

Editorial

Esta edição do e-BECVE traz artigo sobre a atual e oportuna discussão das infecções causadas por micobactérias não tuberculosas de crescimento rápido relacionadas à assistência à saúde; abordando tema em relevante discussão em todo o mundo, atualmente, o artigo traz um amplo leque de orientações e informações importantes. Trazemos, também, um artigo relatando a situação da cólera no mundo, no Brasil e em São Paulo. Este tema é de grande importância no momento em que o estado se prepara para receber a Copa do Mundo, prevendo-se grande fluxo de viajantes provenientes de vários países com transmissão da doença. O artigo traz detalhadas informações e orientações destinadas a tornar segura e agradável não somente a estada de nossos visitantes mas também a permitir que nós também possamos desfrutar dessa ocasião com segurança e muita saúde. Publicamos, ainda, uma análise da vigilância dos serviços de diálise no estado de São Paulo.

A exemplo das outras edições, trazemos os dados registrados sobre as doenças sob monitoramento e vigilância.

Boa leitura!

Ana Freitas Ribeiro
Editor

SUMÁRIO

Editorial

Editorial	01
Vigilância de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas de crescimento rápido relacionadas à assistência à saúde (IRAS)	02
Implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica em serviços de diálise do estado de São Paulo 2013	07
Situação da Cólera no Mundo, 2014	11
Doenças as e agravos de notificação	24

VIGILANCIA DE INFECÇÕES CAUSADAS POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS DE CRESCIMENTO RÁPIDO RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)

1. INTRODUÇÃO

A ocorrência de surtos de infecções causadas por micobactérias, relacionadas aos cuidados com a saúde (hospitalares e não hospitalares), tem sido constatada em várias cidades brasileiras desde 1998, ocorridos em hospitais públicos e privados, clínicas de cirurgia plástica, oftalmológicas, de acupuntura, de estética e em unidade de vacinação.

O agente etiológico mais prevalente na maioria das cidades brasileiras é a espécie *Mycobacterium massiliense*, exceto nas infecções secundárias a mamoplastias onde a maior prevalência é de *M. fortuitum*^{1,2}. Diversas outras espécies têm sido identificadas: *M. abscessus*, *M. bolletii*, *M. chelonae*, *M. smegmati*, *M. wolinskyi*. Todas essas espécies são ambientais e são micobactérias de crescimento rápido (MCR).

Nos últimos anos, estudos genotípicos determinaram mudanças na nomenclatura, particularmente no grupo *M. abscessus*/*M. massiliense*/*M. bolletii*, a qual foi substituída por *M. abscessus* subsp. *bolletii*, cuja denominação foi validada. Esta denominação também inclui todos os isolados com o perfil e PRA-hsp65 de como *M. abscessus* II e também aqueles identificados por sequenciamento de *rpoB* como *M. massiliense* ou *M. bolletii*².

Em função da detecção da espécie *M. massiliense* em diferentes cidades brasileiras, foi realizada a análise de sua clonalidade, cujos resultados indicam tratar-se de um clone predominante em todo o Brasil, ou seja, um mesmo clone causou infecções em diferentes estados e cidades brasileiras. Uma das particularidades deste clone é a tolerância ao glutaraldeído a 2%, mesmo após 10 horas de exposição. A tolerância ao glutaraldeído não é o único fator desencadeante dos surtos, pois há diversos casos de infecções causadas por espécies não tolerantes ao glutaraldeído. Tal fato indica que a remoção inadequada de resíduos orgânicos, antes da exposição dos instrumentais cirúrgicos ao biocida, é uma condição necessária para que as bactérias possam aderir aos instrumentos cirúrgicos e sobreviver à ação do glutaraldeído. Em função dessas evidências, foram feitas recomendações sobre a esterilização de instrumentais de videocirurgia³. Além disso, foi elaborado material técnico para orientação sobre diagnóstico e tratamento das infecções causadas por MCR⁴.

Os fatores que levaram à disseminação de um mesmo clone em diversas regiões do Brasil ainda não estão esclarecidos.

1. Diagnóstico

O diagnóstico deverá levar em consideração os aspectos epidemiológicos, clínicos e resultados de exames complementares.

- **Componente epidemiológico**

Paciente submetido a qualquer procedimento vídeo-assistido, a exemplo de laparoscopia, artroscopia, broncoscopia, endoscopia do sistema genitourinário, ou do sistema digestório para inserção de prótese biliar; qualquer procedimento no qual seja utilizada cânula de aspiração (lipoaspiração), instrumento de fibra ótica, implante de prótese, órtese oftalmológica, ceratotomia, cirurgia plástica, ortopédica, cardíaca, lipoaspiração, mesoterapia, tratamentos estéticos corporais e faciais (preenchimento cutâneo com ácido hialurônico ou metacrilato), ou injeção por via intra-muscular.

- **Componente clínico**

Paciente apresentando lesões eritematosas de difícil cicatrização, nodulares, com ou sem drenagem de secreção, fístulas, ulcerações, abscesso quente ou frio, não responsivo aos tratamentos antimicrobianos convencionais.

- **Componente laboratorial**

Dada a importância da identificação da espécie e do perfil de sensibilidade para o correto direcionamento terapêutico, a coleta de material para diagnóstico microbiológico é mandatória, mesmo já tendo sido iniciado o tratamento empírico.

A coleta com swab deve ser evitada, uma vez que a quantidade de material obtido com este método é, usualmente, insuficiente para um diagnóstico adequado. Coletar aspirados de abscessos e/ou fragmentos de tecidos.

As amostras devem ser acondicionadas em frascos estéreis, e alguns fragmentos de tecido, com volume não superior a 1 cm³ cada um, devem ser acondicionados em soro fisiológico estéril.

Devem ser solicitados os seguintes exames microbiológicos:

- ✓ Cultura geral, bacterioscopia pelo método de Gram e teste de sensibilidade (antibiograma);
- ✓ Cultura para fungos e pesquisa de fungos;
- ✓ Cultura para micobactérias, pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e teste de sensibilidade (antibiograma).

Para Exame anátomo-patológico deve ser coletado pelo menos um fragmento acondicionado em formol a 10% e enviado. Além da coloração de hematoxilina-eosina, com atenção para a detecção de granulomas, deve ser realizada a coloração de Ziehl-Neelsen.

2. Orientações para terapêutica adequada

- Diagnóstico da espécie de MCR a fim de basear a terapêutica no teste de sensibilidade aos antimicrobianos;
- Estratificação pela apresentação clínica: Localização, extensão da lesão, comorbidades;
- Evitar a monoterapia, exceto em lesões únicas, localizadas a pele e subcutâneo;
- Considerar desbridamento cirúrgico e a remoção de próteses;
- Resistência à drogas anti-tuberculostáticas;
- Opções terapêuticas: Claritromicina, amicacina, ciprofloxacina, imipenem, linezolida, doxiciclina, sulfametoxazol
- Tempo de tratamento mínimo de 6 meses

- Acompanhamento por 2 anos após o término do tratamento.

3. Definições de caso

Suspeito	Paciente submetido a procedimentos invasivos que apresente dois ou mais sinais referidos como clínica compatível.
Possível	Paciente que preenche os critérios de caso suspeito, mas sem investigação laboratorial, e que respondeu ao tratamento específico para micobactérias.
Provável	Paciente que preenche os critérios de caso suspeito e que apresente granulomas em tecido obtido de ferida cirúrgica ou tecidos adjacentes, ou baciloscopia positiva, mas cultura negativa para micobactéria.
Confirmado	Paciente que preenche os critérios de caso suspeito e apresenta cultura, da ferida cirúrgica ou tecidos adjacentes, positiva para micobactéria.

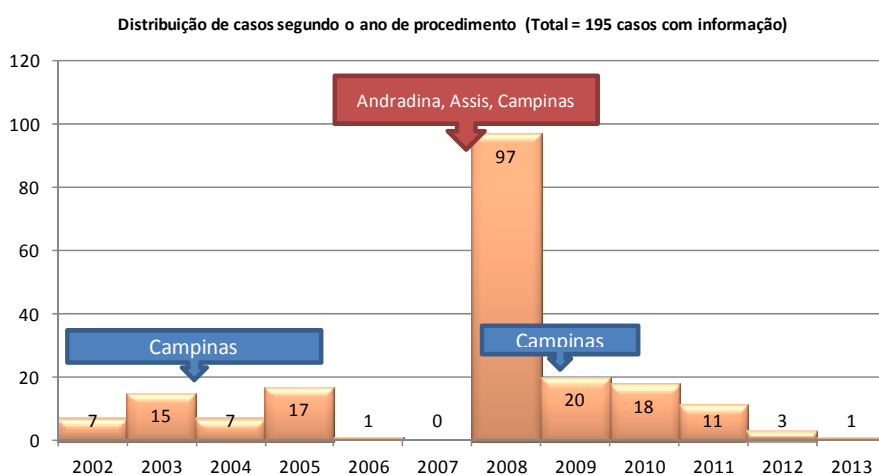
Fonte: Nota Técnica nº01/2009 - ANVISA/SVS/MS

4. Notificação

A vigilância no Estado de São Paulo se baseia na vigilância laboratorial e por notificação de casos. Está disponível no site do CVE a ficha de investigação e notificação de casos no estado de São Paulo. O Instituto Adolfo Lutz é o laboratório de referencia para identificação de espécies de MCR e para testes moleculares - *Pulsed-field gel electrophoresis* (PFGE).

5. Distribuição de casos confirmados de infecção por MCR no Estado de São Paulo, 2002 a 2013

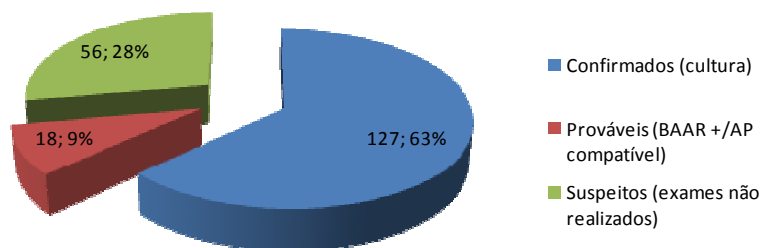
No período de 2002 a 2013 (dados atualizados até agosto) foram notificados 201 casos de MCR relacionados à assistência a saúde, com ocorrências epidêmicas e endêmicas.



Fonte: Divisão de Infecção Hospitalar/CVE/SES-SP

Figura 1. Distribuição de casos confirmados segundo ano de procedimento, ESP, 2002 a 2013.

Classificação de casos (n=201 casos notificados)



Fonte: Divisão de Infecção Hospitalar/CVE/SES-SP

Figura 2. Distribuição de casos de MCR segundo classificação/definição de caso, ESP, 2002 a 2013.

Deste total, 63% (127/201) foram confirmados por cultura, sendo que a espécie de MCR mais frequentemente isolada foi *M. fortuitum* (63 casos) e o principal procedimento relacionado com isolamento de MCR foi implante de próteses mamárias (89 casos). A segunda espécie mais isolada foi *M. abscessus* (31 casos), relacionada principalmente a procedimentos invasivos não cirúrgicos, como tratamentos estéticos, administração de injeções de medicamentos, hormônios e imunobiológicos. A espécie *M. abscessus supesp. bolletti*, antes conhecida como *M. massiliense*, foi identificada em 15 casos, 11 deles relacionados a cirurgia abdominal videolaparoscópica. (Tabela 1)

De acordo com a análise por PFGE estas amostras corresponderam ao perfil genotípico do clone predominante no país como agente de casos de micobacterioses relacionadas a assistência a saúde em outras unidades da federação.

Tabela 1. Distribuição de casos de MCR segundo espécie identificada e grupo de procedimento relacionado.

MCR	GRUPO DE PROCEDIMENTOS				TOTAL
	Abdome	Mama	Procedimento invasivo não cirúrgico*	outros**	
M FORTUITUM	5	52	2	4	63
M ABSCESSUS 1	0	6	24	1	31
M MASSILIENSE ***	11	3	0	1	15
Outros MCR	2	7	4	3	16
Cultura Negativa ou não realizada	2	21	53	0	76
TOTAL	20	89	83	9	201

*Tratamento estético, administração de injeções estéticas, medicamentos, hormônios, Administração de Vacinas

**Cirurgia cardíaca, torácica e ortopédica

*** *M. abscessus subsp. bolletti*

Fonte: Divisão de Infecção Hospitalar/CVE/SES-SP

A maior parte dos casos (74%) foi devida a surtos localizados notificados nos municípios de Campinas a partir de 2002 (80/201 casos) e Andradina em 2008 (61/201 casos), envolvendo respectivamente cirurgias de próteses mamárias e administração de imunobiológicos em uma sala de vacina.

A vigilância de infecções de MCR relacionados a procedimentos invasivos no estado de São Paulo possibilita a identificação de surtos e permite o direcionamento de ações de prevenção e controle.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. SAMPAIO, J. L., E. Chimara, L. Ferrazoli, M. A. da Silva Telles, V. M. Del Guercio, Z. V. Jerico, K. Miyashiro, C. M. Fortaleza, M. C. Padoveze, and S. C. Leao. 2006. Application of four molecular typing methods for analysis of *Mycobacterium fortuitum* group strains causing post-mammoplasty infections. Clin Microbiol Infect 12:142-9.
2. PADOVEZE, M. C., C. M. Fortaleza, M. P. Freire, D. Brandao de Assis, G. Madalosso, A. C. Pellini, M. L. Cesar, V. Pisani Neto, M. M. Beltramelli, E. Chimara, L. Ferrazoli, M. A. da Silva Telles, J. L. Sampaio, and S. C. Leao. 2007. Outbreak of surgical infection caused by non-tuberculous mycobacteria in breast implants in Brazil. J Hosp Infect 67:161-7.
3. LEAO, SC, Tortoli E, Euzéby JP, Garcia MJ. Proposal that the two species *Mycobacterium massiliense* and *Mycobacterium bolletii* be reclassified as *Mycobacterium abscessus* subsp. *bolletii* comb. nov., designation of *Mycobacterium abscessus* subsp. *abscessus* subsp. nov., and emendation of *Mycobacterium abscessus*. Int J Syst Evol Microbiol. 2010 Nov 19. [Epub ahead of print]
4. [ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N°08. Dispõe sobre as medidas para redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido - MCR em serviços de saúde. Brasil, 27 de fevereiro de 2009.
5. [ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ [SVS/MS] Secretária de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA CONJUNTA N° 01/2009. Infecções por micobactérias de crescimento rápido, fluxo de notificações, diagnósticos clínico, microbiológico e tratamento.

Elaborado pela Divisão de Infecção Hospitalar

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SERVIÇOS DE DIÁLISE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2013

O sistema de vigilância epidemiológica em serviços de diálise do estado de São Paulo foi implantado em outubro de 2013, após capacitações realizadas em conjunto entre vigilância epidemiológica e sanitária, municipal e regional, com os seguintes objetivos:

1. Determinar o perfil epidemiológico das infecções em unidades de diálise;
2. Identificar surtos precocemente;
3. Consolidar e tabular os dados encontrados;
4. Divulgação dos dados com análise crítica dos indicadores;
5. Dar suporte às atividades de educação e a implementação de medidas de controle e prevenção das infecções relacionadas à assistência a saúde.

Estão cadastrados cerca 182 serviços de diálise no estado de São Paulo (Figura 3), o que representa cerca de 30% dos serviços de Diálise no Brasil (Censo 2011, Soc. Bras. Nefrologia).

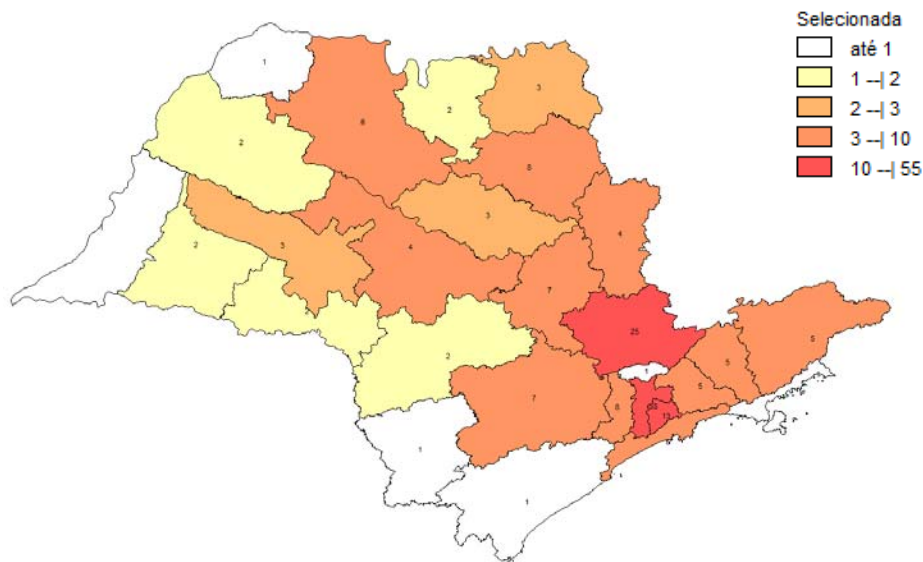


Figura 3. Distribuição dos Serviços de Diálise existentes no Estado de São Paulo segundo GVE/GVS, 2013. (n=182).

Fonte: CVS/Hemoterapia

1. Componente hemodiálise

O paciente com insuficiência renal crônica deverá estar inscrito no programa de hemodiálise do serviço e ter realizado pelo menos uma sessão de hemodiálise no mês. Devem ser notificados os pacientes que apresentarem um ou mais dos seguintes eventos:

1. Necessidade de internação hospitalar
2. Uso de cateter venoso central (não tunelizado) por mais de 3 meses
3. Soroconversão para hepatite C
4. Óbito
5. Iniciar uso de vancomicina e teicoplanina por via endovenosa

6. Isolamento de microrganismo em hemocultura
7. Apresentar quaisquer das **infecções** segundo critérios a seguir.

- **Bacteremia Associada ao Acesso Vascular**

- Hemocultura positiva (colhida de veia periférica ou das linhas de hemodiálise ou do cateter)
- E ausência de sinais ou sintomas em outros sítios (pneumonia, infecção do trato urinário, etc.) em pacientes sintomáticos (febre, calafrios, choque, etc).

- **Infecção do Acesso Vascular (IAV)**

- Hemocultura negativa ou não colhida **E PELO MENOS UM** dos critérios:
- **Critério 1:** saída de pus
- **Critério 2:** dor, rubor, edema no local acesso.
-

Obs: Incluir a infecções de orifício de saída, túnel, cateter, fístula e fístula com enxerto.

O cálculo do movimento mensal deverá ser realizado por meio do registro do número de pacientes que realizaram hemodiálise na primeira segunda-feira e primeira terça-feira do mês, separados por tipo de acesso: cateter permanente e temporário e fístula arterio-venosa (incluir neste grupo as fístulas com prótese). Pacientes que possuem fístula e cateter, registrar como cateter.

2. Componente diálise peritoneal

O paciente com insuficiência renal crônica deverá estar inscrito no Programa de Diálise Peritoneal da Unidade de Diálise e ter realizado pelo menos uma sessão de diálise peritoneal no mês. Devem ser notificados os pacientes que apresentarem um ou mais dos seguintes eventos:

1. Necessidade de internação hospitalar
2. Óbito
3. **Peritonite** segundo um dos critérios específicos descritos abaixo:

- **Peritonite laboratorialmente confirmada:** Paciente com dois dos seguintes critérios:

- Líquido peritoneal com contagem de leucócitos ≥ 100 cels/mm³, com mais de 50% de polimorfonucleares;
- Patógeno identificado em cultura ou Gram;
- Dor abdominal sem outro foco definido **e/ou** efluente turvo

- **Peritonite sem confirmação laboratorial:** Paciente com três dos seguintes critérios:

- Introdução de antibiótico empírico;
- Citológico e cultura de líquido peritoneal não colhidos;
- Dor abdominal **e/ou** febre sem outro foco definido **e/ou** efluente turvo.

No último dia do mês, anotar o número de pacientes que permaneceram no programa todos os dias do mês e o nome e data dos pacientes que entraram ou saíram do programa no decorrer do mês.

4. Indicadores Epidemiológicos

Atendendo a Resolução RE 1671 de 30 de maio de 2006 da ANVISA, a Resolução RDC nº 154 de 31 de maio de 2006 e as orientações dos Centros de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Centro de Vigilância Sanitária (CVS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, as taxas que serão calculadas mensalmente, e encaminhadas por meio eletrônico à Vigilância em Saúde Municipal (VE/VS) com cópia ao Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) e Grupo de Vigilância Sanitária (GVS) estão apresentadas nas tabelas a seguir (Tabelas 2 e 3).

O material de instrução foi disponibilizado no site do CVE para utilização dos serviços de diálise, bem como os municípios e GVE/GVS respectivos.

Tabela 2. Indicadores epidemiológicos solicitados para o Componente Hemodiálise.

Componente Hemodiálise (HD)	
Indicador	Fórmula de cálculo
Taxa de hospitalização	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de internações hospitalares de pacientes submetidos a HD no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) não tunelizado por mais de 3 meses	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com CVC não tunelizado por mais de 3 meses no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Taxa de soroconversão para hepatite C	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com soroconversão para hepatite C no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com anti-HCV negativo no mês}} \times 100 (\%)$
Taxa de mortalidade em HD	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de pacientes submetidos a no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Infecção do acesso vascular (IAV) associada ao cateter temporário/não tunelizado	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com IAV do cateter temporário/não tunelizado}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com cateter temporário/não tunelizado}} \times 100$ Obs: Para pacientes com cateter, a taxa também será calculada por 1000 cateter-dia
Infecção do acesso vascular (IAV) associada ao cateter permanente/tunelizado	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com IAV do cateter permanente/tunelizado}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com cateter permanente/tunelizado}} \times 100$ Obs: Para pacientes com cateter, a taxa também será calculada por 1000 cateter-dia
Infecção do acesso vascular (IAV) associada à fístula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com IAV da fístula}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com fístula}} \times 100$
Bacteremia associada ao cateter temporário/não tunelizado	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter temporário/não tunelizado submetidos a HD com hemocultura positiva}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter temporário/não tunelizado}} \times 100 (\%)$ Obs: Para pacientes com cateter, a taxa também será calculada por 1000 cateter-dia
Bacteremia associada ao cateter permanente/tunelizado	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter permanente/tunelizado submetidos a HD com hemocultura positiva}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter permanente/tunelizado}} \times 100 (\%)$ Obs: Para pacientes com cateter, a taxa também será calculada por 1000 cateter-dia
Bacteremia associada à fístula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com fístula submetidos à HD com hemocultura positiva}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com fístula}} \times 100 (\%)$
Início de tratamento com vancomicina em pacientes em hemodiálise	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de tratamentos com vancomicina iniciados no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Início de tratamento com teicoplanina em pacientes em hemodiálise	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de tratamentos com teicoplanina iniciados no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Distribuição percentual de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes em hemodiálise com bacteremia	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes em hemodiálise}}{\text{total de microrganismos isolados em pacientes hemodiálise}} \times 100 (\%)$

Fonte: Manual de Vigilância Epidemiológica em Serviços de Diálise. Outubro 2013.

Tabela 3. Indicadores epidemiológicos solicitados para o Componente Diálise Peritoneal.

Componente Diálise Peritoneal (DP)	
Indicador	Fórmula de cálculo
Taxa de hospitalização em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)	n° de internações hospitalares de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês/ n° de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês X 100 (%)
Taxa de peritonite em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)	n° de pacientes submetidos a DPA ou DPAC com peritonite no mês/ n° de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês X 100 (%)
Taxa de mortalidade em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)	n° de óbitos de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês/ n° de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês X 100 (%)
Taxa de hospitalização em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)	n° de internações hospitalares de pacientes submetidos a DPI no mês/ n° de pacientes submetidos a DPI no mês X 100 (%)
Taxa de peritonite em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)	n° de pacientes submetidos a DPI com peritonite no mês/ n° de pacientes submetidos a DPI no mês X 100 (%)
Taxa de mortalidade em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)	n° de óbitos de pacientes submetidos a DPI no mês/ n° de pacientes submetidos a DPI no mês X 100 (%)

Fonte: Manual de Vigilância Epidemiológica em Serviços de Diálise. Outubro 2013.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. [CVE] Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”. Manual de Vigilância Epidemiológica em Serviços de Diálise. Outubro 2013. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/IH/pdf/IH13_Manual_Dialise.pdf

Elaborado pela Divisão de Infecção Hospitalar

INFORME TÉCNICO

SITUAÇÃO DA CÓLERA NO MUNDO, 2014

A cólera é uma doença infecciosa intestinal aguda, de extrema virulência, causada pelo *Vibrio cholerae* toxigênico do Grupo O1 ou O139. Suas principais manifestações clínicas são diarreia líquida, com aspecto de “água de arroz” e intensa, vômitos e câibra nas pernas.

O óbito pode ocorrer por intensa perda de líquidos do corpo (desidratação) e choque, se não tratada o mais rápido possível. Na grande maioria dos casos o quadro varia de leve ou assintomático (75%) a grave, em cerca de 5% das pessoas infectadas. É uma doença de notificação imediata (ou em até no máximo 24 horas).

A incidência dessa doença tem aumentado globalmente na última década, quando surtos de cólera passaram a afetar vários continentes, mostrando que a 7ª pandemia não terminou, seguindo em desenvolvimento em países da Ásia, África e América Latina, Central e Caribe.

É ainda um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento com populações sem acesso a água e saneamento. Em 2012, 48% dos casos registrados foram da África. De 2001 a 2009, 93% de 98% dos casos do mundo foram desse continente. A reemergência da cólera nas Américas ocorreu no Haiti após a passagem de furacões (Isaac e Sandy) e terremotos em 2010, e tem se mantido no Haiti com disseminação para outros países da América Central e Caribe. Segundo a OMS, em seu boletim de atualização da Cólera, a situação é a seguinte:

Haiti: Em outubro 2010 foram registrados os primeiros casos de cólera no Haiti. Desde o início da epidemia até março de 2014 foram registrados 700.541 casos confirmados, 391.751 hospitalizações (55,9%) e 8.546 óbitos. A taxa de letalidade acumulada continua a ser 1,2%, com variações de 4,5% no departamento de Sud Est a 0,6% em Porto Príncipe.

Cuba: Desde o início do surto, em junho de 2012 até fevereiro de 2014 foram 701 casos confirmados com 3 óbitos. Entre os casos confirmados, 12 eram viajantes procedentes da Alemanha, Chile, Espanha, Holanda, Itália e Venezuela.

Republica Dominicana: desde o início da epidemia em novembro de 2010 até fevereiro de 2014, foram registrados 31.532 casos suspeitos com 467 óbitos. As regiões de Azua, Distrito Nacional, Puerto Plata, San Juan, Santiago e Santo Domingo e La Veja, concentram mais de 90% dos casos suspeitos registrados nas últimas semanas epidemiológicas. A taxa de letalidade de 2013 (2,1%) é superior à de 2011 (1,7%) e de 2012 (0,8%). Nas seis primeiras semanas de 2014 foram registrados 46 casos suspeitos, sem óbitos. Duas Províncias, Santo Domingo e Santiago registraram 65% dos casos notificados nessas primeiras semanas de 2014.

México: de 08 de setembro a 21 de dezembro de 2013 foram confirmados 187 casos de cólera pelo *Vibrio cholerae* O:1 Ogawa toxigênico com 1 óbito. Desde 15 de novembro não foram registrados casos novos da doença. Os casos se concentraram na região de Hidalgo e também na cidade do México e nos Estados de San Luis, do México e de Veracruz. Esta

foi a primeira transmissão local de cólera registrada no México desde a epidemia de 1991-2001. O perfil genético das cepas tem grande similaridade (>95%) com a cepa que está circulando em outros países do Caribe e diferente da cepa que havia circulado no México há mais de uma década.

Nas Figuras 1 e 2 observam-se os surtos e epidemias que têm ocorrido nos países da América Central e Caribe, nos anos de 2010 a 2013, conforme descrito anteriormente, e a permanência da cólera em vários países da Ásia e África:

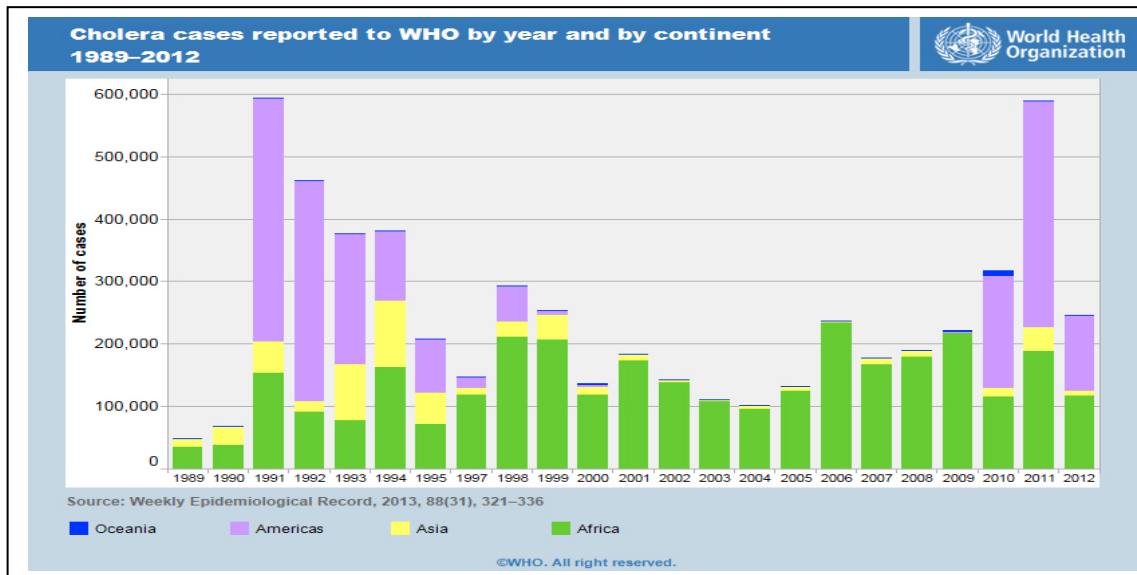


Figura 1 – Distribuição dos casos/surtos/epidemias de cólera segundo os continentes de ocorrência no mundo, 1989 a 2012.

Fonte: WHO

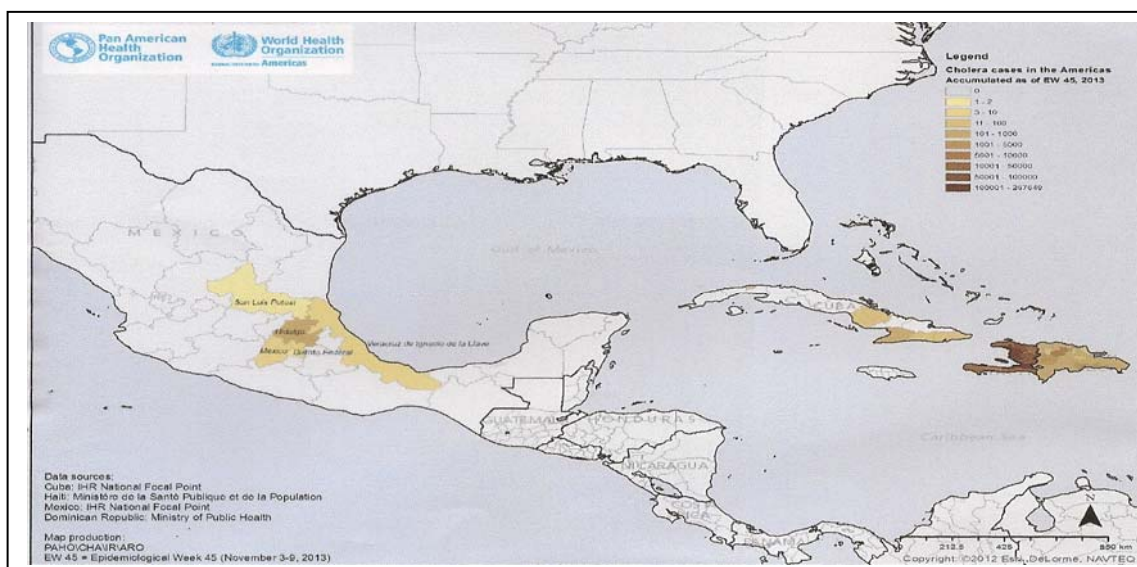


Figura 2 - Cólera nas Américas, 2013

Fonte: PAHO/WHO

Cólera no Brasil e no estado de São Paulo

No Brasil, não há registro atual de casos de cólera autóctones desde 2005. Entretanto, considerando-se a ocorrência de casos e surtos em países com relações estreitas com o Brasil tais como - Haiti (intensa migração de haitianos para o Brasil e chegada a São Paulo em busca de empregos e cursos de capacitação profissional, e as forças militares brasileiras naquele país), República Dominicana (pelo intenso turismo de paulistas e de outros brasileiros àquele país), e México (turismo e trabalho), considera-se que pode haver risco de reintrodução de cólera por viajantes do exterior ou por turistas ou trabalhadores brasileiros, que voltem doentes com diarreia de suas viagens, ou com a doença ainda em período de incubação.

Considerando-se ainda os eventos de massa, tais como a realização da COPA DO MUNDO 2014 em vários Estados do Brasil, quando haverá intensa mobilização das pessoas pelo país, as ações de prevenção de reintrodução da cólera devem ser reforçadas, assim como os cuidados de prevenção junto à população.

No estado de São Paulo não há registro de casos de cólera autóctones desde 1995. Os últimos casos autóctones datam do período de 1991 a 1994. Entretanto, foram registrados dois casos esporádicos não autóctones (um em 1999, procedente da Bahia e um em 2011, procedente da República Dominicana), cujas medidas tomadas impediram a disseminação autóctone.

Os contextos - internacional e nacional, a intensa mobilização da população em eventos de massa, a migração de pessoas procedentes de países com cólera em busca de emprego, o turismo de brasileiros para áreas com a doença, e a própria mobilização populacional entre os Estados do país, são condições de risco e fatores importantes para o monitoramento permanente da doença.

Nos Quadros 1 e 2, abaixo, observa-se a distribuição de casos e óbitos no Brasil e estado de São Paulo

Tabela 1 – Distribuição de Casos e Óbitos no Brasil, 1991- 2011*

1991-2001		
REGIÕES	Casos Confirmados	Óbitos
NORTE	11.613	
NORDESTE	155.363	
CENTRO-OESTE	285	
SUDESTE	864	
SUL	473	
TOTAL	168.598	
1999		
PARANÁ		
PERNAMBUCO		
PERNAMBUCO	Amostras ambientais de <i>V. cholerae</i> O1 – Inaba	
2006-2011*	2*	

Fonte: SVS/MS

(*) 2 Casos não autóctones

Tabela 2 – Distribuição de Casos e Óbitos no Estado de São Paulo, 1991- 2014*

Ano	Nº Casos Cólera		Municípios (Casos confirmados)	Nº óbitos confirmados
	Suspeitos	Confirmados		
1991 1994	10.566	88 autóctones + 38 importados	S. Vicente, Santos, Cubatão, Praia Grande, Guarujá, São Paulo (adquirido em São Vicente)	8 autóctones importado
1995 1999		1 importado – viagem à Bahia em 1999	(Cotia, SP – 1999, adquiriu a cólera na Bahia)	0
1991 1999	12.181			
2000 2014			(São Paulo, SP, contraiu cólera na República Dominicana)	

Fonte: DDTHA/CVE

(*) Dados até março de 2014

ORIENTAÇÕES GERAIS

PAÍSES AFETADOS E O RISCO DE ADQUIRIR CÓLERA EM TURISMO OU A TRABALHO

O principal risco de adquirir cólera está relacionado a viagens a países com cólera. A situação da cólera tem sido atualizada mundialmente.

Em viagens a países da América Central e Caribe, o viajante deve estar atento ao Haiti, República Dominicana, Cuba e México, embora este último não registre casos desde novembro de 2013.

Em viagens a países da África, Ásia e Oriente Médio, o viajante deve estar atento aos seguintes países: Saara Ocidental, Mali, Burkina Faso, Guiné, Costa do Marfim, Gana, Nigéria, Camarões, Congo, República Democrática do Congo, Angola, Zâmbia, Tanzânia, Moçambique, Zimbawae, Iraque, Paquistão, Malásia (as duas ilhas) e Filipinas (todas as ilhas).

Todo viajante, ao visitar países desses continentes, pode obter informações mais atuais acessando os seguintes sites:

Organização Mundial de Saúde (OMS) Organização Panamericana de Saúde (OPS):

<http://www.who.int>; <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>;
<http://www.who.int/gho/countries/en/>;
<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>
http://www.who.int/gho/map_gallery/en/
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3119&Itemid=3467

Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DDTHA)/Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE/SES-SP):

No Estado de São Paulo, acesse o site do CVE: <http://www.cve.saude.sp.gov.br> e das Doenças Transmitidas por Água e Alimentos em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/dta_menu.html.

Secretaria de Vigilância em Saúde/MS:

Para o conjunto do Brasil, acesse o site da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS – <http://www.saude.gov.br/SVS>, em doenças de A a Z, selecionando cólera.

CUIDADOS BÁSICOS PARA EVITAR CONTRAIR CÓLERA

Os viajantes, ao se dirigirem para áreas com epidemia ou casos de cólera, devem seguir as orientações básicas para evitar exposição à bactéria, assim como para prevenir outras diarreias causadas por ingestão de água e alimentos contaminados:

1. Beber água potável, tratada, de sistema de abastecimento, se confiável, ou água mineral engarrafada de procedência segura, ou água fervida. Preferir bebidas gasosas e ou pasteurizadas. Verificar sempre, no caso de bebidas engarrafadas se o lacre não foi violado.
 - a. Para esterilizar a água que for beber, ferva por 1 minuto após levantar as bolhas da fervura ou desinfete-a, com hipoclorito de sódio a 2,5% (2 gotas por litro de água por 30 minutos). Pode-se também utilizar tabletes de iodo (1/2 tablete por litro de água). Esses produtos são encontrados em supermercados ou farmácia.
 - b. Evite tomar água de poço, de fontes/minas e gelo no comércio.
2. Lave sempre as mãos com água limpa e sabão. Prefira toalhas descartáveis de papel.
 - a. Se não houver água e sabão, use álcool-gel para limpar as mãos (pelo menos com 60% de álcool).
 - b. Lave sempre as mãos antes de comer ou preparar os alimentos e toda vez que utilizar o banheiro.
3. Use água mineral engarrafada de origem segura, ou água fervida ou tratada para lavar os pratos e utensílios de cozinha, escovar os dentes, lavar e preparar alimentos ou preparar gelo.
4. Prefira alimentos industrializados, embalados, ou então feitos na hora e servidos quentes.
 - a. Não coma nada cru ou mal cozido. Frutos do mar devem ser consumidos apenas bem cozidos, pois podem abrigar a bactéria. Lave e desinfete frutas e

- vegetais com hipoclorito de sódio a 2,5% ou iodo, ou coma-os também cozidos.
- b. Descascar as frutas, após lavá-las, ajuda reduzir o risco de infecção.
 - c. Atenção aos produtos lácteos. Dê preferência aos industrializados e pasteurizados. Na dúvida, aqueça-os, assim como qualquer outro alimento, de modo que o calor atinja todo o interior.
5. Utilizar sanitário para deposição de fezes para prevenir a contaminação da água e de alimentos.
 6. Dar destino adequado ao lixo e tampar as lixeiras para evitar moscas.
 7. Evitar o consumo de alimentos preparados por ambulantes.
 8. Em áreas afetadas, evitar contato com coleções hídricas (rios, lagoas, açudes e outros).

VIAJANTES QUE APRESENTEM DIARRÉIA NO PAÍS VISITADO

Se tiver diarreia, procure um serviço de saúde do país visitado. Se tiver sais orais em casa comece a tomá-los imediatamente. Use água tratada, filtrada e ou previamente fervida para prepará-los. Em seguida procure o serviço de saúde mais próximo e continue tomando a solução de sais até chegar ao médico.

Se o doente for uma criança pequena com diarreia líquida e/ou vômito e que se alimente no peito, continue tentando amamentá-la, até chegar ao serviço médico.

Se for trabalhar no Haiti, deve lembrar que o país encontra-se ainda com precárias condições de saneamento e sem estrutura adequada de atendimento médico. Antes de viajar, certifique-se de que tipo de situação terá que enfrentar, seja quanto ao tipo de água para beber, onde fará refeições, se terá recursos médicos disponíveis, etc..

Frente a essa situação especial, recomenda-se ao viajante que se dirige ao Haiti que leve um kit de emergência com antibiótico prescrito pelo seu médico, em caso de vir a apresentar diarreia, frascos ou tabletes de hipoclorito de sódio a 2,5% para purificar água e higienizar frutas e vegetais, e sais para hidratação oral. Além disso, seguir rigorosamente as orientações de prevenção da doença.

Se for para a República Dominicana, verifique onde ficará e dê preferência à ingestão de alimentos cozidos e quentes, à água mineral com lacre não violado, ou água tratada, e evite frutos do mar e pescados mal cozidos ou crus. Verduras e frutas mal lavadas e não higienizadas são de risco.

VIAJANTES QUE FICAM DOENTES NA VOLTA DE PAÍSES COM CÓLERA

Diarreia durante o voo de retorno:

Viajantes que apresentem diarreia já no voo de volta a São Paulo/Brasil ou a outro Estado devem comunicar imediatamente a tripulação do avião e, ao desembarcar no aeroporto, passar pelos serviços de saúde da ANVISA.

O atendimento médico é importante para as primeiras providências de proteção à saúde do viajante e para firmar o diagnóstico.

Todo caso suspeito de cólera deve ser notificado imediatamente, assim como deve ser feita a coleta de amostra de fezes para diagnóstico da bactéria. Além disso, a investigação epidemiológica será feita com a finalidade de prevenir a transmissão da cólera para outras pessoas e familiares.

Toda cepa da bactéria encontrada pelo laboratório que fez o exame deverá ser enviada para o Instituto Adolfo Lutz (IAL) para testes confirmatórios avançados.

Casos de diarreia em navios também devem ser notificados, atendidos pelo serviço de saúde e investigados para prevenir novos casos.

Diarreia após o retorno

Se o viajante apresentar diarreia até o 10º dia de seu retorno de países com cólera, deverá procurar imediatamente o médico e fazer a coleta de amostras de fezes para os testes laboratoriais.

A reposição de água e sais orais é o principal tratamento para cólera. O viajante não deve voltar a viajar até que esteja curado. Deverá observar rigorosamente os cuidados pessoais de higiene, e de higienização das mãos para evitar passar a doença para seus familiares. Usar, de preferência, papel toalha para enxugar as mãos e álcool-gel.

Familiares ou pessoas que coabitem com o viajante e que apresentarem diarreia há menos de 30 dias de sua chegada devem também procurar o médico.

Toda suspeita de cólera é de notificação obrigatória. Todo médico deverá informar a vigilância epidemiológica da cidade do viajante e ou a Central/CIEVS/CVE (0800-555 466) sobre essa ocorrência. A partir dessa notificação um técnico de saúde irá conversar com o viajante, pois informações sobre como e onde adquiriu a doença serão muito importantes para se prevenir a transmissão para outras pessoas.

TURISTAS E TORCEDORES QUE VENHAM A SÃO PAULO PARA A COPA DO MUNDO 2014 PROCEDENTES DE PAÍSES COM CÓLERA

Informar a tripulação do avião se apresentar diarreia durante o voo para as devidas providências, conforme descrito anteriormente e, se adoecer com diarreia até o 10º dia de sua chegada, procurar imediatamente o médico, informando que reside em país com cólera.

Em todas as cidades do estado de São Paulo que abrigarão as seleções de vários países e onde ocorrerão jogos e festas, as ações de prevenção da diarreia/surtos de diarreia e de cólera estarão sendo amplamente desenvolvidas intensificadas por meio de alertas, orientações à população e aos serviços de saúde, e pelo monitoramento permanente para captação dos casos.

RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS EM VIAGENS A PAÍSES COM CÓLERA

Quimioprofilaxia e vacina

Ressalte-se, que a OMS não impõe qualquer restrição de viagens e comércio ou qualquer medida de quarentena ou barreira sanitária. Também não recomenda quimioprofilaxia e vacinação no trânsito de pessoas, entrada ou saída, entre os países afetados e não afetados pela cólera, o que se aplica às pessoas que ingressaram e vão permanecer nos países. Isto quer dizer que não se pedirá comprovação de vacinação ou quimioprofilaxia para viagens. No entanto, a Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, estará atenta aos casos de cólera importados que porventura ocorrerem em turistas/torcedores procedentes de países com cólera, podendo utilizar vacina oral contra a cólera em grupos de risco que tiveram contato com o caso importado, para evitar a disseminação da doença em território paulista.

TRATAMENTO DA CÓLERA E DEFINIÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE CÓLERA

O tratamento é simples e barato e deve ser administrado preferencialmente no local do primeiro atendimento. Em situações epidêmicas, os serviços de saúde devem estar adequados para o atendimento de inúmeros casos e tratar os doentes de sua área geográfica, evitando transferi-los. A prevenção dos óbitos está na dependência da qualidade e rapidez da assistência médica prestada, daí a importância da descentralização.

Os medicamentos antidiarreicos, antiespasmódicos e corticosteróides não devem ser usados.

- Hidratação: a base do tratamento para cólera é a reposição imediata de líquidos com volume suficiente de soluções hidroeletrólíticas para compensar a desidratação, acidose e hipocalcemia. Formas leves e moderadas são tratadas com hidratantes orais, isto é, com soro de reidratação oral (SO)
- Antibioticoterapia: será reservada às formas moderadas e graves da doença.

Suspeita de cólera - migrante ou brasileiro proveniente de área afetada, com diarreia aquosa, até o 10º dia de chegada ao Brasil, assim como, indivíduo de qualquer idade em

locais com grande afluxo de migrantes provenientes de áreas afetadas com diarreia súbita, líquida e abundante.

Comunicante de caso suspeito de cólera - aquele que teve contato com caso suspeito de cólera e apresente diarreia há menos de 30 dias. A presença de desidratação rápida, acidose e colapso circulatório associado à diarreia e diarreia com características de “água de arroz” reforçam a suspeita de cólera.

Caso confirmado de cólera - aquele com confirmação por critério laboratorial (coleta de fezes durante a fase aguda e antes do início do tratamento com antibióticos).

OS SISTEMAS DE VIGILÂNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA CÓLERA

1. A Comissão de Prevenção e Controle da Cólera e de Outras Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar

Esta comissão foi reinstituída em 1991, por resolução do Secretário de Estado da Saúde (Resolução SS 138/91, de 17/04/91), por época da epidemia no Brasil, e antes da ocorrência dos primeiros casos de cólera no Estado de São Paulo, tendo sido ampliada em 1999, incluindo como objeto de ação outras doenças veiculadas por água e alimentos.

Coordenada pelo CVE, é composta por representantes da CCD (Coordenadoria de Controle de Doenças), do IAL, da Assistência Médica, do COSEMS SP (Conselho de Secretários Municipais de Saúde), das Vigilâncias Sanitárias (CVS/SP e ANVISA local), da Secretaria de Estado da Agricultura de São Paulo (Defesa Agropecuária), Ministério da Agricultura, CETESB, SABESP, e pela VE e VISA/COVISA do município de São Paulo, entre outros.

2. O Monitorização da Doença Diarreica Aguda (MDDA) - é um sistema responsável pela captação e notificação de mais de 90% das suspeitas de surto. Está implantada em todas as regiões e em quase todos os municípios do Estado de São Paulo, representando um instrumento importante de captação dos padrões de mudança da doença diarreica, e de grande utilidade para monitorar a mobilização das populações internas e externas ao Estado.

3. Sistema de Vigilância de Surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) – sistema responsável pela captação de surtos de DTHA, tem como objetivo identificar as causas do surto a partir da investigação epidemiológica, o agente etiológico e desencadear medidas sanitárias de controle e prevenção de novos casos.

4. Sistema de Vigilância Ativa com base em laboratório – a avaliação sistemática e de rotina de cepas ou isolados ou de material biológico, encaminhados ao IAL Central, por laboratórios públicos e privados constituem uma ferramenta importante para identificação de surtos e outras doenças de notificação compulsória e fundamental para a captação de casos de cólera. Permite avaliar a possível existência de surtos e casos de DNC não captados

pelos sistemas anteriormente descritos, bem como identificar novos patógenos ou a reintrodução de doenças antigas.

5. Vigilância da Cólera – a cólera é doença de notificação obrigatória, inclusive internacional, e o sistema se embasa na detecção e notificação imediata de caso suspeito. Sua confirmação deve ser oportuna, e o mais rápido possível, para que medidas de prevenção e interrupção da transmissão autóctone sejam tomadas. É obrigatório o envio da cepa do caso ou material biológico (quando o laboratório do serviço de saúde não tem técnicas para identificação do vibrio) ao IAL para os exames de confirmação, toxigenicidade e de resistência anti-microbiana, entre outros. A investigação deve ser imediata para o desencadeamento das ações.

6. Monitoramento ambiental do *V. cholerae* – é feito de rotina pela Companhia Ambiental do Estado de São Paulo - CETESB em 10 pontos de coleta de esgoto a saber:

- Aeroportos: Viracopos Campinas, Congonhas São Paulo, Cumbica Guarulhos;
- Terminais Rodoviários: Tietê e Barra Funda;
- Portos: Santos – Estaleiro da CODEP; São Sebastião – Pier Norte Petrobrás;
- Esgoto: Emissário Rebouças em Santos; ETE Parque Novo Mundo e ETE Barueri na Grande São Paulo.

AS AÇÕES EDUCATIVAS E OUTRAS AÇÕES

No estado de São Paulo, as medidas básicas para prevenção e controle da cólera consistem em ações dirigidas para a população como:

- 1) Divulgação de alertas às vigilâncias e serviços médicos de municípios e regionais;
- 2) Ações educativas com divulgação da doença à população, na mídia e por meio de distribuição de folhetos e cartilhas às lideranças das comunidades, escolas, caminhoneiros, ambulantes, áreas críticas com precárias condições de saneamento, entre outros;
- 3) Orientação às pessoas com diarreia provenientes de regiões com casos de cólera ou que tenham consumido produtos desses locais, que procurem o serviço médico;
- 4) Ênfase nas ações de vigilância da doença e outras doenças diarreicas;
- 5) Monitoramento das áreas de risco nos municípios com ampliação da distribuição de hipoclorito de sódio para regiões críticas, isto é, sem Sistema de Abastecimento Público de Água e ou e/ou Rede de Esgoto Público;
- 6) Ampliação dos pontos de monitoramento ambiental da circulação do *V. cholerae* (a cargo da CETESB) se necessário, frente ao perfil epidemiológico identificado;
- 7) Distribuição do meio de transporte para coleta de fezes - Cary Blair para as referências laboratoriais municipais, o meio mais adequado para testes de cólera;
- 8) Intensificação do monitoramento da qualidade da água do abastecimento público (PRO-ÁGUA – CVS);

- 9) Plano especial de resposta para áreas que receberem pessoas de países afetados;
- 10) Alertas e material educativo na Internet, nos sites do CVE, do CREMESP, etc., visando divulgação dos cuidados básicos de prevenção da cólera, estímulo à notificação imediata da suspeita, atualização do número de casos confirmados, entre outras informações;
- 11) Comunicados aos serviços de saúde relembrando suas atribuições quanto à notificação obrigatória de suspeita de cólera e necessidade de coleta de amostras de fezes para exame laboratorial. Além disso, são enfatizados os cuidados com os pacientes e seus comunicantes e orientações sobre tratamento dos casos, antibióticos, etc..
- 12) Comunicados aos médicos, relembrando as definições importantes com a finalidade de subsidiá-los na identificação e notificação de caso suspeito.
- 13) Comunicados aos laboratórios públicos e privados quanto à necessidade de envio da cepa do Vibrio ao IAL, para os testes confirmatórios necessários.
- 14) Intensificação das ações de vigilância em portos e aeroportos (em ação integrada à ANVISA) e terminais rodoviários (Vigilância Sanitária/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)/SES-SP) com orientações técnicas e distribuição de Folhetos e Cartilhas sobre a Cólera. Reforça-se a vigilância de casos de diarreia procedentes de áreas endêmicas e epidêmicas nas aeronaves e navios com encaminhamento ao serviço de saúde de referência para atendimento médico e exames e notificação dos casos suspeitos, entre outras ações;
- 15) Intensificação dos programas de segurança de alimentos, incluída a água mineral, sob responsabilidade do CVS/SES-SP.

COM A COOPERAÇÃO ENTRE OS VÁRIOS NÍVEIS DE VIGILÂNCIA – MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL E INTERNACIONAL, E CONSCIÊNCIA SANITÁRIA DA POPULAÇÃO, O RISCO DE REINTRODUÇÃO DA CÓLERA NO PAÍS SE REDUZ.

TODO MÉDICO DEVERÁ INFORMAR A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA CIDADE DO VIAJANTE E OU A CENTRAL/CIEVS/CVE (0800-555 466) SOBRE ESSA OCORRÊNCIA.

PARA SABER MAIS SOBRE CÓLERA E OUTRAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ÁGUA E ALIMENTOS ACESSE O SITE DO CVE: <http://www.cve.saude.sp.gov.br>

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. CVE/CCD/SES-SP. Ações de Vigilância Epidemiológica – COPA DO MUNDO 2014 FIFA BRASIL™ - Estado de São Paulo. [Documento Técnico]. SES: São Paulo; fevereiro 2014.
2. CVE/CCD/SES-SP. Guia da Copa. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br>
3. CGDT/DVE/SVS/MS. Plano de Contingência para as Ações de Vigilância Epidemiológica para Cólera – Fase de Preparação e Contenção. [slides]. 2014.
4. DTHA/CVE/CCD/SES-SP. Plano de ação de saúde na Copa 2014 Estado de São Paulo – Su-Área: Plano de Ação Estadual de Prevenção e Controle das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. [Documento Técnico]. SES: São Paulo; março de 2014.
5. DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Missão da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e alimentar.[on-line][acessado em: 06/03/2014]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/hidrica/doc/DTHACVE_missao.pdf
6. DDTHA/CCD/CVE/SES-SP. Cólera. [Documento Técnico]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/hidrica/hidri_colera.htm
7. DDTHA/CCD/CVE/SES-SP. Surtos de DTA. [Documento Técnico]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/hidrica/doc/surtodta_pergresp.pdf
8. Eduardo MBP. As ações estratégicas em eventos de massa – a copa do mundo e as DTA. [Slides] – Aula apresentada no Treinamento “Atualização e melhoria das ações de vigilância das doenças de transmissão hídrica e alimentar”, São Paulo, 21 a 23 de outubro de 2013.
9. GT Alimentos/DITEPE/CVS/CCD/SES-SP. Plano de Ação em Vigilância Sanitária para a Copa do Mundo 2014. [Documento Técnico]. SES: São Paulo; fevereiro 2014.
10. PAHO/WHO. Actualization Epidemiológica Cólera - 20 de marzo de 2014. [on line][acessado em 09/04/2013]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24600&Itemid=
11. SubGerência de Doenças Agudas Transmissíveis/CCD/SMS SP. Plano de Ações COVISA relacionadas ao evento COPA DO MUNDO 2014 e Fan Fests – COPA 2014. [documento técnico]. SMS: São Paulo, fevereiro de 2014.
12. Ugarte C. Plano de Contingências - Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde - PAHO/WHO. [slides]. 2014.
13. WHO. Cholera Outbreak – Assessing the Outbreak Response and Improving Preparedness. WHO: Geneva; 2004. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599740_eng.pdf
14. WHO. Oral Cholera Vaccines in Mass Immunization Campaigns – Guidance for Planning and Use. WHO: Geneva; 2010. Disponível em: http://www.who.int/cholera/vaccines/ocv_stockpile_2013/en/
15. WHO. The Immunological Basis Immunization Series – Module 14: Cholera. WHO: Geneva; 2010. Disponível em: http://www.who.int/cholera/vaccines/ocv_stockpile_2013/en/
16. WHO. Oral Cholera Vaccine Use in Complex Emergencies: What Next? Report in WHO Meeting, 14 – 16 December 2005, Cairo, Egypt. WHO: Geneva; 2006.
17. WHO. Addendum to Oral cholera vaccines in Mass immunization Campaigns. Guidance for Planning and Use. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500432_eng.pdf

Texto elaborado por:

Maria Bernadete de Paula Eduardo e Elizabeth Marie Katsuya, da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE/SES-SP

SP, abril de 2014

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*e jan e fev de 2014*

Doenças/Agravos	2011	2012*	2013*	2014*	
				Jan	fev
CASOS CONFIRMADOS					
Botulismo	0	5	0	2	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica]	150	215	281	3	10
Cólera	1††	0	0	0	0
Conjuntivite§§	1.187.356	318.394	186.464	8.837	7.147
Coqueluche	914	1.029	1.570	379	183
Dengue (Casos Autóctones e Importados)	97.882	25.383	209.052	2.376	8.361
Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)**	940.200	1.146.212	1.041.743***	111.638	108.255
Diarréia (Casos envolvidos em surtos)	9.524	5.675	1.367***	368	602
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	17	40	38***	3***	2
Esquistossomose (Casos Autóctones)	84	85	52	2	4
Esquistossomose (Total de Casos)	1.080	1.094	690	45	30
Febre Maculosa / Rickettsioses	80	82	58	1	0
Febre Tifoide	3	2	2	1	0
Hantavirose	21	12	14	2	1
Hepatite A (Casos esporádicos)	204	175	231	14	8
Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos)	61	70	40	3	0
Hepatites B	3.964***	4.083***	3.424***	182	177
Hepatites C	6.442***	6.404***	5.027***	242	204
Hepatite B + C (co-morbidade)	141***	135***	113***	4	1
SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)†	26	371	1.994	9	2
Leishmaniose Tegumentar Americana	266	314	297	19	14
Leishmaniose Visceral	228	247	200	12	12
Leptospirose	971	782	930	79	56
Doença Meningocócica	1.363	1.168	958	59	29
Outras Meningites Bacterianas	1.724	1.638	1.413	85	68
Meningites Virais	4.230	5.294	4.470	329	275
Outras Meningites	833	968	799	79	55
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	91	88	74	11	2
Poliomielite (poliovírus selvagem)	0	0	0	0	0
Rotavírus (em < 5 anos)§	1.522	23	124	6	0
Rubéola	0	0	0	0	0
Sarampo	27	1	5	3	3
Síndrome da Rubéola Congênita	0	0	0	0	0
Síndrome Hemolítico-Urêmica	1	1	3	0	0
Tétano Acidental	27	21	25	2	0
Tracoma¶	1.760	2.202	2.481	85	19
Varicela	18.375	18.982	24.799	61	33
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	37	4	3
Conjuntivite§§	9.041	776	292	24	40
Hepatite A	15	7	8	1	0
Varicela	2.747	3.001	3.641	25	16
Diarréia	137	138	55***	26	33

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...

ESTRATÉGIAS PAULISTAS NA PREVENÇÃO DA CÓLERA EM TEMPOS DE EVENTOS DE MASSA

A Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DDTHA), do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e a Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD/SES-SP) apresentaram, em 27 de março de 2014, a primeira edição do Café com Saúde – **“Estratégias paulistas na prevenção da cólera em tempos de eventos de massa”** – evento que reuniu profissionais de saúde das mais diversas instituições para um amplo debate sobre as ações de prevenção

da doença, especialmente considerando a realização da Copa do Mundo 2014, nos meses de junho e julho, no Estado de São Paulo e outros Estados do Brasil.

Os temas apresentados foram: Ações de Vigilância Epidemiológica e o Plano de Contingência da Cólera, por Maria Bernadete de Paula Eduardo (DDTHA/CVE); Monitoramento Ambiental do *Vibrio cholerae*, por Elayse Hachich (CETESB); Vacina contra a Cólera e suas Indicações, por Helena Sato (DVIImuni/CVE); Saneamento e Controle de Risco no Território Paulista, por Sérgio Valentim (SAMA/CVS) e Alimentos e Ações de Prevenção da Cólera, por Isabel Lelis Andrade de Moraes (DITEP/CVS).

Foram destacadas as ações integradas entre as instituições visando à prevenção da introdução da cólera em território paulista, frente à intensa circulação de estrangeiros que ocorre em eventos de massa, e também devido às epidemias e surtos registrados muito recentemente em países da América Central e Caribe, entre outros aspectos.

Endereço para correspondência: dvhidri@saude.sp.gov.br

MÉDICA DO CVE RECEBE O PRÊMIO “MULHERES EM DESTAQUE”



Doutora Norma Helen Medina, diretora da divisão de oftalmologia do CVE, foi homenageada no último dia Internacional da Mulher, 8 de março, com o prêmio “Mulheres em Destaque”, iniciativa da Prefeitura de Francisco Morato destinada a reconhecer a destacada atuação que essas mulheres mostraram nos mais diversos setores.

Nesta edição do prêmio, foram homenageadas 49 mulheres, simbolizando os 49 anos de existência do município, em áreas como saúde, educação, ação social e superação de vida.

Norma Medina foi homenageada por sua marcante atuação no programa de saúde ocular e prevenção da cegueira, principalmente no projeto de eliminação do tracoma como causa de cegueira, e a ela apresentamos nossos parabéns por esse merecido reconhecimento de seu trabalho em prol da saúde ocular de nosso estado.

“Agradeço a todos que colaboraram com o êxito do nosso projeto. O envolvimento de todos nesse trabalho levaram ao reconhecimento da importância da saúde ocular. Este prêmio não é somente meu, mas de todos os profissionais de saúde que colaboraram na implantação e na execução das atividades no município. Tem sido um trabalho árduo de todos os envolvidos para prevenir a cegueira por tracoma no município”.

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 – Ana Freitas Ribeiro

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