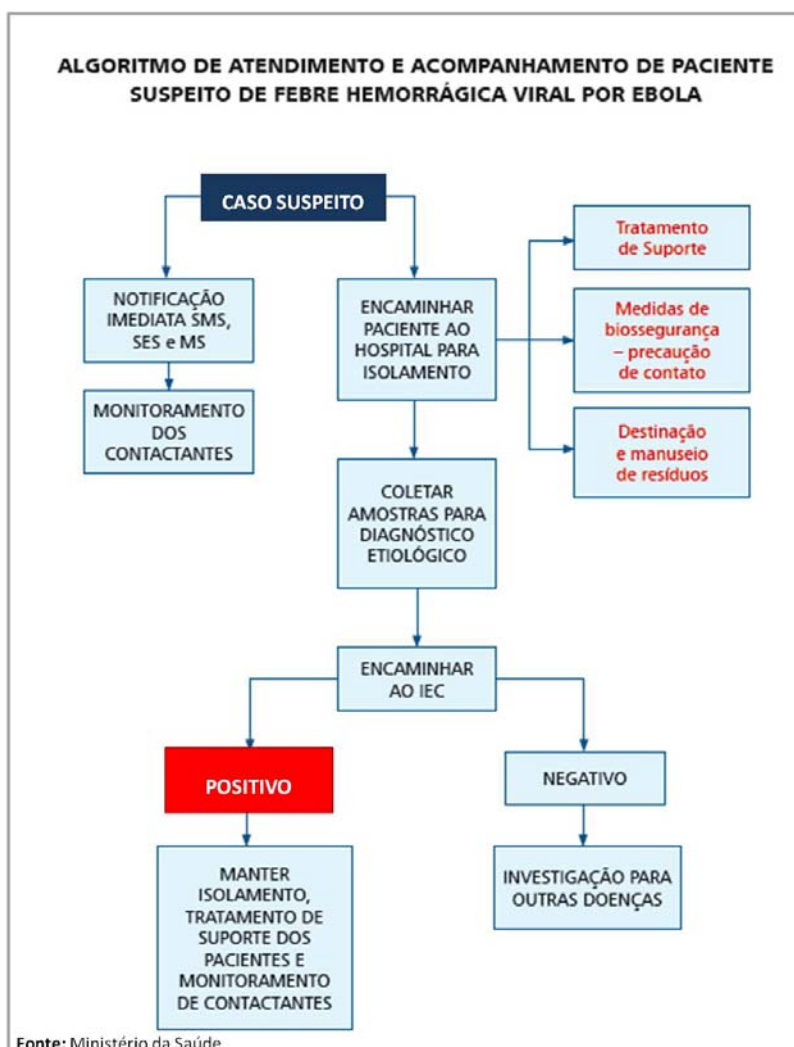
Devem ser monitoradas diariamente para febre e outros sintomas durante 21 dias a partir da última exposição conhecida, sendo avaliada clinicamente, na primeira indicação de doença.

Pessoas sem exposição conhecida

Mas que tenha febre com outros sintomas e exames de sangue anormais ou desconhecidos, no prazo de 21 dias após visitar países afetados, devem ser considerados para o teste se nenhum outro diagnóstico for encontrado.

Anexo

Algoritmo de Atendimento e acompanhamento de caso suspeito de Ebola



São Paulo, 21 de agosto de 2014.

Central/CIEVS, Divisão de Infecção Hospitalar e Divisão de Zoonoses

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

Bibliografia Consultada

Secretária de Vigilância de Saúde. PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA E MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA (DVE) Versão 3 . de agosto 2014. Disponível

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/21/PROTOCOLO-DE-VIGILANCIA-EBOLA-21-08.pdf>

Center for Disease Control and Prevation. Infection Prevention and Control Recommendations for Hospitalized Patients with Known or Suspected Ebola Hemorrhagic Fever in U.S. Hospitals. 2014. Disponível em:

<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/infection-prevention-and-control-recommendations.html>

World health Organization. Interim Infection Prevention and Control Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus Haemorrhagic Fever in Health-Care Settings, with Focus on Ebola. August 2014. Disponível em:

<http://www.who.int/csr/resources/who-ipc-guidance-ebolafinal>

DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Tabela 1 - Casos e Surtos confirmados de doenças e agravos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, de 2011/2012*/2013*, janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho de 2014*

| Doenças/Agravos | 2011 | 2012* | 2013* | 2014* | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | Jan | fev | marc | abr | mai | jun |
| CASOS CONFIRMADOS | | | | | | | | | |
| Botulismo | 0 | 5 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Caxumba [Parotidite Epidêmica] | 171 | 215 | 231 | 23 | 10 | 12 | 4 | 2 | 3 |
| Cólera | 1†† | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Conjuntivite§§ | 1.187.356 | 318.394 | 186.464 | 15.648 | 16.450 | 15.185 | 14.658 | 13.003 | 10.596 |
| Coqueluche | 913 | 1.030 | 1.588 | 489 | 298 | 250 | 155 | 133 | 134 |
| Dengue (Casos Autóctones e Importados) | 97.882 | 25.383 | 209.052 | 2.637 | 10.356 | 32.019 | 72.506 | 42.485 | 9.290 |
| Diarreia (Casos monitorados pela MDDA)** | 940.200 | 1.146.212 | 1.041.743 | 123.053 | 122.009 | 109.301 | 108.466 | 76.773 | 70.511 |
| Diarréia (Casos envolvidos em surtos) | 9.524 | 5.675 | 1.367*** | 497 | 1.346 | 827 | 201 | 76 | 88 |
| Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas | 17 | 40 | 38*** | 3*** | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 |
| Esquistossomose (Casos Autóctones) | 84 | 85 | 52 | 3 | 4 | 2 | 4 | 8 | 2 |
| Esquistossomose (Total de Casos) | 1.080 | 1.094 | 690 | 53 | 34 | 18 | 42 | 46 | 39 |
| Febre Maculosa / Rickettsioses | 80 | 82 | 55 | 1 | 0 | 6 | 5 | 8 | 5 |
| Febre Tifoide | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hantavirose | 21 | 12 | 15 | 3 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| Hepatite A (Casos esporádicos) | 204 | 175 | 231 | 11*** | 13*** | 10*** | 16*** | 12*** | 15*** |
| Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos) | 61 | 70 | 40 | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 6 |
| Hepatites B | 3.946 | 4.100 | 3.547*** | 261 | 250 | 209 | 256 | 267 | 199 |
| Hepatites C | 6.399 | 6.429 | 5.573*** | 399 | 383 | 272 | 300 | 329 | 278 |
| Hepatite B + C (co-morbidade) | 141 | 135 | 130*** | 7 | 12 | 4 | 9 | 9 | 5 |
| SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)† | 26 | 371 | 1.994 | 10 | 3 | 3 | 9 | 14 | 17 |
| Leishmaniose Tegumentar Americana | 266 | 314 | 304 | 30 | 27 | 30 | 18 | 16 | 28 |
| Leishmaniose Visceral | 228 | 247 | 204 | 16 | 19 | 14 | 15 | 13 | 10 |
| Leptospirose | 970 | 787 | 906 | 102 | 93 | 108 | 97 | 47 | 35 |
| Doença Meningocócica | 1.363 | 1.168 | 964 | 48 | 34 | 54 | 68 | 48 | 54 |
| Outras Meningites Bacterianas | 1.724 | 1.638 | 1.455 | 87 | 90 | 138 | 114 | 145 | 130 |
| Meningites Virais | 4.230 | 5.294 | 4.630 | 342 | 343 | 534 | 554 | 368 | 352 |
| Outras Meningites | 833 | 968 | 799 | 75 | 67 | 64 | 61 | 53 | 48 |
| Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos) | 91 | 88 | 74 | 12 | 4 | 7 | 7 | 4 | 5 |
| Poliomielite (poliovírus selvagem) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rotavírus (em < 5 anos)§ | 22 | 23 | 12 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| Rubéola | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sarampo | 27 | 1 | 5 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Síndrome da Rubéola Congênita | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Síndrome Hemolítico-Urêmica | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tétano Acidental | 27 | 21 | 25 | 2 | 0 | 0 | 4 | 1 | 2 |
| Tracoma¶ | 1.760 | 2.202 | 2.481 | 110 | 29 | 45 | 46 | 124 | 173 |
| Varicela | 18.377 | 18.982 | 24.985 | 57 | 36 | 120 | 307 | 383 | 490 |
| Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras | | | | = | = | = | = | = | |
| Violências (excluídas as urbanas) | 31.408 | 44.205* | 37.887 | | | | | | |
| SURTOS CONFIRMADOS | | | | | | | | | |
| Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem | | | | | | | | | |
| Complicações | 40 | 88 | 39 | 4 | 3 | 7 | 8 | 2 | 4 |
| Conjuntivite§§ | 9.041 | 776 | 292 | 12 | 19 | 25 | 14 | 39 | 16 |
| Hepatite A | 15 | 7 | 8 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | |
| Varicela | 2.745 | 3.002 | 3.684 | 27 | 20 | 37 | 63 | 95 | 123 |
| Diarréia | 137 | 138 | 55*** | 35 | 83 | 64 | 35 | 35 | 38 |

Fonte: SINAN Net (com correções)

(*) 2012, 2013* e 2014* - dados provisórios - (**) Fonte: SIVEP_DDA/SVS/DATASUS - (***) atualização nos dados

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

(††) Caso importado - Acum.(casos acumulados)(§) Fonte: Vigilância Sentinela do Rotavírus e SINAN Net (com correções - (§§) Sinan Net surto e sistema de vigilância de conjuntivites (¶) Fonte: Inquérito de Tracoma/SINAN Net (...) = dados não disponíveis, devido às diferentes periodicidades para encerramento dos casos.

NOTÍCIAS

LEISHMANIOSE VISCERAL NO ESTADO DE SÃO PAULO: LEISHMANIOSE É REALIDADE, PREVENÇÃO É NOSSA RESPONSABILIDADE

No Brasil, em 03/04/2012, foi instituída a Lei nº 12.604 com a proposta de intensificação das ações educativas durante a “*Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose*”, a qual deve ser celebrada anualmente na semana que incluir o dia 10 de agosto. Nesse período, pretende-se alcançar os seguintes objetivos: estimular ações educativas e preventivas; promover debates e outros eventos sobre as políticas públicas de vigilância e controle da leishmaniose; apoiar as atividades de prevenção e combate à leishmaniose organizadas e desenvolvidas pela sociedade civil; e difundir os avanços técnico-científicos relacionados à prevenção e ao combate à leishmaniose.

Nesta proposição, em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) promoveu a “*Semana de Prevenção da Leishmaniose Visceral no Estado de São Paulo*”, com o tema “*Conhecendo e Aprendendo sobre LVA*” que visava levar informações sobre a doença para a comunidade e promover discussões sobre o processo de prevenção. Neste ano houve a participação de 178 municípios.

Já no ano de 2013, 213 municípios participaram das atividades educativas propostas com o tema “*Leishmaniose: Mobiliza-Ação para Prevenção*”. Além das atividades direcionadas para a comunidade, foi realizada uma videoconferência para os profissionais de saúde, a qual abordou a situação epidemiológica do Estado de São Paulo, diagnóstico e tratamento da LVA, além das medidas de controle vetorial.

Neste ano de 2014, a “*Semana de Prevenção da Leishmaniose Visceral no Estado de São Paulo*” foi celebrada de 06 a 12/08/2014 e apresentou como tema “*Leishmaniose é realidade, Prevenção é nossa responsabilidade*”. No âmbito Estadual, o Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”, em parceria com o Instituto Adolfo Lutz e Superintendência do Controle de Endemias, promoveu dois eventos científicos direcionados aos profissionais de saúde.

II Fórum de Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo: A experiência faz a diferença



O primeiro evento, “*II Fórum de Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo: A experiência faz a diferença*”, foi realizado em 06/08/2014 no Teatro Universitário da Faculdade de Odontologia de Bauru/Campus USP-Bauru, sendo direcionado para os municípios que apresentam transmissão canina e humana de LV e contou com a participação de 173 profissionais de 81 municípios. Mesa de abertura contou com representantes do Instituto Adolfo Lutz, Superintendência do Controle de Endemias, Instituto Pasteur e GT-Leishmaniose/SVS/MS.

I Simpósio de Leishmaniose Visceral para municípios silenciosos do Estado de São Paulo: Consciência para Prevenção



O segundo evento, “I Simpósio de Leishmaniose Visceral para municípios silenciosos do Estado de São Paulo: Consciência para Prevenção”, ocorreu em 12/08/2014 no Auditório Luiz Mussolino, município de São Paulo, e foi destinado aos municípios sem ocorrência de casos, mas que necessitam estar atentos devido a expansão territorial que a LV tem apresentado no Estado. Neste encontro houve a participação de 167 participantes de 72 municípios.

A Mesa de abertura contou com representantes do Centro de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Controle de Doenças, GT-Leishmaniose/SVS/MS, Superintendência do Controle de Endemias e Instituto Adolfo Lutz.

Ambos os eventos tiveram como objetivo o compartilhamento de experiências desenvolvidas no âmbito municipal, bem como possibilitar atualizações técnico-científicas sobre LV com a participação de órgãos governamentais e meio acadêmico.

No Fórum, os municípios que apresentaram suas experiências foram Bauru, Presidente Venceslau e Votuporanga. Já no Simpósio, contamos com a participação dos municípios de Campinas, Jundiaí e do GVE de São João da Boa Vista que veio trazer sua experiência com o “Projeto Gestão Solidária da Leishmaniose” desenvolvido nos municípios de Espírito Santo do Pinhal e Águas da Prata, mas que contou com a parceria de 20 municípios da região para desencadeamento das ações.

Destacamos as importantes contribuições dos representantes do Grupo Técnico de Leishmaniose da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro e de Belo Horizonte, Instituto Pasteur, Instituto Adolfo Lutz, Núcleo de Assuntos Jurídicos da SES-SP, Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Instituto de Medicina Tropical da USP e Hospital Manoel de Abreu de Bauru.

Vale ressaltar ainda a promoção de ações educativas para a população em alguns municípios do Estado. Como exemplo, tivemos o trabalho desenvolvido por profissionais da equipe de Vigilância em Saúde em parceria com setor de Educação em Saúde do município de Guapiaçu que realizaram grupo de orientação em sala de espera das unidades de saúde e para crianças do fundo social do município. Nos grupos de orientação foram abordados temas como “Posse Responsável” de animais de estimação e “Manejo Ambiental”, condição essa imprescindível para garantir um ambiente favorável ao controle da LV.



Apesar de considerarmos que as ações de vigilância e controle da Leishmaniose Visceral devam ser desenvolvidas continuamente, entendemos que as ações desencadeadas durante a “*Semana de Prevenção da Leishmaniose Visceral no Estado de São Paulo*” possibilitam um momento de reflexão, sensibilização e aprendizagem sobre o agravo em todos os níveis de atenção em saúde e principalmente à população, principal parceiro no combate a doença.

Elaborado por: Divisão de Zoonoses do Centro de Vigilância Epidemiológica, Instituto Adolfo Lutz e Superintendência de Controle de Endemias.
dvzoo@saude.sp.gov.br

EXPEDIENTE

O **e-BECVE** 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).

Editor – Marcos Boulos

Editor Executivo – Cecilia Santos Silva Abdalla

Equipe editorial

Márcia Cristina Fernandes Prado Reina

Cláudia Valencia Montero

Claudio Celso Monteiro Jr.

Daniel Marques

Geraldine Madalosso

Letícia Maria de Campos

Marco Antonio de Moraes

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Norma Helen Medina

Projeto Gráfico

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Editoração e Arte final

Zilda Souza