

Vol. 02, No. 3, 10 de fevereiro de 2012



## Atualização Epidemiológica e Alerta Sarampo

O sarampo é uma doença altamente transmissível que pode cursar com complicações graves, como pneumonia e encefalite e ter evolução fatal. Em janeiro de 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou a situação epidemiológica do sarampo em 2011, quando intensa circulação do vírus ocorreu na Europa e África. De janeiro a novembro de 2011, foram notificados na Europa 28.887 casos de sarampo e oito mortes. Vários surtos foram registrados também no continente americano, em 2011, devido à importação do vírus do sarampo de outras regiões do mundo, resultando em 1.310 casos confirmados. A vacina tríplice viral é a medida de prevenção mais segura e eficaz contra o sarampo, protegendo também contra a rubéola e a caxumba. Para o enfrentamento do atual cenário do sarampo, com 27 casos no Estado de São Paulo, em 2011, este trabalho emite alerta para que todos estejam com sua situação vacinal atualizada de acordo com o calendário estadual de vacinação, e principalmente, os profissionais da saúde, da educação e do turismo.

## Prezado leitor

Desde a interrupção da transmissão de Sarampo no Estado de São Paulo em 2000, a partir das ações de vigilância epidemiológica, especialmente o Programa de Imunização, casos importados têm sido confirmados. A circulação do vírus em outros continentes e a grande circulação de viajantes são desafios importantes para a eliminação da transmissão do vírus.

Neste número, apresentamos a atualização epidemiológica do Sarampo, com a identificação e investigação epidemiológica de casos importados no Estado.

Outro tema abordado é a avaliação das reações adversas ocorridas durante a campanha de vacinação contra raiva canina e felina nos Municípios do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Botucatu em 2010.

A implantação do Projeto Mãos Limpas no Estado de São Paulo constitui ação fundamental para a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, com impacto nas taxas de infecção hospitalar.

**Ana Freitas Ribeiro**  
Diretora Técnica - CVE

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| <i>Editorial</i>  | 25 |
| <i>Atualização epidemiológica e alerta sarampo</i>  | 26 |
| <i>Avaliação das reações adversas ocorridas durante a campanha de vacinação contra raiva canina e felina nos Municípios do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Botucatu, 2010</i> | 33 |
| <i>Implantação do projeto "Mãos limpas são mãos mais seguras" no Estado de São Paulo</i>  | 37 |
| <i>Tabelas de Doenças e Agravos de Notificação</i>  | 44 |
| <i>Notícias</i>   | 45 |

## ATUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ALERTA SARAMPO

O Estado de São Paulo (ESP) reforça a recomendação para que todos os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) mantenham os municípios de sua área de abrangência em **alerta a qualquer** caso suspeito de doença exantemática.

O sarampo é uma doença altamente transmissível que pode cursar com complicações graves, como pneumonia e encefalite e ter evolução fatal. As complicações mais frequentes do sarampo são a otite média (7-9%), pneumonia (1-6%), diarreia (8%), encefalite (1 para cada 1.000 a 2.000 casos) (1) e podem deixar sequelas, tais como: diminuição da capacidade mental, cegueira, surdez e retardo do crescimento (2). Outra complicação é a panencefalite esclerosante subaguda (PEESA), doença rara e degenerativa do sistema nervoso central associado ao vírus do sarampo, que ocorre na proporção de 5 a 10 para um milhão de casos de sarampo, em média sete anos após infecção (2).

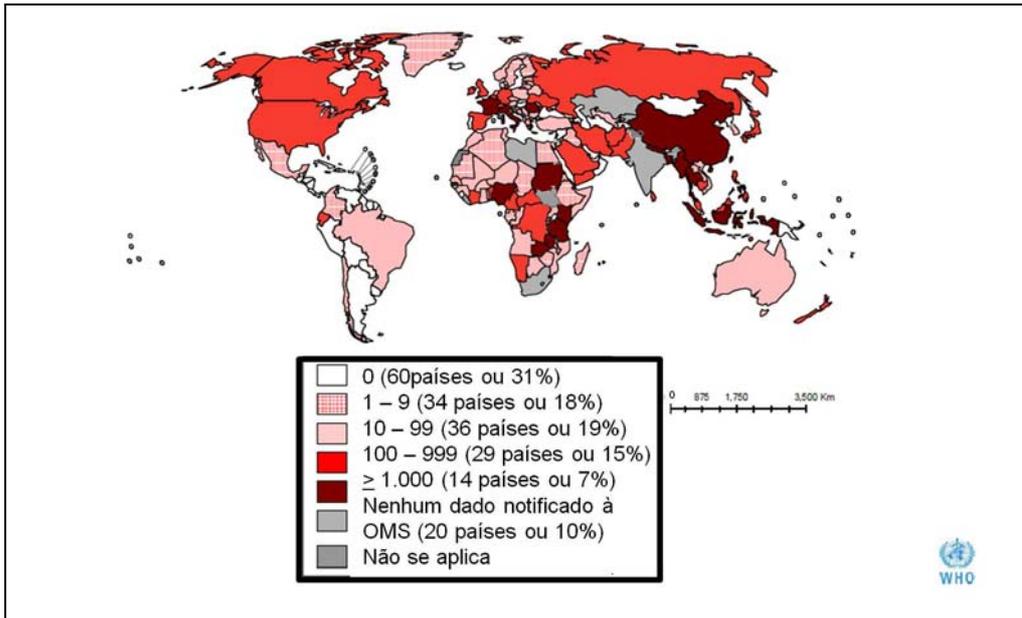
Define-se caso suspeito de sarampo “Todo paciente que, independente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior” (3).

Praticamente todos os indivíduos suscetíveis adquirem a doença após a exposição a um caso de sarampo. O vírus pode ser transmitido cinco dias antes e cinco dias após a erupção cutânea.

A vacina tríplice viral é a medida de prevenção mais segura e eficaz contra o sarampo, protegendo também contra a rubéola e a caxumba.

No enfrentamento do atual cenário do sarampo, com o registro de 27 casos no ESP, em 2011, é importante que todos estejam com sua situação vacinal atualizada de acordo com o calendário estadual de vacinação, notadamente os profissionais da saúde, da educação e do turismo.

Em janeiro de 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atualizou a situação epidemiológica do sarampo em 2011 (Figura 1), quando intensa circulação do vírus ocorreu na Europa e África (4).



**Figura 1** – Distribuição do número de casos de sarampo no mundo, ocorridos no período de Junho a Dezembro de 2011.

Fonte: WHO. Measles Surveillance Data, 2011 Jun-Dec [on line][acessado em 04/02/2012]. Disponível em: [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/big\\_measlesreportedcases6months\\_PDF.pdf](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/big_measlesreportedcases6months_PDF.pdf)

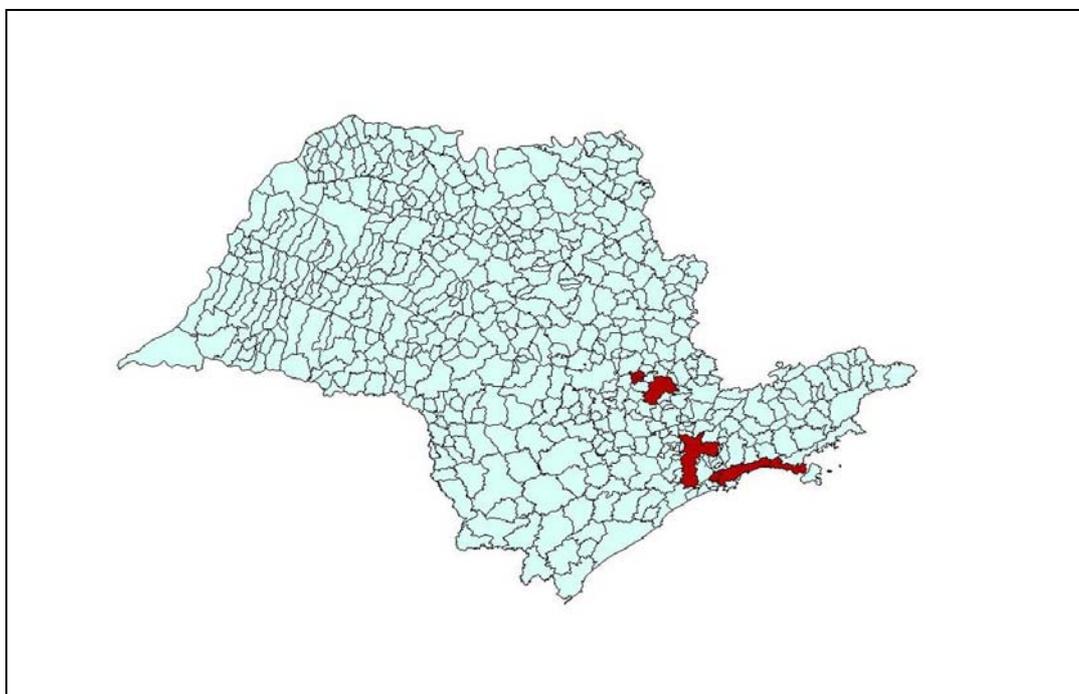
No período de janeiro a novembro de 2011, foram notificados na Europa 28.887 casos de sarampo, incluindo 1.040 casos que evoluíram com pneumonia, 26 casos com encefalite aguda e oito mortes. O maior número de casos foi relatado na França, com mais da metade dos casos na região. Outros países europeus com alta incidência da doença em 2011 foram Itália, Romênia, Espanha e Alemanha. Países menos populosos como a Bélgica, Dinamarca, Noruega e Eslovênia notificaram, em 2011, número superior de casos comparativamente a 2010 (4). A maior incidência foi em crianças menores de 1 ano de idade (39,1 casos/100.000 hab); 97% dos casos foram autóctones e entre os casos com informação da situação vacinal, 82% eram não vacinados (4,5). Países da África, do Sudeste Asiático e Oceania também reportaram grande número de casos em 2011 (4).

A última circulação endêmica do vírus do sarampo na região das Américas foi em 2002. Em 2011 foram relatados no continente americano vários surtos ligados à importação do vírus do sarampo de outras regiões do mundo, resultando em 1.310 casos confirmados. O maior número de casos ocorreu no Canadá, envolvendo 802 casos notificados, seguido dos Estados Unidos (223 casos), Equador (197 casos) e Brasil (42 casos) (6). Em 2012 até a semana epidemiológica que se encerra em 21 de janeiro foram confirmados 15 casos de sarampo na região, nove no Equador e seis nos Estados Unidos (7,8).

Estima-se que em 2000 ocorreu a interrupção da circulação endêmica do sarampo no Brasil e no Estado de São Paulo. Desde então, os casos da doença ocorridos no país foram identificados como importados ou relacionados à importação de países onde a doença continua endêmica (9).

No Brasil, em 2011 foram confirmados 42 casos de Sarampo, segundo o Ministério da Saúde, 27 casos em São Paulo, um caso em Minas Gerais, Bahia, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Piauí, quatro casos no Rio de Janeiro e seis no Rio Grande do Sul. Ocorreram hospitalizações, mas não houve óbitos (10). Os genótipos isolados foram o D4 e o G3, ambos circulantes no continente europeu (4).

No Estado de São Paulo, de 2001 a 2005, 4 casos de sarampo (genótipo D5) foram confirmados, relacionados à importação do Japão e das Ilhas Maldivas. De 2006 a 2010, não houve nenhum caso confirmado. No período de janeiro a dezembro de 2011, o Estado de São Paulo confirmou 27 casos de sarampo, sendo que 13 amostras apresentaram RT-PCR (reverse transcriptase polymerase chain reaction) (FIOCRUZ) para sarampo positivo sendo identificado o genótipo D4. A Figura 2 ilustra a localização geográfica destes casos.



**Figura 2** – Municípios com casos de sarampo, Estado de São Paulo, 2011

Fonte: SINAN Net (acessado em 31/01/2012)

Em 2011, a maioria dos casos (64%) foi atendida inicialmente na rede privada de assistência, com sete casos identificados inicialmente a partir de resultados reagentes para sarampo processados por laboratórios privados. A investigação epidemiológica concluiu que a transmissão foi isolada em sete casos (apesar da intensa busca ativa, não foi possível a identificação de fonte primária ou casos secundários) e três surtos: um intradomiciliar com dois casos e dois surtos em ambiente escolar/domiciliar (um com oito casos e outro com 10 casos). Houve histórico de deslocamento internacional em dois casos (Orlando-EUA e Londres-Inglaterra).

As faixas etárias acometidas variaram entre 6 meses a 41 anos de idade, como demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1** - Casos de sarampo por faixa etária, Estado de São Paulo, 2011.

| Faixa etária | Feminino  |              | Masculino |              |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|              | Nº Casos  | %            | Nº Casos  | %            |
| < 1 ano      | 4         | 33,3         | 5         | 33,3         |
| 5 a 9 anos   | 2         | 16,7         | 2         | 13,3         |
| 15 a 19 anos | 2         | 16,7         | 3         | 20,0         |
| 10 a 14 anos | 2         | 16,7         | 2         | 13,3         |
| 20 a 29 anos | 0         | 0,0          | 2         | 13,3         |
| 40 a 49 anos | 1         | 8,3          | 1         | 6,7          |
| <b>Total</b> | <b>12</b> | <b>100,0</b> | <b>15</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: SINAN Net (acessado em 31/01/2012)

A maioria dos casos (66,6%) ocorreu em indivíduos não vacinados, nove crianças menores de 1 ano de idade, cinco não vacinados por opção e quatro sem história de vacina documentada. Quatro casos foram hospitalizados por curto período para melhora do estado geral. Todos os casos evoluíram para cura, sem complicações ou óbito. O último caso de sarampo no ESP apresentou data de início de exantema em 25/12/2011.

Desta maneira o ESP mantém **o alerta** a todos os casos de febre e exantema, recomendando vigilância sensível para **deteção precoce, notificação oportuna e resposta rápida** a toda suspeita de sarampo, de maneira a assegurar a interrupção da circulação do vírus.

Durante a segunda fase da Campanha de Seguimento contra o Sarampo, em 2011, foram aplicadas 3.360.386 doses de vacina Tríplice Viral em crianças de 1 a 6 anos de idade no ESP, atingindo-se cobertura de 100% (11).

Ações oportunas de vacinação de bloqueio dos comunicantes dos casos suspeitos de sarampo são fundamentais para manter a interrupção da circulação do sarampo no Estado de São Paulo.

### Recomendações às Vigilâncias Regionais e Municipais de Saúde

- Alertar seus equipamentos públicos e principalmente privados (unidades de saúde de baixa, média e alta complexidade), por todos os meios de comunicação possíveis, para que os profissionais de saúde tenham especial atenção aos casos suspeitos de doença exantemática. Estes devem ser imediatamente notificados (12) e investigados para verificar se são casos suspeitos de rubéola e/ou sarampo e/ou dengue.
- Na detecção de casos suspeitos, as Secretarias Municipais devem:
  - proceder à notificação imediata em até 24h à Secretaria de Estado da Saúde (12);
  - proceder à coleta de espécimes clínicos (sangue, secreção nasofaríngea e urina) para a realização do diagnóstico laboratorial;
  - adotar as medidas de controle (bloqueio vacinal seletivo frente aos casos suspeitos e sua ampliação na presença de sorologia reagente);
  - orientar isolamento social.

**Recomendações adicionais:**

- Buscar a integração setor público/privado (Núcleos Hospitalares - NHE, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, laboratórios) para a uniformidade da notificação e de sua importância para deflagração das medidas de controle;
- Buscar capacitação/reciclagem dos profissionais de saúde frente aos casos de doenças exantemáticas febris, conduta no atendimento inicial, confirmação diagnóstica dos casos e medidas de controle;
- Reforçar o monitoramento da cobertura vacinal da vacinação de rotina, a busca de faltosos e vacinação de bloqueio, **identificando onde estão os possíveis suscetíveis;**
- Fortalecer a vacinação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas e outros);
- Fortalecer a vacinação dos profissionais da educação;
- Reforçar a vacinação de profissionais que atuem no setor de turismo, funcionários de companhias aéreas, de transporte rodoviário, motoristas de táxi, funcionários de hotéis e restaurantes, e outros que mantenham contato com viajantes;
- Buscar avaliar/atualizar a situação vacinal nas diferentes faixas etárias em parceria com Secretarias de Educação;
- Envolver as sociedades científicas e conselhos de classe, reforçando a importância da vacinação de rotina de maneira a contribuir na manutenção de altas coberturas vacinais e proteção da população;
- **Alertar os viajantes e aos participantes de eventos de massa sobre a necessidade de assegurarem suas vacinas atualizadas, antes de viajar ou do início do evento (preferencialmente 15 dias antes);**
- **Orientar ao viajante que retorna** que se apresentar febre e exantema evitar o contato com outras pessoas até que possa ser avaliado por um profissional da saúde e procurar imediatamente serviço médico, informando seus sintomas e o trajeto de sua viagem.
- Transparência na comunicação de risco através das estratégias de diversas mídias, atualizando a situação epidemiológica em sua área de abrangência.

**Notifique** todo caso suspeito de sarampo à *Secretaria Municipal de Saúde e/ou à Central de Vigilância Epidemiológica /CIEVS/CVE/CCD/SES-SP no telefone 0800 555 466 (plantão 24 horas, todos os dias) e/ou nos e-mails: [notifica@saude.sp.gov.br](mailto:notifica@saude.sp.gov.br); [dvresp@saude.sp.gov.br](mailto:dvresp@saude.sp.gov.br)*

**Elaborado por:**

*Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, Centro de Vigilância Epidemiológica, da Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil.*

**Endereço para correspondência:** email – [dvresp@saude.sp.gov.br](mailto:dvresp@saude.sp.gov.br)

## Referências

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measles. In: Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J, eds. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book: Course Textbook. 12<sup>th</sup> ed. Washington DC: Public Health Foundation; 2011. Disponível também em: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/meas.html#complications>
2. Centro de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância para Erradicação do Sarampo, Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita, 2001 [on line][acessado em 04/02/2012]. Disponível em [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/resp/quiasarubsrc.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/resp/quiasarubsrc.pdf)
3. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Guia de Vigilância Epidemiológica. 10<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Caderno 2, Sarampo, p. 25.
4. World Health Organization (WHO). Measles Surveillance Data, 2011 Jun-Dec [on line][acessado em 04/02/2012]. Disponível em: [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/big\\_measlesreportedcases6months\\_PDF.pdf](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/big_measlesreportedcases6months_PDF.pdf)
5. European Centre of Diseases Control (ECDC). European monthly measles monitoring (EMMO). Surveillance Report, Volume 7, 16 de janeiro de 2012. [on line][acessado em 04/02/2012]. Disponível em: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1201\\_European\\_monthly\\_measles\\_monitoring\\_Dec\\_2011.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1201_European_monthly_measles_monitoring_Dec_2011.pdf)
6. European Centre of Diseases Control (ECDC). European monthly measles monitoring (EMMO). Surveillance Report, Volume 6, November 2011. [on line][acessado em 02/02/2012]. Disponível em: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1112\\_European\\_monthly\\_measles\\_monitoring\\_Nov\\_2011.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1112_European_monthly_measles_monitoring_Nov_2011.pdf)
7. Pan American Health Organization (PAHO). Measles and Rubella Surveillance in the Americas. Measles/Rubella Weekly Bulletin Dec 31, 2011; 17 (52).[on line][acessado em 02/02/2012]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=730&Itemid=1711&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=730&Itemid=1711&lang=en)
8. Pan American Health Organization (PAHO). Measles and Rubella Surveillance in the Americas. Measles/Rubella Weekly Bulletin Jan 21, 2012;18(3).[on line][acessado em 02/02/2012]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=730&Itemid=1711&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=730&Itemid=1711&lang=en)

9. Prevots DR, Parise MS, Segatto TC, Siqueira MM, dos Santos ED, Ganter B, Perreira MC, Domingues CA, Lanzieri T, Da Silva JB Jr. Interruption of measles transmission in Brazil, 2000-2001. J Infect Dis. 2003 May 15;187 Suppl 1:S111-20.
10. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Nota Técnica nº 20/2011 - Recomendações sobre a vacinação para as delegações brasileiras e estrangeiras da 5ª edição dos Jogos Mundiais Militares. [on line][acessado em 02/02/2012]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota\\_dos\\_jogos\\_militares\\_publicacao\\_15611.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_dos_jogos_militares_publicacao_15611.pdf)
11. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa Nacional de Imunização. SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. (Estatística).[on line][dados acessados em 02/02/2012]. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br>
12. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Portaria nº104, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/nive/pdf/MS2011\\_DNC\\_Port\\_104\\_2501.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/nive/pdf/MS2011_DNC_Port_104_2501.pdf)

#### Política Editorial

O Boletim Epidemiológico do CVE, com um escopo voltado para a epidemiologia e vigilância das doenças infecciosas transmissíveis e não-transmissíveis, tem como objetivo promover o desenvolvimento e a divulgação de informações e atividades relacionadas às práticas de vigilância epidemiológica desenvolvidas pelo CVE e toda a rede que compõe o sistema nos âmbitos estadual, regional e municipal do Estado de São Paulo e contribuir para prevenção, redução ou eliminação das doenças e agravos sob vigilância. Dúvidas sobre a adequação das colaborações propostas podem ser dirimidas junto aos Editores por e-mail: [be-cve@saude.sp.gov.br](mailto:be-cve@saude.sp.gov.br).

O Boletim Epidemiológico do CVE é publicado em português, e destaca os seguintes tipos de trabalhos: relatórios das investigações conduzidas pelas áreas: recomendações e notas técnicas; manuais e protocolos de investigação; relato de casos; avaliações em vigilância com resgate de informes e análises de anos anteriores, entre outros.

Acesse o link do BE CVE - <http://www.cve.saude.sp.gov.br/boletim/bolmenu.htm> e leia cuidadosamente as instruções para autores ao preparar seu trabalho e antes enviá-lo para publicação.

## **AVALIAÇÃO DAS REAÇÕES ADVERSAS OCORRIDAS DURANTE A CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA RAIVA CANINA E FELINA NOS MUNICÍPIOS DO GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE BOTUCATU, 2010**

### **Introdução**

A raiva é uma encefalite viral grave com taxa de letalidade de quase 100%, sendo a Campanha de vacinação contra raiva felina e canina a principal atividade para prevenção da doença em humanos. No Estado de São Paulo não são registrados casos de raiva humana desde 2002, sendo o último caso confirmado pela variante canina em 1998. Até o ano de 2009 era utilizada a vacina Fuenzalida & Palácios, sendo no ano de 2010 substituída por uma vacina de cultivo celular (RaiPet – Biovet) distribuída pelo Ministério da Saúde.

Durante a vacinação alguns municípios relataram maior número de eventos adversos do que o esperado, culminando assim na suspensão da Campanha de vacinação contra raiva em cães e gatos no Estado de São Paulo. O presente trabalho tem como objetivo avaliar as reações adversas ocorridas durante a campanha de vacinação contra raiva canina e felina nos municípios que fazem parte do Grupo de Vigilância Epidemiológica XVI – Botucatu (GVE XVI) no ano de 2010.

Os dados para realização do estudo foram obtidos através da ficha de Notificação de Eventos Adversos pós-vacinação com a vacina contra raiva canina/felina em cultivo celular (BHK) fornecida pelo Instituto Pasteur, preenchida pelos municípios pertencentes à GVE XVI e analisada pela equipe epidemiológica do referido GVE.

### **Resultados**

Até o momento da suspensão da Campanha, em 20 de agosto de 2010, 13 dentre os 30 municípios que fazem parte do GVE XVI Botucatu já haviam iniciado a vacinação sendo que cinco (38%) apresentaram casos de reações adversas à vacina (Quadro 1). No total foram 31 reações sendo 14 (45,2%) em cães e 17 (54,8%) em gatos, em relação ao sexo 22 (70,9%) eram fêmeas e nove (29,1%) eram machos. A idade dos animais variou de três meses a 15 anos, com média de três anos e mediana de 5,2 anos. Em relação ao porte dos cães a variação foi de 1 kg a 60 kg, com média de 16 kg e mediana de 10 kg.

**Quadro 1** - Animais vacinados e número de reações adversas após a vacinação, por município, GVE XVI Botucatu, 2010

| Municípios da GVE XVI  | Animais vacinados     |              |               | Reações apresentadas |             |           |             |           |             |
|------------------------|-----------------------|--------------|---------------|----------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
|                        | Cães                  | Gatos        | Total         | Cães                 | CI/1.000    | Gatos     | CI/1.000    | Total     | CI/1.000    |
| Águas de Santa Barbara | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Anhembi                | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Arandu                 | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Areiópolis             | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Avaré                  | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Barão de Antonina      | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Bofete                 | 1.161                 | 194          | 1.355         | 1                    | 0,86        | 1         | 5,15        | 2         | 1,48        |
| Botucatu               | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Cerqueira César        | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Conchas                | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Cel. Macedo            | 995                   | 217          | 1.212         | 2                    | 2,01        | 5         | 23,04       | 7         | 5,78        |
| Fartura                | 103                   | 21           | 124           | 0                    | 0,00        | 0         | 0,00        | 0         | 0,00        |
| Iaras                  | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Itai                   | 2.405                 | 309          | 2.714         | 1                    | 0,42        | 0         | 0,00        | 1         | 0,37        |
| Itaporanga             | 1.218                 | 315          | 1.533         | 0                    | 0,00        | 0         | 0,00        | 0         | 0,00        |
| Itatinga               | 2.600                 | 350          | 2.950         | 4                    | 1,54        | 2         | 5,71        | 6         | 2,03        |
| Laranjal Paulista      | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Manduri                | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Paranapanema           | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Pardinho               | 450                   | 70           | 520           | 0                    | 0,00        | 0         | 0,00        | 0         | 0,00        |
| Pereiras               | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Piraju                 | 3.189                 | 400          | 3.589         | 6                    | 1,88        | 9         | 22,50       | 15        | 4,18        |
| Porangaba              | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Pratânia               | 220                   | 144          | 364           | 0                    | 0,00        | 0         | 0,00        | 0         | 0,00        |
| São Manuel             | 1.506                 | 377          | 1.883         | 0                    | 0,00        | 0         | 0,00        | 0         | 0,00        |
| Sarutaiá               | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Taguai                 | 426                   | 97           | 523           | 0                    | 0,00        | 0         | 0,00        | 0         | 0,00        |
| Taquarituba            | campanha não iniciada |              |               |                      |             |           |             |           |             |
| Tejupá                 | 310                   | 40           | 350           | 0                    | 0,00        | 0         | 0,00        | 0         | 0,00        |
| Torre de Pedra         | 196                   | 25           | 221           | 0                    | 0,00        | 0         | 0,00        | 0         | 0,00        |
| <b>GVE XVI</b>         | <b>14.779</b>         | <b>2.559</b> | <b>17.338</b> | <b>14</b>            | <b>0,95</b> | <b>17</b> | <b>6,64</b> | <b>31</b> | <b>1,79</b> |

Fonte: Instituto Pasteur - 2010

CI = Coeficiente de Incidência

Foram vacinados 17.338 animais sendo 14.779 cães e 2559 gatos. Portanto 1,79 reações por 1.000 animais vacinados, sendo 0,95 reações por 1.000 cães vacinados e 6,64 reações por 1.000 gatos vacinados. Os principais sintomas apresentados pelos animais foram: dor no local da aplicação, inapetência, letargia, febre, paralisia e/ou paresia, dispneia e convulsões (Tabela 1). O tempo de aparecimento dos sintomas variou entre 30 minutos e 72 horas, com média de 16 horas e mediana de 12 horas.

**Tabela 1** - Sintomas apresentados pelos animais que desenvolveram reações adversas após a vacinação anti-rábica, GVE XVI Botucatu, 2010

| Sintomas           | Nº Casos | %     |
|--------------------|----------|-------|
| Dor                | 26       | 83,87 |
| Inapetência        | 23       | 74,19 |
| Letargia           | 23       | 74,19 |
| Ataxia             | 17       | 54,84 |
| Febre              | 15       | 48,39 |
| Paresia/paralisia  | 13       | 41,94 |
| Dispneia           | 11       | 35,48 |
| Convulsões         | 9        | 29,03 |
| Vômito             | 5        | 16,13 |
| Sonolência         | 5        | 16,13 |
| Diarreia           | 4        | 12,90 |
| Edema pulmonar     | 1        | 3,23  |
| Choque anafilático | 1        | 3,23  |

Fonte: Instituto Pasteur - 2010

Em relação a raças dos animais, 22 (70%) não tinham raça definida. Na Tabela 2 observa-se a distribuição racial dos animais. Foram registrados quatro óbitos, sendo todos da espécie canina. Três animais no município de Itatinga e um no município de Itaí. Os animais que apresentaram reação foram vacinados entre 4 a 19 de agosto, sendo que todos receberam a vacina por via subcutânea.

**Tabela 2** - Distribuição racial dos cães e gatos que desenvolveram reações adversas após a vacinação anti-rábica, GVE XVI, 2010.

| Raças            | Nº de reações adversas |
|------------------|------------------------|
| <b>CÃES</b>      |                        |
| Chihuahua        | 1                      |
| Fila brasileiro  | 1                      |
| Poodle           | 2                      |
| Teckel           | 1                      |
| Srd              | 9                      |
| <b>Sub total</b> | <b>14</b>              |
| <b>GATOS</b>     |                        |
| Angorá           | 1                      |
| Persa            | 1                      |
| Siamês           | 2                      |
| Srd              | 13                     |
| <b>Subtotal</b>  | <b>17</b>              |

Fonte: Instituto Pasteur - 2010

Srd = sem raça definida

## Conclusões

O número de eventos adversos encontrados no GVE XVI Botucatu foi mais expressivo na espécie felina e em cães de porte pequeno a médio, sendo a maioria dos animais do sexo feminino. As reações adversas encontradas apresentaram-se acima no esperado pelo produtor

da vacina (0,01%). É importante ressaltar que as reações adversas podem estar associadas tanto à resposta individual do animal, às condições de aplicação e armazenamento do produto quanto à própria vacina. A utilização de uma vacina de cultivo celular representa um importante avanço aos serviços de saúde por conferir melhor resposta imunológica, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde. É necessário aprimorar as investigações a fim de reiniciar os trabalhos com segurança, já que a Campanha de vacinação é ferramenta essencial na prevenção da raiva em humanos.

**Elaborado por**

*Maria Lúcia V. S. César, Subgrupo de Vigilância Epidemiológica de Avaré/GVE XVI – Botucatu, SP, Brasil; Maria Salete Carli, Grupo de Vigilância Epidemiológica XVI – Botucatu, SP, Brasil.*

**Endereço para correspondência:**

Maria Lúcia V. S. César, Tel. (14) 3732-5059; email – [epidemiologicaavare@ig.com.br](mailto:epidemiologicaavare@ig.com.br)

**Bibliografia Consultada**

1. Reichmann MLAB, Pinto HBF, Nunes VFP. Manual Técnico - Vacinação Contra Raiva de Cães e Gatos. São Paulo: Instituto Pasteur; 1999.
2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Instituto Pasteur. Nota Técnica - Situação Epidemiológica da vacinação contra a raiva canina e felina no Estado de São Paulo; São Paulo: Instituto Pasteur; 2010.

**Submissão, Aceitação e Cronograma**

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

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

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

## **IMPLANTAÇÃO DO PROJETO “MÃOS LIMPAS SÃO MÃOS MAIS SEGURAS” NO ESTADO DE SÃO PAULO**

### **Sumário**

A higienização das mãos é uma medida básica para reduzir as infecções relacionadas à assistência à saúde sendo o primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Embora a ação seja simples, a baixa adesão entre os profissionais de saúde é um problema em todo o mundo. Diretrizes da OMS foram desenvolvidas para encorajar os profissionais de saúde a higienizar as mãos no momento certo, através da implantação de uma estratégia multimodal. Reconhecendo a importância desta estratégia o Centro de Vigilância Epidemiológica por meio da Divisão de Infecção Hospitalar implantou o Projeto: “Mãos limpas são mãos mais seguras” que consiste na implantação da estratégia da OMS adaptada para o estado de São Paulo e tem como público alvo todas as unidades hospitalares, independentemente do número de leitos ou complexidade. Foram realizadas 11 capacitações com o objetivo de instrumentalizar os hospitais para implantação do Projeto. As capacitações foram realizadas de forma regionalizada e alcançaram 897 profissionais, representantes dos hospitais e das vigilâncias regionais e municipais.

### **Introdução**

A higienização das mãos é considerada a medida de maior impacto e de comprovada eficácia na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, uma vez que impede a transmissão cruzada de microrganismos. Estudos mostram que uma maior adesão às práticas de higienização das mãos está associada a uma redução nas taxas das infecções, mortalidade e transmissão de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde.

Embora a higienização das mãos seja uma ação simples, a não adesão a esta prática pelos profissionais de saúde ainda é considerada um desafio no controle de infecção dos serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs em âmbito mundial a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, lançada em 2004, com o objetivo de reduzir os riscos associados às infecções relacionadas à assistência à saúde. O primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente está focado na higienização das mãos. Essa proposta tem como lema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” e conta com o comprometimento de vários países do mundo, com a inclusão do Brasil em 2007. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em cooperação com Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) iniciou em 2007 um projeto piloto para testar as diretrizes da OMS, traduzidas para o português, em cinco hospitais da rede sentinela.

As diretrizes da OMS foram desenvolvidas para encorajar os profissionais de saúde a higienizar as mãos no **momento certo** podendo ser aplicadas em qualquer unidade de saúde independentemente do número de leitos ou complexidade. Estas diretrizes listam vários componentes que formam a **estratégia multimodal**, por considerar ser este um método mais confiável para oferecer melhorias da higienização das mãos sustentadas nas unidades de saúde. A estratégia multimodal envolve cinco componentes críticos a serem desenvolvidos:

1. **Mudança de sistema:** é um componente vital para a Implantação da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Envolve a infraestrutura necessária na unidade para as práticas de higienização das mãos. Sem as devidas melhorias locais, os outros componentes da Estratégia Multimodal não serão efetivos.
2. **Treinamento e educação:** Os profissionais de saúde necessitam de um treinamento claro e sucinto sobre a importância da higienização das mãos, especialmente direcionado para “Os Cinco Momentos para a Higienização das Mãos” e para os procedimentos corretos de higienização antisséptica das mãos com preparações alcoólicas (gel ou solução) e higienização simples das mãos (água e sabonete líquido associado ou não a antissépticos).
3. **Avaliação e retorno:** A avaliação das práticas de higienização das mãos, percepção e conhecimento sobre o tema, nos serviços de saúde, são elementos vitais para o planejamento e também para verificar se as mudanças implementadas nestes serviços têm sido efetivas na melhoria da higienização das mãos e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde. Isto é essencial para a sustentabilidade das práticas de higienização das mãos.
4. **Lembretes no local de trabalho:** Os cartazes nos locais de trabalho são importantes, pois servem com lembretes para os profissionais de saúde sobre a necessidade das práticas de higienização das mãos, além de informarem pacientes e visitantes a respeito do padrão de assistência que eles podem esperar dos profissionais de saúde.
5. **Clima de segurança institucional:** se refere ao ambiente e às percepções de segurança do paciente nos serviços de saúde, nos quais a melhoria da higienização das mãos é considerada prioridade.
6. Reconhecendo a importância de estratégia multimodal da OMS o Centro de Vigilância Epidemiológica por meio da Divisão de Infecção Hospitalar propôs a realização do Projeto: **“Mãos Limpas são Mãos mais Seguras”**.

### **Objetivo geral**

Implantar o Projeto: **Mãos limpas são mãos mais seguras** em unidades hospitalares do Estado de São Paulo

## Objetivos específicos

- Capacitar os interlocutores dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado de São Paulo para acompanhar a implantação do Projeto **Mão limpas são mãos mais seguras** para a Melhoria da Higienização das Mãos nos hospitais de sua área de abrangência;
- Divulgar aos profissionais de controle de infecção, administradores e gestores de serviços de saúde o programa de melhoria da higienização das mãos;
- Oferecer conhecimento técnico para embasar os profissionais dos hospitais participantes nas ações relacionadas à promoção das práticas de higienização das mãos, visando à prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.
- Contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente;
- Avaliar a implantação do Projeto **Mão limpas são mãos mais seguras** nos hospitais do estado de São Paulo participantes deste programa

## Método

Em outubro de 2010, a partir de uma definição do Comitê Estadual de Infecção Hospitalar, foi criado um Grupo de Trabalho interinstitucional com as seguintes atribuições:

- Definir as estratégias de implantação do Projeto;
- Adaptar os instrumentos, propostos pela OMS, de coleta de informações para monitoramento dos indicadores de melhoria de higienização de mãos;
- Colaborar na realização das capacitações regionalizadas;
- Atuar como apoio técnico para esclarecimento de dúvidas e orientação técnica aos Grupos de Vigilância Epidemiológica Regionais (GVE) e profissionais dos hospitais que implantaram o projeto;
- Avaliar os resultados obtidos e propor novas ações para garantir melhorias sustentadas em higienização de mãos.

O Projeto tem como público alvo todas as unidades hospitalares do Estado de São Paulo, públicas e privadas, independentemente do número de leitos ou complexidade, que, segundo levantamento realizado junto aos GVE, no mês de fevereiro de 2011, representava um universo de **838 unidades**.

A adesão ao Projeto é voluntária, estando condicionada à escolha de pelo menos, uma unidade do hospital para implantação, e como critério mínimo a unidade escolhida deve **disponibilizar preparação alcoólica para higienização das mãos no ponto de assistência e possuir uma pia para cada 10 leitos com acesso a sabonete líquido e papel toalha**.

As capacitações nas ações e etapas do projeto foram feitas com o objetivo de oferecer subsídios teóricos e fornecer materiais de apoio para cada participante constando de: **cartazes dos “Cinco momentos para higiene das mãos”, folder com “As nove recomendações-chave para a melhoria das práticas de higienização de mãos”, cartazes autocolantes “Como fazer**

*higienização das mãos com produto alcoólico*” e *“Como fazer higienização das mãos com água e sabonete líquido*” e **manuais técnicos, planilhas para consolidação de dados, aulas e vídeos gravados em CD**. A divulgação para as capacitações realizadas nos meses de agosto e setembro de 2011 foi feita através dos interlocutores regionais e disponibilizadas no site do CVE/Infecção Hospitalar.

O prazo estipulado para envio das adesões pelos hospitais participantes foi 31 de dezembro de 2011.

Informes eletrônicos para divulgação dos hospitais que fizeram a adesão ao Projeto, atualizações e todo o material necessário para implantação ficarão disponibilizados na página da Divisão de Infecção Hospitalar no endereço;

[http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/ih\\_proj\\_maos.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/ih_proj_maos.htm), podendo ser utilizados por qualquer unidade de assistência à saúde, como forma de incentivo á adequada higienização das mãos dos profissionais.

### **Desenvolvimento do Projeto nas unidades (Estratégia)**

O Projeto consiste na implantação da estratégia multimodal da OMS **adaptada** para o estado de São Paulo e consta de **quatro etapas**:

- **Preparação da unidade**
  - Planejar a implantação do projeto e avaliar informações sobre estrutura e recursos existentes
- **Avaliação básica**
  - Coletar informações que devem refletir as práticas atuais de higienização das mãos e a infraestrutura disponível no local.
- **Capacitação**
  - Realizar as sessões de capacitação teórica e prática para toda a equipe da unidade escolhida para desenvolver o projeto.
- **Avaliação final**
  - Avaliar o impacto em curto prazo das várias ações implementadas, comunicar os resultados obtidos para todos os envolvidos e planejar a continuidade das ações.

**Ao final do projeto deverão ser avaliados três indicadores de melhoria:**

- *Melhoria nas estruturas de higienização das mãos;*
- *Aumento no consumo de produto alcoólico para higienização das mãos;*
- *Melhoria da percepção e conhecimento dos profissionais sobre higienização das mãos.*

A duração esperada para implantação do Projeto é de aproximadamente 10 meses e neste período cada hospital deverá completar as quatro etapas previstas.

A avaliação da implantação do Projeto no nível estadual será feita pela Divisão de Infecção Hospitalar através da análise das planilhas de consolidação de dados a serem enviadas pelos hospitais participantes durante todas as etapas da implantação. A avaliação dos dados será

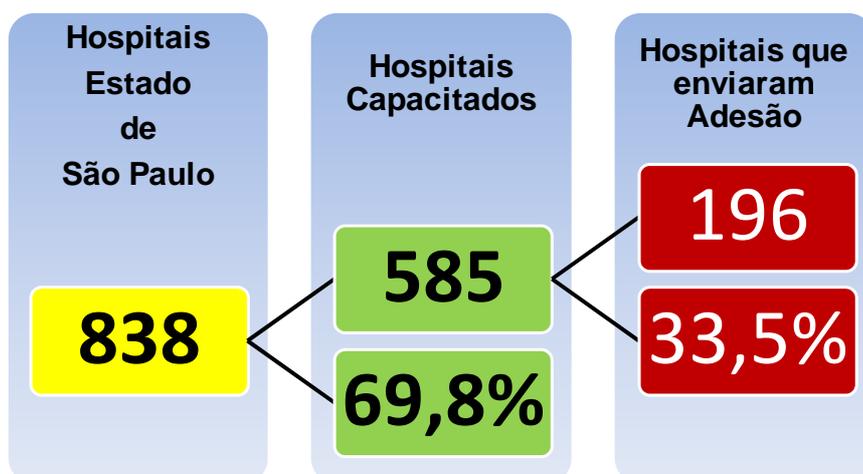
feita de forma global, garantindo-se a confidencialidade das informações. Os resultados obtidos serão amplamente divulgados, e servirão de base para discussão da continuidade do Projeto.

### Resultados Preliminares

Foram realizadas 11 capacitações regionalizadas nos meses de agosto e setembro de 2011, para atingir os 838 hospitais do estado. Participaram das capacitações 585 hospitais, o que representa 69,8% do total, sendo que desses, 196 fizeram a adesão ao Projeto, representando 33,5%. Foram capacitados 897 profissionais incluindo representantes dos hospitais e profissionais das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias regionais e municipais. Estes dados estão demonstrados na Tabela 1 e Figura 1.

**Tabela 1** - Distribuição do total de hospitais do Estado, do número de hospitais e profissionais capacitados, e do número de hospitais que aderiram ao Projeto "Mãos limpas são mãos mais seguras", segundo GVE, Estado de São Paulo, 2011

| Grupo de Vigilância Epidemiológica | Total Hospitais Estado de São Paulo | Hospitais capacitados | Profissionais capacitados | Hospitais capacitados que aderiram ao Projeto |             |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|---|-------------|
|                                    |                                     |                       |                           | N   | %           |
| Araçatuba                          | 28                                  | 13                    | 23                        | 3   | 23,1        |
| Araraquara                         | 24                                  | 15                    | 20                        | 6   | 40,0        |
| Assis                              | 22                                  | 10                    | 13                        | 3   | 30,0        |
| Barretos                           | 17                                  | 13                    | 29                        | 1   | 7,7         |
| Bauru                              | 38                                  | 32                    | 51                        | 17  | 53,1        |
| Botucatu                           | 16                                  | 12                    | 20                        | 3   | 25,0        |
| Campinas                           | 77                                  | 33                    | 71                        | 10  | 30,3        |
| Capital                            | 180                                 | 129                   | 163                       | 54  | 41,9        |
| Caraguatatuba                      | 8                                   | 6                     | 5                         | 1   | 16,7        |
| Franca                             | 16                                  | 12                    | 15                        | 6   | 50,0        |
| Franco da Rocha                    | 11                                  | 9                     | 18                        | 4   | 44,4        |
| Itapeva                            | 6                                   | 5                     | 15                        | 2   | 40,0        |
| Jales                              | 11                                  | 11                    | 13                        | 1   | 9,1         |
| Marília                            | 26                                  | 21                    | 25                        | 2   | 9,5         |
| Mogi das Cruzes                    | 30                                  | 28                    | 38                        | 7   | 25,0        |
| Osasco                             | 22                                  | 17                    | 26                        | 10  | 58,8        |
| Piracicaba                         | 31                                  | 28                    | 42                        | 11  | 39,3        |
| Presidente Prudente                | 22                                  | 22                    | 40                        | 2   | 9,1         |
| Presidente Venceslau               | 9                                   | 5                     | 9                         | 2   | 40,0        |
| Registro                           | 3                                   | 3                     | 7                         | 3   | 100,0       |
| Ribeirão Preto                     | 33                                  | 23                    | 36                        | 3   | 13,0        |
| Santo André                        | 40                                  | 25                    | 42                        | 9   | 36,0        |
| Santos                             | 26                                  | 22                    | 34                        | 7   | 31,8        |
| São João da Boa Vista              | 20                                  | 7                     | 14                        | 2   | 28,6        |
| São José do Rio Preto              | 40                                  | 32                    | 48                        | 5   | 15,6        |
| São José dos Campos                | 30                                  | 18                    | 20                        | 9   | 50,0        |
| Sorocaba                           | 33                                  | 20                    | 40                        | 6   | 30,0        |
| Taubaté                            | 19                                  | 14                    | 20                        | 7   | 50,0        |
| <b>Total</b>                       | <b>838</b>                          | <b>585</b>            | <b>897</b>                | <b>196</b>                                    | <b>33,5</b> |



**Figura1-** Número e percentual de hospitais capacitados que aderiram ao Projeto “Mãos limpas são mãos mais seguras”, Estado de São Paulo, 2011

### Próximos passos

Os hospitais participantes estão enviando as planilhas com informações referentes à Etapa 2 do Projeto (Avaliação básica da unidade).

No mês de fevereiro será realizado um *Workshop* para troca de experiência entre os hospitais participantes através de teleconferência com transmissão ao vivo.

### Agradecimentos

Aos membros do grupo interinstitucional constituído para implantação do Projeto “Mãos limpas são mãos mais seguras”.

Aos interlocutores de Infecção Hospitalar dos Grupos de Vigilância Epidemiológica.

### Elaborado por:

*Silvia Alice Ferreira, Geraldine Madalozzo, Denise Brandão de Assis, Yara Yatiko Yassuda, Zuleida Monteiro da Silva Polachini; Divisão de Infecção Hospitalar, Centro de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Controle de Doenças/SES-SP, Brasil.*

**Endereço para correspondência:** Silvia Alice Ferreira, Telefone: (11) 3066-8261 e-mail: [projetohtm.sp@gmail.com](mailto:projetohtm.sp@gmail.com)

### Bibliografia consultada

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Brochura: Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\\_maos/manual\\_integra.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf).
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Brochura: Segurança do Paciente. Higienização das Mãos. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente\\_hig\\_maos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf).
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Guia para Implantação da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/723a3f0040ab1bfc9ac7db45e19b1501/guia\\_de\\_impliment.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/723a3f0040ab1bfc9ac7db45e19b1501/guia_de_impliment.pdf?MOD=AJPERES).
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ( ANVISA). Manual para Observadores. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao\\_oms/manual\\_para\\_observadores-miolo.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf).
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ( ANVISA). Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf).
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ( ANVISA). Resolução – RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/105968-42.html>.
7. World Health Organization (WHO). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf).
8. World Health Organization (WHO). A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.02\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.02_eng.pdf).
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for the prevention and control of norovirus gastroenteritis outbreaks in healthcare settings. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/norovirus/Norovirus-Guideline-2011.pdf>

## DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

**Tabela 1** - Casos e Surtos confirmados de doenças e agravos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, de 2007 a 2010 e acumulados até a SE 46 em 2011, com destaque para a semana finalizada em 26 de novembro de 2011 (SE 47)\*

| Doenças/Agravos - Casos Confirmados  | 2007-2010 | 2011*           |        |
|--|-----------|-----------------|--------|
|  |           | Acum. SE01-SE46 | SE47   |
| Botulismo  | 12        | 0               | 0      |
| Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Surtos)                     | 1.636     | 37              | 0      |
| Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Casos envolvidos em Surtos) | 8003      | 141***          | 0      |
| Cólera   | 0         | 1††             | 0      |
| Conjuntivite   | 549.418   | 1.101.334       | 1.471  |
| Coqueluche   | 750       | 685             | 25     |
| Dengue (Casos Autóctones e Importados)                                       | 317.904   | 96.273          | 87     |
| Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)**                                     | 2.879.475 | 852.161         | 14.049 |
| Diarréia (Surtos)  | 2001      | 477             | 5      |
| Diarréia (Casos envolvidos em Surtos)  | 37.753    | 9.449           | 35     |
| Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas                       | 27        | 5               | 0      |
| Esquistossomose (Casos Autóctones)   | 607       | 68***           | 1      |
| Esquistossomose (Total de Casos)   | 5.317     | 930***          | 22     |
| Febre Maculosa / Rickettsioses   | 200       | 69              | 0      |
| Febre Tifóide  | 36        | 4               | 0      |
| Hantavirose  | 78        | 17              | 0      |
| Hepatite A(Surtos)   | 131       | 15              | 0      |
| Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos)                                      | 819       | 48              | 0      |
| Hepatite A (Casos esporádicos)   | 1.116     | 165***          | 0      |
| Hepatites B  | 13.807    | 3.343           | 47     |
| Hepatites C  | 25.077    | 4.792           | 80     |
| Hepatite B + C (co-morbidade)  | 688       | 109             | 0      |
| SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)†   | 12.091    | 12              | 1      |
| Leishmaniose Tegumentar Americana  | 1.724     | 252             | 13     |
| Leishmaniose Visceral  | 1.107     | 163             | 9      |
| Leptospirose   | 3.130     | 8867            | 11     |
| Doença Meningocócica   | 5.130     | 1.191           | 24     |
| Outras Meningites Bacterianas  | 7.516     | 1.504           | 27     |
| Meningites Virais  | 21.175    | 3.576           | 78     |
| Outras Meningites  | 4.378     | 710             | 13     |
| Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)                                       | 347       | 73              | 2      |
| Poliomielite (poliovírus selvagem)   | 0         | 0               | 0      |
| Rotavírus (em < 5 anos)§   | 294       | 149***          | 0      |
| Rubéola  | 2.373     | 0               | 0      |
| Sarampo  | 0         | 26              | 0      |
| Síndrome da Rubéola Congênita  | 23        | 0               | 0      |
| Síndrome Hemolítico-Urêmica  | 5         | 1               | 0      |
| Tétano Acidental   | 107       | 24              | 1      |
| Tracoma¶   | 9.071     | 1.317           | 139    |
| Varicela (Surtos)  | 10.446    | 2.545           | 45     |
| Varicela (Casos envolvidos em Surtos)  | 78.933    | 16.010          | 149    |
| Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (excluídas as urbanas)    | 49.735    | 23.844          | ...    |

Fonte: SINAN Net (com correções)

Notas:

(\*) 2011 - dados provisórios

(\*\*) Fonte: SIVEP\_DDA/SVS/DATASUS

(\*\*\*) Dados corrigidos em relação ao informado anteriormente

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

(††) Caso importado

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

(¶) Fonte: Inquérito de Tracoma/SINAN Net

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

Acum. – casos acumulados

SE – Semana Epidemiológica

## NOTÍCIAS

---

### **Resultados da Investigação de Surto de Diarreia por *Salmonella* Enteritidis em Batatais, SP, Janeiro de 2012**

Em 12/01/2012 o município de Batatais, SP, identificou um surto de diarreia, o qual ganhou grande destaque na mídia, sendo divulgado no Jornal SPTV da TV Globo, em 14/01/2012, e em vários jornais locais. Na investigação epidemiológica, conduzida pela equipe do município, com o acompanhamento do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XXIV Ribeirão Preto, foram identificados 156 casos com diarreia e outros sintomas como vômito, náusea, mialgia, cefaleia e calafrios, e um óbito. Dentre eles, 149 procuraram serviço médico recebendo hidratação oral ou endovenosa, 115 receberam prescrição para tomar antibióticos e 27 necessitaram de internação. Doze amostras testadas foram positivas para *Salmonella* spp e encaminhadas para o Instituto Adolfo Lutz Central para sorotipagem, revelando-se tratar de *Salmonella* Enteritidis. O fator de risco comum entre os doentes foi o consumo de refeição em “marmitex” de um mesmo restaurante local, com picos de casos nos dias 12 e 13/01/2012. O cardápio servido foi arroz, feijão, estrogonofe, maionese de legumes (feita com ovos crus), cabotiá, e alface, e frango com creme de leite e sem creme de leite. Não foi feito estudo epidemiológico analítico com doentes e não doentes, porém, somente o estudo descritivo com doentes, verificando-se que a grande maioria deles ingeriu todos os itens e alguns apenas um, utilizando, entretanto, os mesmos talheres para se servirem de todos os pratos. Não foi possível a coleta de sobras de alimentos. A medida imediata tomada foi interdição do estabelecimento pela Vigilância Sanitária do município que constatou irregularidades, para o que foram solicitadas readequações. A Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DDTHA/CVE) aguarda maiores informações sobre a procedência dos ovos para notificar a Secretaria Estadual de Agricultura e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). Reforça-se a necessidade de maior divulgação sobre os perigos de se ingerir ovos crus ou mal cozidos para a população, restaurantes e manipuladores de alimentos em geral.

#### **Elaborado por:**

*Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – DDTHA/CVE, com base em Relatórios de Investigação enviados pelas equipes de vigilância do Município de Batatais e pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XXIV Ribeirão Preto, e em informações obtidas junto à Central/CIEVS/CVE.*

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

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

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

**Centro de Vigilância Epidemiológica**

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

**Equipe editorial**

**Coordenadora Executiva** – Márcia Cristina Fernandes Prado Reina

Daniel Marques

Marco Antonio de Moraes

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Norma Helen Medina

**Projeto Gráfico**

Maria Bernadete de Paula Eduardo

**Arte final**

Zilda Souza



Centro de Vigilância Epidemiológica Prof.  
Alexandre Vranjac

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

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