

*Editorial***Prezado leitor**

O sarampo é uma doença viral, de transmissão respiratória e altamente contagiosa. A circulação endêmica do vírus do sarampo foi interrompida na região das Américas em 2002. Até outubro de 2013, 320 casos de sarampo e sete casos de rubéola foram registrados na região; 166 nos Estados Unidos, 39 no Canadá, 1 na Colômbia (4), e 114 casos no Brasil. Frente a situação epidemiológica atual, com a preparação para copa do mundo em 2014, é importante que o profissional esteja atento para identificação precoce e notificação de casos suspeitos, bem como manter altas coberturas vacinais na população.

Neste número, apresentamos importante trabalho do EPISUS e Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) sobre a investigação de surto de diarreia por alimento associado a refeitório de hospital público no Município de São Paulo.

Ana Freitas Ribeiro
Diretora Técnica - CVE

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Editorial | 01 |
| Surto de Diarréia por Alimentos Associado a Refeitório de Hospital Público no Município de São Paulo/SP, out.2013 | 02 |
| Atualização: Casos de Sarampo Confirmados no Brasil | 12 |
| Intensificação de busca ativa de casos de tuberculose no estado de São Paulo, 2013 | 16 |
| Tabelas de Doenças e Agravos de Notificação | 17 |
| Notícias | 18 |

SURTO DE DIARREIA POR ALIMENTOS ASSOCIADO A REFEITÓRIO DE HOSPITAL PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SP, OUTUBRO DE 2011

RESUMO

A diarreia, sintoma comum das doenças transmitidas por alimentos, pode ser causada por inúmeros agentes etiológicos e por falhas na preparação dos alimentos. Este trabalho tem como objetivo apresentar os resultados da investigação de um surto de diarreia ocorrido em duas instituições públicas de saúde, no mesmo quarteirão, no município de São Paulo, SP, e apresentar medidas desencadeadas para a prevenção de novos casos ou surtos. Foi realizado estudo descritivo dos casos notificados e após, estudos analíticos de coorte retrospectiva (Instituição A) e de caso-controle (Instituição B). Definiu-se caso o indivíduo com diarreia, com ou sem outros sintomas gastrintestinais, no período de 5 a 31 de outubro de 2011. Amostras de fezes foram testadas pelo Instituto Adolfo Lutz. Foram identificados 129 doentes (mediana da idade=45 anos; variação=20-67); 77,5% do sexo feminino. No estudo de coorte, dos 132 comensais, 32 [Taxa de Ataque=32%] adoeceram. O fator de risco “almoçar no refeitório do hospital” apresentou maior significância estatística [RR=4,25; IC_{95%}=2,20-8,18; p<0,001]. No estudo de caso-controle (67 doentes e 71 controles entrevistados), “suco oferecido no refeitório” [OR=5,03; IC_{95%}=2,13-11,82; p<0,001], foi associado a risco cinco vezes maior que no grupo dos não expostos. Não se identificou o agente etiológico. Na investigação sanitária constatou-se que a cozinha do hospital apresentava pontos críticos que propiciavam a contaminação de alimentos preparados por empresa contratada. Medidas sanitárias foram tomadas como orientações sobre higiene e boas práticas de manipulação de alimentos, recomendando-se ainda, ao hospital, a readequação da estrutura física da cozinha do refeitório.

ABSTRACT

Diarrheal, common symptom in foodborne diseases can be caused by several etiologic agents and by inadequate practices of food preparation. We summarize the results of the diarrheal outbreak investigation occurred in two health public institutions, in the same quarter, in Sao Paulo city, SP, presenting the sanitary measures to prevent new cases and outbreaks. A descriptive study was conducted with the reported cases and after, analytical studies of retrospective cohort (Institution A) and a control-case (Institution). Case was defined as the person who presented diarrheal, with or without other gastrointestinal symptoms, from 5 to October 31, 2011. Stool samples were tested by Adolfo Lutz Institute. A total of 129 cases were identified (median of age=45 years; range=20-67); 77.5% were female. In the cohort study, of the 132 involved in the outbreak, 32 were case [incidence rate = 32%]. The risk factor “to have lunch in the hospital refectory” presented the statistical significance [RR=4.25; CI_{95%}=2.20-8.18; p<0.001]. In the control-case (67 cases and 71 controls), “juice prepared in the hospital refectory” [OR=5.03; CI_{95%}= 2.13-11.82; p<0.001], was associated in the exposure group to the risk of five folds higher than in the no-exposure group. The etiologic agent was not identified. Sanitary investigation showed the hospital cuisine had important critical points for the contamination of food prepared by the contracted enterprise. Sanitary measures were developed as orientation on hygiene and good practices of food manipulation

and preparation, with the recommendations to the hospital to improve the physical structure of its cuisine.

INTRODUÇÃO

As doenças transmitidas por alimentos (DTA) são afecções sindrômicas, em sua grande maioria com manifestações de diarreia aguda, provocadas pelo consumo de alimentos, incluída a água, contaminados por microrganismos patogênicos e/ou suas toxinas e outras substâncias tóxicas em quantidade que afete a saúde humana (1-4). As DTA, desde as duas últimas décadas do século XX passaram a constituir motivo de preocupação em saúde pública, em todo mundo, tanto os países desenvolvidos como em desenvolvimento. Assim, alimentos vêm sendo considerados importantes veiculadores de doenças frente à globalização do mercado econômico, à mudança de hábitos alimentares e de estilos de vida, à grande mobilização de pessoas em viagens nacionais e internacionais, bem como, devido ao processo industrial e tecnológico de produção de alimentos, o uso de antibióticos na criação de animais para consumo alimentar, entre outros aspectos. Tais fatores contribuem para a disseminação das doenças, e associados às práticas inadequadas no processo de produção/preparação de alimentos, ao surgimento de surtos de diarreia e outras doenças (5-7).

Em meados do mês de outubro de 2011, a equipe a Divisão de Doenças de Transmissão Hídricas e Alimentar (DDTHA), do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), órgão da Coordenadoria de Controle de Doença (CCD), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) foi notificada sobre a ocorrência de importante aumento de casos de diarreia espalhados por vários departamentos ou órgãos públicos sediados no mesmo quarteirão, com relato de que pelo menos três casos necessitaram de atendimento médico, alguns atendidos em Pronto Socorro, recebendo hidratação endovenosa.

Diante dessa informação, a DDTHA/CVE providenciou a afixação de cartazes nos vários andares e edifícios orientando os indivíduos com gastroenterite que notificassem a Central CVE/CIEVS, informando nome, departamento/órgão, telefone e alguns dados básicos, para que fosse desencadeada a investigação epidemiológica.

Com a divulgação do episódio 146 indivíduos se apresentaram relatando algum sintoma de gastroenterite no período, provenientes de cinco edifícios que desenvolvem diferentes atividades em saúde pública, em um mesmo quarteirão, incluindo-se um hospital. Imediatamente a cada notificação, uma equipe, constituída por estagiários do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo - EPISUS/CVE e técnicos da DDTHA/CVE, iniciou a investigação epidemiológica, incorporando em seguida, equipe do Centro de Vigilância Sanitária - CVS/CCD/SES-SP e do Instituto Adolfo Lutz Central - IAL/CCD/SES-SP, para as inspeções sanitárias e investigação laboratorial, respectivamente. Este trabalho tem como objetivo apresentar os resultados da investigação epidemiológica realizada e as medidas desencadeadas para prevenção de novos casos ou surtos e recomendações.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo dos casos de diarreia notificados à DDTHA/CVE, no período de 5 a 31 de outubro de 2011, aplicando-se o formulário de inquérito epidemiológico de investigação de surtos da Divisão (1). As variáveis estudadas foram sexo, faixa etária, data de início de sintomas, quadro clínico, duração da doença, período de incubação, atendimento médico, coleta de exame laboratorial, refeições e locais de consumo no período. Os fatores de risco avaliados abrangeram características específicas de cada um dos prédios e ou comuns entre eles, destacando-se “água de galão dos bebedouros”, “máquinas de café nos prédios”, “água do filtro das torneiras nas copas/cozinhas” de todos os prédios, almoço em restaurantes, e almoço no refeitório do hospital, aberto a todos os funcionários dessas instituições públicas no quarteirão.

Definiu-se como *caso* todo indivíduo que apresentou diarreia com ou sem outro sintoma gastrointestinal, no período de 5 a 31 de outubro de 2011, que frequentava as instituições públicas que notificaram casos. A mesma definição foi também utilizada para os estudos analíticos de coorte e de caso-controle. Definiu-se como *controle*, todo indivíduo que não apresentou diarreia e nenhum outro sintoma gastrointestinal no período. Foram excluídas do estudo as pessoas que apresentaram outro tipo de doença no mesmo período ou história de diarreia crônica.

O estudo de *coorte retrospectiva* foi conduzido pela DDTHA/CVE e equipe EPISUS/CVE/SES-SP, foi realizado em um órgão da Instituição Pública de Saúde (identificado neste estudo como “Instituição A”), entrevistando-se todos os funcionários frequentes naquele período. O estudo de caso-controle foi conduzido no hospital público, denominado neste estudo de “Instituição B”, a qual possuía o refeitório frequentado por funcionários das outras instituições, e próximo à “Instituição A”, incorporando-se a equipe de vigilância do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do referido hospital.

Os testes laboratoriais para identificação do agente etiológico foram realizados pelo IAL Central. Foram distribuídos potes coletores e tubos com meio *Cary-Blair* para 18 pessoas com diarreia as quais se dispuseram a fazer a coleta. Em relação à coleta de exames foi utilizado o seguinte critério: 1) Para diarreia ainda presente, em até três dias do início dos sintomas, coletar três amostras, sendo uma para bactérias (em meio *Cary-Blair*), uma para vírus e uma para parasita; 2) Para diarreia até cinco dias do início dos sintomas, coletar duas amostras, uma para vírus e outra para parasita e, 3) para diarreia com mais de cinco dias e ainda em curso, coletar amostra somente para parasitas. Amostras de quatro doentes com diarreia foram ainda testadas para identificação de toxinas do *Bacillus cereus* e de *Clostridium perfringens*.

As inspeções sanitárias foram conduzidas pela Área de Alimentos do CVS com o apoio das equipes do Grupo de Vigilância Sanitária da Capital, da Coordenação de Vigilância em

Saúde do município de São Paulo/SP e do Grupo de Vigilância Sanitária do município de Santo André/SP.

As variáveis foram analisadas utilizando-se o software *EpiInfo*TM versão 3.5.2. Na análise estatística usou-se o teste de X^2 (Qui Quadrado) e teste exato de Fischer, intervalo de confiança (IC) de 95% e $p < 0,05$.

RESULTADOS

No estudo descritivo, dentre os 146 funcionários entrevistados que relataram algum sintoma de gastroenterite, 129 (88,4%) enquadraram-se na definição de caso estabelecida pelo estudo. Entre os 129 casos, os sintomas mais frequentes foram diarreia (100,0%), dor abdominal (88,4%), mal-estar (70,5%) e náuseas (51,9%). A mediana de idade foi de 45 anos, com variação de 20 a 67 anos; 77,5% dos casos eram do sexo feminino. A doença apresentou duração média de 5,7 dias (Desvio padrão = 7 dias). Quanto ao atendimento médico, 40 (31%) entre 129 casos, necessitaram de atendimento, e três necessitaram de hidratação endovenosa. Todos evoluíram para a cura.

Das amostras coletadas de 18 pacientes, seis (33,3%) foram testadas para bactérias, oito (44,4%) para vírus e 12 (66,6%) para parasitas. Cabe destacar que, para os testes de bactérias, nenhuma amostra foi coletada oportunamente. Entre as amostras testadas para vírus apenas três (37,5%) foram coletadas oportunamente. Todas as amostras testadas para parasitas foram coletadas oportunamente, assim como as amostras para *B. cereus* e *C. perfringens*.

Quanto à distribuição dos casos de diarreia no período (Figura 1), observa-se um aumento a partir de 9/10/11 de cerca de três vezes aos registrados nos dias anteriores, com pico entre 13 e 17/10, correspondente a 50% do total de casos de diarreia. A curva epidêmica, construída segundo a data de início dos sintomas, mostra fortemente o período longo de aparecimento dos casos e maior frequência deles de 9 a 19/10/11, sugerindo uma exposição provavelmente continua a alimentos de risco que estariam sendo servidos a cada dia e favorecendo o aparecimento de novos casos.

Na Figura 1, abaixo, observa-se a curva epidêmica construída com 121 casos de diarreia, devido à falta de informação de oito casos, quanto à data exata de início dos sintomas.

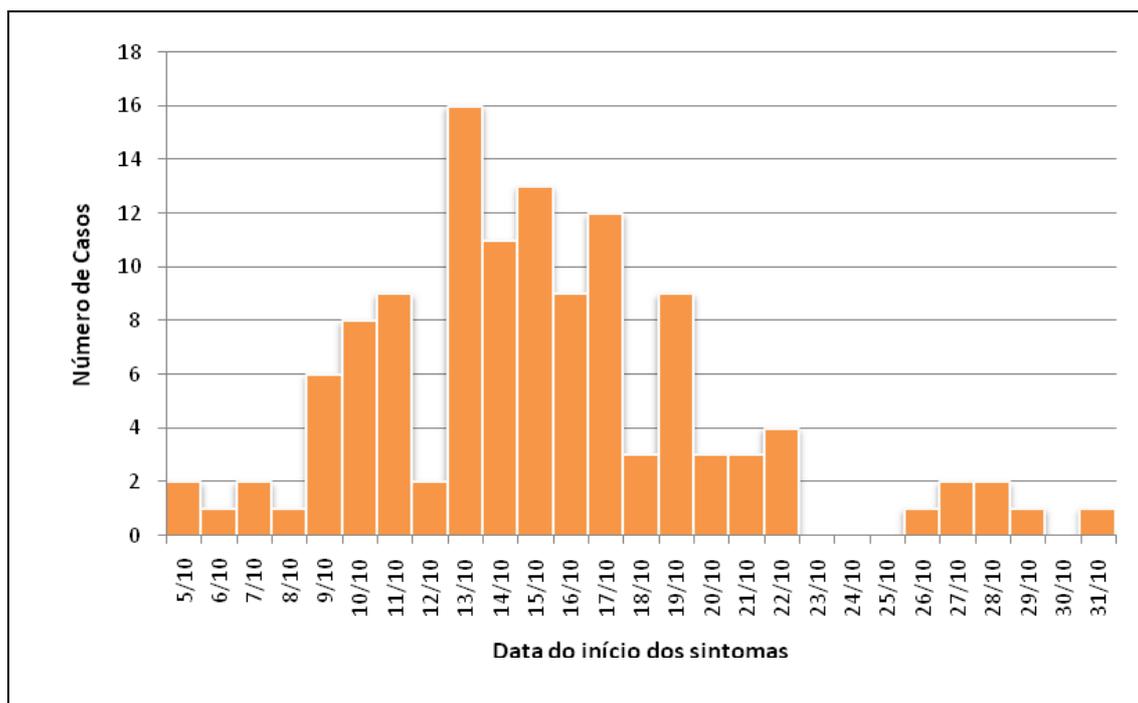


Figura 1. Curva epidêmica: Distribuição dos casos de diarreia entre os funcionários das instituições públicas segundo o dia de início dos sintomas, município de São Paulo, SP, outubro de 2011 (N=121).

No estudo de coorte retrospectiva, realizado na Instituição A, foram entrevistados 132 indivíduos, dos quais 32 doentes (Taxa de Ataque=32%) e 100 não doentes. Destes 12 (37,5%) souberam informar a data e o horário e o horário do consumo da refeição consumida e a data e o início dos sintomas. A partir desses dados calculou-se o período de incubação (PI) dos casos. A média aproximada do PI foi de 10 horas e a mediana de 11 horas. Os pacientes analisados no estudo de coorte, não apresentaram diferenças importantes relativas à faixa etária, sexo, quadro clínico, duração da doença e outros parâmetros em relação ao total de pacientes investigados.

Dos exames coletados de pacientes do estudo de coorte, nenhuma amostra de fezes para testes de bactéria foi coletada em tempo oportuno; para vírus, a coleta de três amostras foi oportuna e para parasitas 12 casos (100%) com coleta em tempo oportuno. Todos os resultados foram negativos para bactérias, vírus e parasitas. Os exames realizados em quatro amostras para testes de toxinas para *Bacillus cereus* e *Clostridium perfringens* foram negativos, não se conseguindo estabelecer o agente causador do surto.

A análise estatística univariada do risco associado aos fatores de exposição/alimentos do estudo de coorte identificou que “*almoçar no refeitório do hospital*” [RR=4,25; IC_{95%}= 2,20-8,18; p<0,001], apresentou associação significativa com o aparecimento dos casos do surto. Entre os alimentos consumidos referidos pelos entrevistados, a “*dieta geral*” [RR=3,98; IC_{95%}= 2,10-7,56; p<0,01] e o “*suco*” [RR = 4,31; IC_{95%} = 2,37-7,82; p<0,01] apresentaram maior significância estatística. Os demais alimentos e outros fatores de risco analisados não

apresentaram associação significativa. A “dieta geral” incluía “carne cozida ao molho”, escarola refogada, e outros acompanhamentos, com variações nos dias da semana, não tendo sido possível identificar especificamente o peso de cada um no aparecimento do surto (Tabela 1).

Tabela 1. Estudo de coorte retrospectiva: Análise univariada do risco associado aos fatores de exposição/alimentos consumidos. Surto de diarreia associado a refeitório em hospital público, município de São Paulo, SP, outubro de 2011 (N=132 comensais).

| Alimento | Pessoas que consumiram o alimento | | | | Pessoas que não consumiram | | | | RA (%) | RR | IC95% | Valor de p |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------|-------------|--------------|----------------------------|-----------------|-------------|--------------|--------|------|-----------|------------|
| | Doentes (a) | Não-doentes (b) | Total (a+b) | % de doentes | Doentes (c) | Não-doentes (d) | Total (c+d) | % de doentes | | | | |
| Água de galão | 24 | 56 | 80 | 30,00 | 8 | 44 | 52 | 15,38 | 14,62 | 1,95 | 0,94-4,00 | 0,04 |
| Água de filtro | 23 | 68 | 91 | 25,27 | 9 | 32 | 41 | 21,95 | 3,32 | 1,15 | 0,58-2,26 | 0,42 |
| Quentinha | 1 | 10 | 11 | 9,09 | 31 | 90 | 121 | 25,62 | -16,53 | 0,35 | 0,05-2,35 | 0,20 |
| Restaurante fora | 8 | 39 | 47 | 17,02 | 24 | 61 | 85 | 28,24 | -11,21 | 0,60 | 0,29-1,23 | 0,10 |
| Máquina de café | 30 | 98 | 128 | 23,44 | 2 | 2 | 4 | 50,00 | -26,56 | 0,47 | 0,16-1,31 | 0,24 |
| Refeitório do Hospital | 22 | 23 | 45 | 48,89 | 10 | 77 | 87 | 11,49 | 37,39 | 4,25 | 2,20-8,18 | 0,001 |
| Dieta geral | 19 | 20 | 39 | 48,72 | 11 | 79 | 90 | 12,22 | 36,50 | 3,99 | 2,10-7,56 | 0,001 |
| Dieta especial | 1 | 2 | 3 | 33,33 | 29 | 97 | 126 | 23,02 | 10,32 | 1,45 | 0,28-7,40 | 0,55 |
| Suco | 17 | 13 | 30 | 56,67 | 13 | 86 | 99 | 13,13 | 43,54 | 4,32 | 2,37-7,82 | 0,00 |
| Água | 5 | 2 | 7 | 71,43 | 25 | 97 | 122 | 20,49 | 50,94 | 3,49 | 1,94-6,25 | 0,00 |
| Café | 5 | 4 | 9 | 55,56 | 25 | 95 | 120 | 20,83 | 34,72 | 2,67 | 1,35-5,26 | 0,03 |

No estudo de caso-controle foram entrevistados 138 indivíduos, funcionários da “Instituição B”, hospital onde está localizado o refeitório. Foram avaliados 67 casos e 71 controles. As características epidemiológicas e clínica desses casos são semelhantes às do grupo anteriormente estudado e do apresentado pela totalidade de casos. Em relação à idade dos controles as características de sexo e idade também eram semelhantes aos dos casos.

A análise univariada dos alimentos/fatores de risco mostrou que o “*suco oferecido no refeitório do hospital*” [OR=5,03; IC_{95%}=2,13 – 11,82; p<0,001] apresentou força de associação e significância estatísticas, sendo associado a risco cinco vezes maior que no grupo dos controles [44/67 x 35/71]. “*Café dos andares da Instituição B*” e “*almoçar no refeitório do hospital*” apresentaram OR=infinito. “*Dieta geral*” [OR=2,20; IC_{95%}=0,98-4,87; p<0,05]. Os demais alimentos/fatores de risco estudados não apresentaram associação estatisticamente significativa com o aparecimento da diarreia. Estes resultados podem ser observados na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Estudo de caso-controle: Análise univariada dos fatores de risco/alimentos consumidos. Surto de diarreia em funcionários de instituições públicas, município de São Paulo, SP, outubro de 2011

| Alimentos/Fatores de Risco | Estudo de Caso-Controle | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--------|------------------|-------|----------|------------|------------|
| | Casos (N=67) | | Controles (N=71) | | OR | IC 95% | Valor de p |
| | Nº | (%) | Nº | (%) | | | |
| Água do filtro | 62 | 92,54 | 60 | 84,51 | 2,27 | 0,74-6,93 | 0,110 |
| Quentinha | 1 | 1,49 | 1 | 1,41 | 1,06 | 0,06-17,3 | 0,730 |
| Almoçar em outros restaurantes | 2 | 2,99 | 12 | 16,90 | 0,15 | 0,03-0,70 | 0,010 |
| Café dos andares | 53 | 79,10 | 0 | 0,00 | infinito | ----- | ----- |
| Almoçar no refeitório do hospital | 67 | 100,00 | 60 | 84,51 | infinito | ----- | ----- |
| - Dieta Geral | 55 | 82,09 | 48 | 67,61 | 2,20 | 0,98-4,87 | 0,050 |
| - Dieta Especial | 12 | 17,91 | 12 | 16,90 | 1,07 | 0,44-2,58 | 0,870 |
| - Suco do Refeitório | 44 | 65,67 | 35 | 49,30 | 5,03 | 2,13-11,82 | 0,001 |
| - Água do Refeitório | 5 | 7,46 | 10 | 14,08 | 0,49 | 0,15-1,52 | 0,160 |
| - Café do Refeitório | 5 | 7,46 | 10 | 14,08 | 0,54 | 0,17-1,66 | 0,200 |

Cabe destacar que os 129 doentes, de ambas as instituições permaneceram almoçando no refeitório do hospital em todo o período, expondo-se aos fatores de risco.

A inspeção sanitária realizada no refeitório do hospital, coordenada pelo CVS/CCD/SES-SP, em conjunto com as equipes do Grupo de Vigilância Sanitária da Capital (GVS - 1), da Coordenação de Vigilância em Saúde do município de São Paulo/SP, e do Grupo de Vigilância Sanitária do município de Santo André/SP, identificou que o hospital não produzia suas próprias refeições, mas sim por meio de empresa prestadora de serviços de nutrição e alimentação hospitalar, a qual preparava refeições para funcionários e pacientes na própria cozinha do hospital. A empresa terceirizada produzia diariamente 1.200 almoços.

A investigação sanitária constatou alguns pontos críticos na cozinha que poderiam propiciar a contaminação de alimentos. As ações sanitárias desencadeadas para o controle do surto foram tomadas, tais como, orientações gerais de higiene e higienização das mãos, boas práticas de manipulação/preparação de alimentos, controle de pontos críticos (HACCP), ênfase na higienização de verduras, recomendando prioritariamente ao hospital, readequação da estrutura física da cozinha do refeitório.

CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES

Foi confirmada a ocorrência de um surto de diarreia associado à ingestão de alimentos em almoço em refeitório de hospital, acometendo pelo menos 129 funcionários de diferentes prédios atuantes na área de saúde pública, sediados em um mesmo quarteirão, no período de 5 a 31 de outubro de 2011.

Cabe destacar a baixa adesão dos profissionais da área de saúde em proceder às coletas de fezes, 18 entre 129 doentes (14%), assim como, daqueles que o fizeram, em parte, não respeitando as orientações quanto ao prazo correto para coleta, quantidade, entre outros aspectos. Essa baixa coleta pode explicar a não identificação do agente etiológico causador do surto. Essa baixa adesão assemelha-se à tendência encontrada nas investigações de surtos realizadas em outros espaços, e revela a noção ainda persistente na população em geral quanto a pouca importância dada à doença diarreica.

Outro aspecto refere-se à dificuldade alegada para coleta e disponibilização em três tipos de material (pote para vírus, pote para parasita, tubo com o meio Cary-Blair), além dos prazos para refrigeração/conservação das amostras e entrega ao laboratório, apesar de todas as orientações, insistências e acompanhamentos feitos pela equipe de investigação.

As características clínico-epidemiológicas dos casos e período de incubação revelado pelo estudo de coorte sugerem a ocorrência de um surto possivelmente causado por bactérias ou suas toxinas. Algumas bactérias são formadoras de esporos e produtoras de toxinas que causam os sintomas descritos similares aos achados nessa investigação. Em geral, os microrganismos e ou suas toxinas geralmente, são transmitidos pela ingestão de alimentos preparados com muita antecedência, que permaneceram em temperatura inadequada, sem controle de tempo, permitindo a multiplicação deles e ou o desenvolvimento de suas toxinas.

Algumas limitações devem ser enfatizadas, comuns em surtos com casos espalhados por vários locais: a) Identificação do caso ou notificação tardia, o que pode originar viés de memória e dificuldades em precisar sinais e sintomas, data de início dos sintomas, alimentos consumidos, etc.; b) A não identificação do agente etiológico, determinada por inúmeros fatores já anteriormente comentados, e a necessidade de se pesquisar técnicas ou meios mais adequados que facilitem ou simplifiquem a coleta de amostras biológicas; e c) ausência de amostras de alimentos para análise laboratorial para testes laboratoriais.

As recomendações para controle e prevenção de novos surtos de DTA ao hospital foram: reforçar as boas práticas de produção/manipulação de alimentos, entre elas, as práticas de higiene no refeitório do hospital, higienização das mãos, inclusive dos frequentadores, cuidados com a origem da matéria-prima e de alimentos previamente preparados por outros fornecedores, desinfecção rigorosa dos alimentos crus, controle de pontos críticos (HACCP), refrigeração e armazenamento adequados dos alimentos.

O Núcleo de Epidemiologia Hospitalar, responsável pela vigilância epidemiológica no hospital, foi também orientado a integrar suas ações ao Serviço de Nutrição do Hospital, e implantar uma vigilância e monitorização da doença diarreica aguda para registro da doença em pacientes e funcionários do hospital, como sistema de alerta para as ocorrências da doença diarreica no ambiente hospitalar e identificação precoce surtos. Após as medidas tomadas, não foram identificados novos casos, considerando-se assim o surto controlado e a investigação encerrada.

ELABORADO POR:

Maria Emília Braitte de Oliveira, Priscila Bochi de Souza e Gisele Dias Freitas Lima, do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo – EPISUS, Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, Brasil; Eliana Suzuki, da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – DDTHA, Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, Brasil; Francisco Vanin Pascalicchio do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, Brasil; William Latorre, da Área de Alimentos da Divisão Técnica de Produtos – DITEP, Centro de Vigilância Sanitária, Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, Brasil; Geraldine Madalosso, da Área Técnica de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Alimentar, Centro de Controle de Doenças, Coordenação de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, SP, Brasil e Maria Bernadete de Paula Eduardo, da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – DDTHA, Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Emília Braitte de Oliveira; Av. Dr. Arnaldo, nº 351- 6º andar – Pacaembu; São Paulo, SP. CEP 01246-000. email: m_emiliabra@hotmail.com; mbraitte@saude.sp.gov.br

REFERÊNCIAS

1. São Paulo. Secretaria do Estado de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Água e Alimentos. Investigação de Surtos. 2ª edição. 86 p. SES: São Paulo, 2008.
2. César MLVS. Doença diarreica aguda: aspectos epidemiológicos e vigilância no município de Avaré, interior do estado de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2006.
3. Amson GV, Haracemiv SM C, Masson ML. Levantamento de dados epidemiológicos relativos à ocorrências/surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTAs) no Estado do Paraná – Brasil, no período de 1978 a 2000. Ciênc. agrotec., Lavras, v. 30, n. 6, p. 1139-1145, nov./dez., 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças Transmitidas por Alimentos – Informações Técnicas (on-line). Nov, 2010. [Acessado em 03/01/2011]. URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31758
5. Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS). Guia VETA - Guia de Sistemas de Vigilância das Enfermidades Transmitidas por Alimentos (VETA) e a Investigação de Surtos (em português). Buenos Aires, Argentina, 2001.
6. Eduardo MBP, Katsuya EM, Bassit NP. Características dos surtos de doenças transmitidas por alimentos associados a restaurantes no Estado de São Paulo, 1992-2002. Trabalho apresentado no I Congresso Latino-Americano de Higienistas de Alimentos, em 01 a 04 de abril de 2003, e resumo publicado na Revista Higiene Alimentar, Vol. 17, No. 104/105, Jan. Fev. 2003 (encarte), pg. 60-61.
7. CDC. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. Atlanta: Department of Health and Human Services, v. 50, 36 p., 2001.

ATUALIZAÇÃO...

CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPO NO BRASIL

O sarampo é uma doença viral, de transmissão respiratória sendo altamente contagiosa. Após exposição a um caso de sarampo praticamente todos os indivíduos suscetíveis adquirem a doença.

Os sintomas geralmente aparecem 7-18 dias pós-exposição a um caso e incluem: febre, coriza, tosse, conjuntivite, e manchas avermelhadas por todo o corpo. O vírus pode ser transmitido 5 dias antes e 5 dias após a erupção cutânea. Desta maneira, não é possível se determinar quando a exposição poderá ocorrer.

O sarampo pode cursar com complicações muito graves e, em alguns casos, a morte. Cerca de 30 por cento dos pacientes infectados desenvolvem uma ou mais complicações, como infecções de ouvido, pneumonia ou encefalite.

Diferentes regiões do mundo estão definindo metas para a eliminação do sarampo e da rubéola até o ano de 2015. No entanto, surtos recentes de sarampo em países como o Reino Unido, Alemanha, Itália e Holanda constituem uma ameaça para a eliminação. Durante o período de maio de 2012 a abril de 2013, a região europeia registrou mais de 8.000 casos de sarampo, com cinco casos de encefalite e um óbito. Ainda nesta região, no mesmo período foram registrados mais de 10.000 casos de rubéola, a maioria na Polônia e Romênia ¹.

Em 2013, a circulação dos vírus da rubéola e do sarampo permanece na Ásia e África. Na Nigéria, 4.000 casos de sarampo resultaram em 36 óbitos. No início de junho, a Organização Mundial de Saúde emitiu um comunicado expressando preocupação com o crescente número de doenças transmissíveis, incluindo casos de sarampo na Síria, região de conflito, onde cerca de 7.000 casos conhecidos foram relatados ². No Japão foram registrados mais de 5.000 casos de rubéola ³.

Nas Américas, até outubro de 2013, 320 casos de sarampo e sete casos de rubéola foram registrados: 166 nos Estados Unidos, 39 no Canadá, 1 na Colômbia (4), e 114 casos no Brasil.

Este número de casos no Brasil (114) em 2013 é quase três vezes o número de casos ocorridos no último surto em território nacional no ano de 2011, quando 42 casos foram confirmados.

Em 2013, os casos estão distribuídos nos seguintes estados: São Paulo (05), Minas Gerais (02), Santa Catarina (01), Pernambuco (89), Paraíba (07) e Distrito Federal (01). Em relação ao genótipo viral, foram identificados o D8 (SP, MG, SC, PE, PB), o D4 (SP) e o B3 (DF). O último caso confirmado de sarampo no Brasil teve data de início de exantema em 28 de agosto de 2013.

No presente ano, cinco casos de sarampo foram confirmados no Estado de São Paulo (ESP). Todos eles apresentaram histórico de viagem recente ao exterior (Estados Unidos e Itália), e houve transmissão intrafamiliar em duas oportunidades. Estes casos ocorreram em indivíduos com idades entre 14 e 60 anos de idade, sendo três deles vacinados, mas com apenas uma dose válida.

As amostras biológicas coletadas resultaram em RT-PCR reagente para sarampo, e os sequenciamentos processados no Instituto Adolfo Lutz e Fiocruz identificaram o genótipo D8 em duas amostras, vírus circulante desde 2012 no Reino Unido e em outros países da Europa e Ásia e o genótipo D4 em uma amostra, este circulante na Europa. O último caso de sarampo no ESP teve data de início do exantema em 19/11/ 2013.

Desse modo, frente a situação epidemiológica internacional e nacional do sarampo/rubéola, preparando-se para evento de massa importante em 2014 (Campeonato Mundial de futebol), com milhões de participantes, deve-se considerar grande o risco potencial de exposição ao vírus do sarampo.

Neste sentido, o ESP mantém o alerta e atenção reforçada a todos os casos de febre e exantema, recomendando vigilância sensível para detecção precoce, notificação oportuna e resposta rápida a suspeita de sarampo, de maneira a assegurar a interrupção da circulação do vírus.

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

RECOMENDA-SE FORTEMENTE 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 e investigados para verificar se são casos suspeitos de rubéola e/ou sarampo ⁵.

Na detecção de casos suspeitos, as Secretarias Municipais devem:

- proceder a notificação imediata em até 24h à Secretaria de Estado da Saúde ⁶;
- proceder a 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.
- Reforçar o monitoramento da cobertura vacinal, da vacinação de rotina, a busca de faltosos e vacinação de bloqueio, identificando onde estão os possíveis suscetíveis.

RECOMENDAÇÕES ADICIONAIS:

- Buscar a integração setor público/privado (NHE, 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.
- Envolvimento de sociedades científicas, conselhos de classe, reforçando a importância da vacinação de rotina de maneira a contribuir na manutenção de altas coberturas vacinais e proteção da população.
- Transparência na comunicação de risco por meio de estratégias de diversas mídias, atualizando a situação epidemiológica em sua área de abrangência.
- Avaliar/atualizar a situação vacinal nas diferentes faixas etárias - buscar parceria com as Secretarias de Educação.
- Fortalecer a vacinação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas e outros) e profissionais da educação.

MEDIDAS SIMPLES E IMPORTANTES QUE AUXILIAM NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA:

- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.
- Lavar as mãos com frequência com água e sabão, ou então utilizar álcool em gel.
- Não compartilhar copos, talheres e alimentos.
- Procurar não levar as mãos à boca ou aos olhos.
- Sempre que possível evitar aglomerações ou locais pouco arejados.
- Manter os ambientes frequentados, sempre limpos e ventilados.
- Evitar contato próximo com pessoas doentes.

Atenção: orientar a população:

Ao apresentar febre e exantema, evitar o contato com outras pessoas até ser avaliado por um profissional da saúde e procurar imediatamente serviço médico.

Notifique todo caso suspeito de sarampo à:

Secretaria Municipal de Saúde à Central de Vigilância/CIEVS/CVE/CCD/SES-SP no telefone 0800 555 466 (plantão 24 horas, todos os dias) e nos e-mails: notifica@saude.sp.gov.br e dvresp@saude.sp.gov.br, da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/CCD/SES-SP.

REFERÊNCIAS

1. ECDC; Monthly measles and rubella monitoring, June 2013. Acessado em agosto, 2013. Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Measles-rubella-monitoring_June_2013.pdf
2. World Health Organization. Press release: WHO warns of increased risk of disease epidemics in Syria and in neighbouring countries as summer approaches, 3 June 2013. Acessado em agosto, 2013. Disponível em <http://www.emro.who.int/press-releases/2013/disease-epidemics-syria.html>.
3. CDC; Nationwide Rubella Epidemic — Japan, 2013 MMWR, June 14, 2013, Vol. 62, No. 23
4. (5) PanAmerican Health Organization, Measles/Rubella Weekly Bulletin , vol. 19, nº 40, October 5, 2013. Acessado em outubro, 2013. Disponível em <http://new.paho.org/>
5. SVS/MS/Devep; Guia de Vigilância Epidemiológica/ 7ª ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
6. SVS/MS- 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

Documento elaborado pela equipe técnica da DDTR/CVE/CCD/SES-SP, em 25/10/2013, São Paulo, Brasil.

PROJETO DE INTENSIFICAÇÃO DE BUSCA ATIVA DE CASOS DE TUBERCULOSE NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013

O Estado de São Paulo descobre cerca de 18.000 casos de tuberculose (TB) por ano, que representa o maior número absoluto de casos do Brasil. Embora a morbimortalidade venha apresentando tendência de declínio; descobrir, tratar e curar esses casos representa um enorme desafio.

É importante lembrar que cerca de 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e destes 60% são bacilíferos. Os casos bacilíferos são a principal fonte de disseminação da doença e a descoberta precoce por meio da busca ativa do sintomático respiratório (SR) é uma importante medida para interromper a cadeia de transmissão, desde que acompanhada pelo tratamento oportuno.

A Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios é, portanto, uma atividade de saúde pública que visa identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a 3 semanas – “Sintomático Respiratório”, com o objetivo de descobrir precocemente os casos bacilíferos (casos infecciosos).

A busca ativa do SR deve ser realizada permanentemente pelos serviços de saúde e tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente (Toman, 1980, OMS, 2004, ATS, 2005 e Golub et al., 2005)

No Estado de São Paulo, a porcentagem de SR examinados em relação ao número estimado cresceu de 33,6 % em 2003 para 60,7% em 2010. A positividade das baciloscopias de diagnóstico vem diminuindo – de 8,6% para 5,4% nesse período, o que corrobora a idéia de que a busca de casos de tuberculose vem melhorando. No entanto não atinge a meta de examinar 70 % da população alvo.

Visando intensificar as atividades de busca ativa de SR no Estado, a Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica “*Prof. Alexandre Vranjac*” propôs aos municípios no período de 04 a 17 de novembro de 2013, realizar campanha nos serviços de saúde e no sistema prisional, para estimular o interrogatório sobre tosse, a identificação dos SRs, com coleta de escarro e realização de baciloscopia.

Elaborado pela Divisão de tuberculose

DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Tabela 1 - Casos e Surtos confirmados de doenças e agravos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, de 2007/2012* e 1º semestre de 2013*, julho a setembro, e outubro de 2013*

| Doenças/Agravos | 2007-10 | 2011 | 2012* | 2013* | | Out. |
|---|-----------|-----------|-----------|-------------|----------|--------|
| | | | | 1º semestre | Jul/Set. | |
| CASOS CONFIRMADOS | | | | | | |
| Botulismo | 12 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Caxumba [Parotidite Epidêmica] | 7.904 | 150 | 215 | 154 | 41 | 2 |
| Cólera | 0 | 1†† | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Conjuntivite§§ | 549.418 | 1.187.356 | 318.394 | 68.027 | 17.675 | 1.022 |
| Coqueluche | 751 | 914 | 1.029 | 698 | 275 | 50 |
| Dengue (Casos Autóctones e Importados) | 317.904 | 97.882 | 25.383 | 205.674 | 1.728 | 243 |
| Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)** | 2.879.475 | 940.200 | 1.146.212 | 474.568 | 255.296 | 70.576 |
| Diarréia (Casos envolvidos em surtos) | 37.753 | 9.524*** | 5.675 | 540 | 498 | 110 |
| Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas | 27 | 17*** | 40 | 8 | 2 | 0 |
| Esquistossomose (Casos Autóctones) | 607 | 84 | 85 | 29 | 17 | 1 |
| Esquistossomose (Total de Casos) | 5.317 | 1.080 | 1.094 | 411 | 186 | 47 |
| Febre Maculosa / Rickettsioses | 200 | 82 | 72 | 17 | 9 | 2 |
| Febre Tifoide | 36 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Hantavirose | 78 | 21 | 12 | 10 | 3 | 0 |
| Hepalite A (Casos esporádicos) | 1.116 | 204 | 175 | 176 | 24 | 15 |
| Hepalite A (Casos envolvidos em Surtos) | 819 | 61 | 70 | 45 | 3 | 0 |
| Hepatites B | 13.563 | 3.749 | 4.104 | 1.649 | 829 | 204 |
| Hepatites C | 25.394 | 6.376 | 6.287 | 2.262 | 1.014 | 303 |
| Hepalite B + C (co-morbidade) | 667 | 138 | 134 | 52 | 26 | 09 |
| SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)† | 12.091 | 26 | 371 | 1.746 | 209 | 12 |
| Leishmaniose Tegumentar Americana | 1.607 | 264 | 308 | 154 | 56 | 14 |
| Leishmaniose Visceral | 1.093 | 228 | 247 | 105 | ... | ... |
| Leptospirose | 3.143 | 970 | 785 | 598 | 112 | 27 |
| Doença Meningocócica | 5.130 | 1.363 | 1.168 | 474 | 275 | 53 |
| Outras Meningites Bacterianas | 7.516 | 1.724 | 1.638 | 698 | 363 | 60 |
| Meningites Virais | 21.209 | 4.230 | 5.294 | 1.991 | 710 | 213 |
| Outras Meningites | 4.355 | 833 | 968 | 388 | 184 | 51 |
| Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos) | 347 | 91 | 88 | 38 | 52 | 56 |
| Poliomielite (poliovírus selvagem) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rotavírus (em < 5 anos)§ | 294 | 152 | 23 | 200 | 5 | 4 |
| Rubéola | 2.373 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sarampo | 0 | 27 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| Síndrome da Rubéola Congênita | 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Síndrome Hemolítico-Urêmica | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tétano Acidental | 88 | 26 | 21 | 10 | 7 | 0 |
| Tracoma¶ | 9.071 | 1.760 | 2.202 | 638 | 243 | 151 |
| Varicela | 78.423 | 18.375 | 18.973 | 3.118 | 9.492 | 4.153 |
| Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (excluídas as urbanas) | 49.735 | 31.408 | 44.205* | 19.965 | 8.550 | 2.282 |
| SURTOS CONFIRMADOS | | | | | | |
| Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações | 1.632 | 40 | 88 | 9 | 18 | 2 |
| Conjuntivite§§ | 1.676 | 9.041 | 776 | 145 | 77 | 24 |
| Hepalite A | 131 | 15*** | 7 | 3 | 3 | 0 |
| Varicela | 10.454 | 2.747 | 3.001 | 692 | 1.367 | 688 |
| Diarréia | 2.001 | 137*** | 138 | 475 | 32 | 5 |

Fonte: SINAN Net (com correções)

(*) 2012 e 2013* - 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...

ATUALIZAÇÃO E MELHORIA DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR



Nos dias 21 a 23 de outubro a Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – DDTHA do Centro de Vigilância Epidemiológica(CVE), em São Paulo Capital, realizou o treinamento “*Atualização e Melhoria das Ações de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar*” com o objetivo de atualizar e discutir os princípios básicos, conceitos e prática/operacionalização dos sistemas de vigilância das doenças transmitidas por água e alimentos, enfatizando-se três eixos principais: qualidade da informação de vigilância na investigação e no registro nos bancos de dados, avaliação permanente dos dados e AÇÃO/TOMADA de decisão.

Estiveram presentes 105 representantes de grupos de vigilância epidemiológica (GVE), de subgrupos de vigilância epidemiológica (SGVE), e municípios escolhidos de regiões consideradas mais populosas do estado de São Paulo.

A estratégia didática constou da revisão teórica e prática de todos os sistemas de vigilância de DTA, por meio de aulas integradas a estudos de caso em sala de aula e na discussão da prática e suas dificuldades, buscando-se apontar os erros mais comuns cometidos, e a necessidade de se manter avaliação e monitoramento permanentes das doenças/agravos de importância em vigilância para a tomada de decisão e ações corretas de controle e prevenção.

O evento contou também com a participação de palestrantes do Instituto Adolfo Lutz Central com vistas a fortalecer maior integração entre as instituições e aumentar o suporte laboratorial nas investigações de surtos de DTA, entre outras questões.

Ao final do treinamento GVE, SGVE e respectivos municípios se reuniram em um grupo para definir o planejamento das ações a desencadear até o final de 2013 e para o ano de 2014, tendo como uma das metas replicar o treinamento para os demais municípios.



Elaborado por: Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar/CVE/CCD/SES-SP
Correspondência para: Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar – sala 607 – Pacaembu; São Paulo, SP; CEP 01246-000. Tel. (11) 3066-8234; email: dvhidri@saude.sp.gov.br

EXPEDIENTE

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

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

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

Editor – Ana Freitas Ribeiro

Editor Executivo – Cecília 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