

Vol. 02, No.11, 22 de junho de 2012



Apesar da tuberculose ser uma doença curável continua sendo um importante problema da saúde pública em todo o mundo. É uma doença que pode atingir qualquer pessoa independente de raça, sexo, idade ou condição social, porém está estreitamente ligada à pobreza. “Derrotar a tuberculose é um das metas de desenvolvimento do milênio, compromisso pelo bem estar humano, que assumiram todos os países do mundo”

O artigo “Alguns aspectos epidemiológicos do controle da tuberculose no Estado de São Paulo” analisa o cenário do controle da doença no Estado de S. Paulo, que possui o maior contingente de casos de tuberculose do país e portanto deve ser encarado como uma prioridade.

Prezado leitor,

A tuberculose é um grave problema de saúde pública no Mundo. Em 2010, no Estado de São Paulo foram notificados 16.603 casos e 922 óbitos. A taxa de incidência foi de 39 por 100.000 habitantes, semelhante ao país. Apesar da redução de 21% na incidência da tuberculose no período de 1998 a 2010, ainda é necessário esforços para atingir a meta de diminuir em 50% a incidência de 1990 até 2015. A estratégia do tratamento diretamente observado (TDO) é fundamental para o aumento da proporção de cura dos casos de tuberculose com baciloscopia positiva. O TDO vem se ampliando no estado, atingindo 64% dos casos em 2010. A taxa de cura neste ano foi de 81%, mas a meta é de 85%. Outro fator importante é a busca de sintomáticos respiratórios na população, ação que vem sendo intensificada no ESP. Este artigo analisa a situação de tuberculose no Estado de São Paulo, mostrando os diferenciais por Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) e o sucesso alcançado pelo Programa Estadual de Tuberculose ao longo destes anos, com a participação ativa dos profissionais da vigilância epidemiológica dos municípios e do estado para alcançar as metas estabelecidas mundialmente.

Neste número, também apresentamos trabalho do GVE de Santo André, onde descrevemos a situação de Febre Maculosa (FM) na região, com 62 casos confirmados desde 1998. Neste período, houve intensificação das ações de controle nos locais prováveis de infecção, busca ativa de casos e capacitação dos profissionais de saúde. É importante a atenção dos profissionais de saúde, em especial no atendimento de caso suspeito de FM para instituição do tratamento precoce, com objetivo de reduzir a letalidade de 45,2% da doença, nessa região.

Ana Freitas Ribeiro
Diretora Técnica - CVE

Sumário

Editorial	177
Alguns Aspectos Epidemiológicos do Controle da Tuberculose no Estado de São Paulo	178
Febre Maculosa na região do Grande ABC	189
Tabela de Doenças e Agravos de Notificação	196
Notícias - Treinamento e Surto de diarreia	197

ALGUNS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Resumo

Introdução: Um dos desafios mais preocupantes na saúde pública mundial é a tuberculose (TB). São Paulo é o Estado com o maior contingente de casos do país e o controle da doença deve ser encarado como uma prioridade. **Métodos:** Os dados sobre a incidência da tuberculose e resultados do tratamento foram obtidos a partir do sistema de vigilância da tuberculose (Tbweb). As fontes de dados de laboratório, mortalidade e população foram respectivamente o Sistema de vigilância laboratorial da tuberculose (LABTB), Departamento de processamento de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Resultados:** No Estado de São Paulo, a porcentagem de sintomáticos respiratórios (SR) examinados em relação ao número estimado aumentou de 33,6 % em 2003 para 65,1% em 2011. A positividade das baciloscopias de diagnóstico vem diminuindo de 8,6% para 5,5% nesse período, o que corrobora a idéia de que a busca de casos de tuberculose vem melhorando. A taxa de incidência de 39 casos por 100 000 habitantes em 2010 se assemelha à média nacional e declinou 21,0% desde 1998. Mas essa queda não é suficiente para atingir a meta da Organização Mundial da Saúde, de diminuir as taxas de incidência observada em 1990 pela metade, até o ano 2015. Para que se consiga controlar esta doença, estima-se que seja preciso atingir pelo menos 85,0% de cura dos casos diagnosticados, com um máximo de 5,0% de abandonos de tratamento. **Conclusões:** O Estado de São Paulo ainda não conseguiu atingir a meta de curar pelo menos 85,0% dos casos diagnosticados, apesar de ter havido progressos nesse sentido, com aumento de 11,7% no sucesso do tratamento e diminuição de 30,1% nos abandonos de tratamento. Observa-se que a incidência declinou 21,0% desde 1998. Algumas das estratégias para implementar as ações de controle da TB, são estimular a busca ativa de casos de rotina, com intensificação duas vezes por ano e prêmios pelo desempenho e conquista dos melhores indicadores num evento anual, para motivar os municípios a melhorar o controle da doença.

Abstract

Introduction: One of the most troubling challenges in global public health is tuberculosis (TB). Sao Paulo is the State with the highest number of cases in the country and control the disease should be seen as a priority. **Methods:** Data on the incidence of tuberculosis and treatment outcomes were obtained from the surveillance system for tuberculosis (Tbweb). The sources of laboratory data, mortality and population were respectively the laboratory surveillance system for tuberculosis (LABTB), Data Processing Department of the Unified Health System (SUS), the Ministry of Health (DATASUS) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). **Results:** In the State of São Paulo, the percentage of respiratory symptoms (SR) examined in

relation to the estimated increased from 33.6% in 2003 to 65.1% in 2011. The acid-fast positivity rate in people examined for diagnosis has decreased from 8.6% to 5.5% in this period, which corroborates the idea that the search for tuberculosis cases is improving. The rate of incidence of 39 cases per 100 000 inhabitants in 2010 is similar to national average and declined 21.0% since 1998. But this fall is not sufficient to achieve the goal of the World Health Organization, to reduce the incidence rates observed in 1990 by half by 2015. In order to achieve control of this disease, it is estimated that need to reach at least 85.0% cure of patients diagnosed with a maximum of 5.0% drop-out treatment. **Conclusions:** The State of Sao Paulo has yet to reach the goal of curing at least 85.0% of diagnosed cases, despite some progress in this direction, with an 11.7% increase in successful treatment and a decrease of 30.1% of the dropouts treatment. It is observed that the incidence declined by 21.0% since 1998. Some of the strategies to implement measures to control TB, are to encourage active case-finding routine, with increased twice a year and awards for performance and achievement of the best indicators in an annual event to motivate municipalities to enhance the control of disease.

Apresentação

Um dos maiores desafios na saúde pública mundial é a tuberculose (TB), alvo de renovadas preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde as últimas décadas do século XX. Más condições de vida, AIDS, migrações populacionais e inadequação dos sistemas de saúde têm sido associados à dificuldade de controlá-la e ao aumento da resistência medicamentosa. Para uma doença que dispõe de um arsenal terapêutico tão limitado, o aumento dos casos resistentes significa uma tragédia.

O Brasil está entre os 22 países prioritários quanto à tuberculose, devido ao grande número de casos. Ocupa a 18ª posição nessa estatística, com cerca de 75 mil casos novos e 4.500 óbitos por tuberculose notificados por ano. A taxa de incidência é de 38 casos por 100 mil habitantes, o que nos coloca em 108º lugar no mundo. São Paulo é o Estado o que apresenta o maior contingente de casos de tuberculose, com cerca de 1/5 do total de casos notificados no país. A análise deste cenário pode favorecer a adequação das ações de controle.

TUBERCULOSE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em 2010, foram notificados 16.603 casos novos e 922 óbitos por tuberculose no Estado de São Paulo. Vale lembrar que entre estes a causa básica do óbito foi tuberculose, não incluindo os doentes de tuberculose que faleceram por outros motivos, inclusive os HIV positivos, para os quais a causa do óbito é considerada a AIDS. A mortalidade por TB apresentou um declínio de 51,0% a partir de 1997.

A taxa de incidência - 39 casos por 100 mil habitantes em 2010 - se assemelha à média nacional e declinou 21,0% desde 1998 (Figura 1). Mas essa queda não é suficiente para atingir a meta da OMS, que é diminuir as taxas de incidência observada em 1990 pela metade, até o ano 2015.

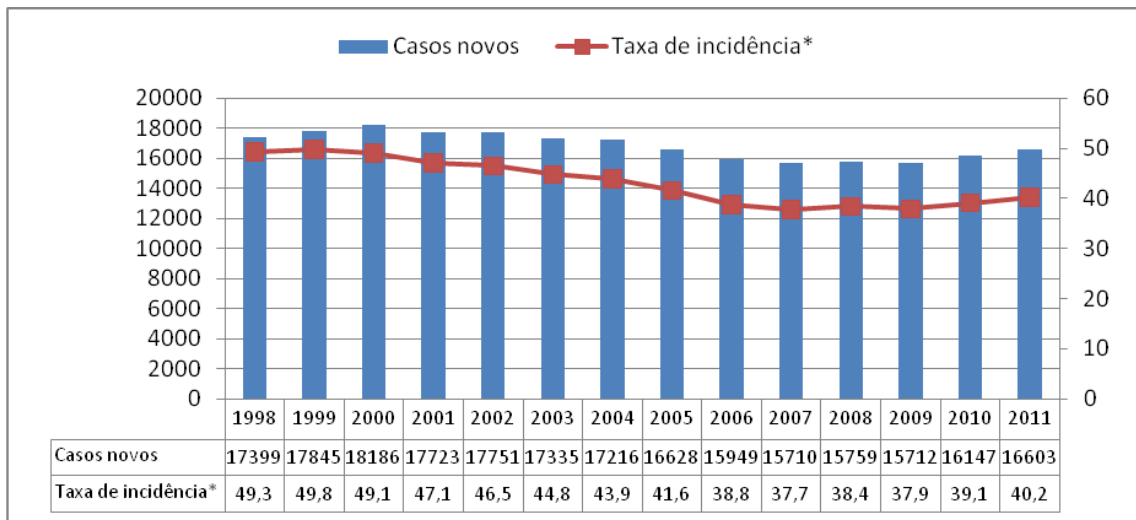


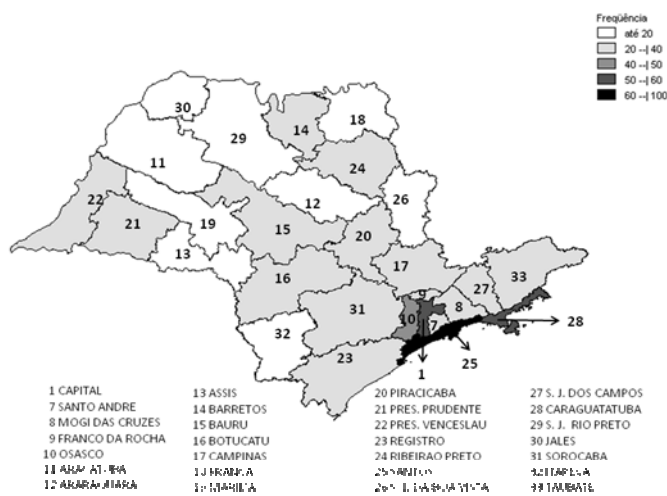
Figura 1. Número de casos novos de tuberculose e taxas de incidência no Estado de São Paulo, 1998 a 2011.

Fonte: TBweb

* Taxa de incidência por 100.000 habitantes

Dois em cada três casos ocorrem no sexo masculino, distribuição semelhante aos países em desenvolvimento¹ Quase 70,0% dos casos novos ocorrem em pessoas de 20 a 59 anos, o que leva em muitos casos a sérios problemas no sustento das famílias dos doentes. A faixa etária até 15 anos responde por 3,0% dos casos.

Há grandes diferenças de incidência entre as regiões do Estado. Enquanto, no interior do Estado, algumas regiões apresentam taxas menores de 20 casos por 100 mil habitantes, a Região Metropolitana de São Paulo tem taxas próximas à média estadual. No litoral, especialmente na Baixada Santista, a incidência é especialmente alta. (Figura 2)



Fonte: TBweb

*Os casos no sistema prisional não estão incluídos.

Figura 2. Taxas de incidência de tuberculose por Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) do Estado de SP, 2010.

Do total de 18.640 casos do ano de 2010, 15.201 (82,0%) têm resultado do teste para HIV, sendo que 2.309 (12,0%) eram positivos (Tabela 1). A realização do teste tem sido incorporada na rotina do atendimento de tuberculose, chegando em 2011 a 81,0% dos casos testados. A porcentagem de positividade para HIV diminuiu nos últimos anos, compreendendo 10,0% do total de casos novos e 22,0% nos retratamentos em 2011.

Tabela 1. Total de casos de tuberculose segundo teste para HIV, Estado de São Paulo, 1998-2011.

Ano	Total de casos (novos + retratamentos)	Número	HIV positivos (%)
1998	19.795	3.220	16
1999	20.448	3.432	17
2000	20.601	3.121	15
2001	20.116	3.212	16
2002	20.191	3.297	16
2003	19.612	2.936	15
2004	19.180	2.708	14
2005	18.604	2.566	14
2006	18.179	2.396	13
2007	17.816	2.364	13
2008	18.576	2.315	12
2009	18.228	2.212	12
2010	18.640	2.309	12
2011	19.550	2.339	12

Fonte: TBweb

BUSCA DE CASOS

Toda pessoa que apresente tosse por mais de 2 ou 3 semanas deve realizar baciloscopia de escarro para pesquisa de tuberculose. Essas pessoas são chamadas de Sintomáticos Respiratórios (SR). Pelo sistema de informação LABTB, os laboratórios devem registrar o número de pessoas que realizaram baciloscopia de escarro para diagnóstico; que é utilizado como um indicador de intensidade da busca de casos em cada município. A meta é examinar 1,0% da população - que é o número estimado de SR a cada ano.

No Estado de São Paulo, a porcentagem de SR examinados em relação ao número estimado aumentou de 33,6% em 2003 para 65,1% em 2011. A positividade das baciloscopias de diagnóstico diminuiu de 8,6% para 5,5% nesse período, o que corrobora a idéia de que a busca de casos de tuberculose vem melhorando (Figura 3).

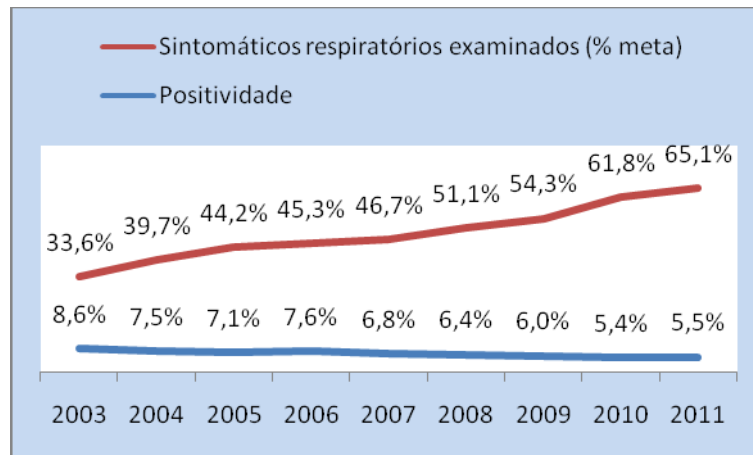


Figura 3. Sintomáticos respiratórios examinados: Porcentagem da meta atingida e positividade das baciloscopias, Estado de São Paulo, 2003-2011.

Fonte: LABTB

Nesse aspecto também há diferenças regionais importantes, enquanto as regiões da Baixada Santista, Araçatuba, Presidente Venceslau, Caraguatatuba e Marília alcançaram a meta de exames de SR, outras regiões, principalmente do nordeste do Estado, não chegam a 40,0% da meta (Tabela 2), necessitando reforçar a busca ativa dos casos.

A forma de descoberta dos casos é de grande importância para o resultado do tratamento. Os casos descobertos por busca ativa e em serviços ambulatoriais têm melhor prognóstico, enquanto para aqueles cuja elucidação ocorreu em hospitais ou serviços de urgência o desfecho tem maior probabilidade de ser desfavorável, mostrando a necessidade de maiores investimentos na busca de casos nos serviços ambulatoriais para descobrir os casos mais precocemente, em fase menos avançada, conforme recomendação nacional e internacional^{2, 4,}

6.

Tabela 2. Sintomáticos respiratórios examinados, porcentagem da meta esperada e positividade da baciloscopia em 2010, segundo GVE de residência no Estado de São Paulo.

GVE	Meta 1% pop.	S R exam.	% da meta	Casos BAAR+	% de positiv.
1- CAPITAL	112.535	81.655	(72)	4.636	(6)
7- SANTO ANDRÉ	25.515	11.285	(44)	693	(6)
8- MOGI CRUZES	25.719	14.744	(57)	731	(5)
9- FRANCO DA ROCHA	5.177	1.941	(37)	83	(4)
10- OSASCO	26.976	23.268	(86)	1.048	(5)
11- ARACATUBA	6.830	1.642	(24)	49	(3)
12- ARARAQUARA	9.176	2.834	(31)	94	(3)
13- ASSIS	4.490	2.729	(61)	88	(3)
14- BARRETOS	4.116	695	(17)	124	(18)
15- BAURU	10.680	1.165	(11)	127	(11)
16- BOTUCATU	5.102	1.242	(24)	49	(4)
17- CAMPINAS	40.317	13.212	(33)	760	(6)
18- FRANCA	4.713	594	(13)	25	(4)
19- MARÍLIA	6.077	2.571	(42)	185	(7)
20- PIRACICABA	12.969	4.243	(33)	158	(4)
21- P. PRUDENTE	4.321	1.185	(27)	79	(7)
22- P. VENCESLAU	2.861	2.140	(75)	53	(2)
23- REGISTRO	2.999	2.024	(67)	190	(9)
24- RIBEIRÃO PRETO	11.708	2.052	(18)	159	(8)
25- SANTOS	16.642	17.304	(104)	1.609	(9)
26- S. J. BOA VISTA	7.634	2.094	(27)	77	(4)
27- S. J. CAMPOS	9.539	3.249	(34)	214	(7)
28- CARAGUATATUBA	2.817	2.718	(96)	124	(5)
29- S. J. RIO PRETO	12.044	5.462	(45)	228	(4)
30- JALES	2.555	1.285	(50)	17	(1)
31- SOROCABA	19.208	5.285	(28)	371	(7)
32- ITAPEVA	2.729	1.869	(68)	41	(2)
33- TAUBATÉ	9.817	3.763	(38)	208	(6)

Fonte: TBweb

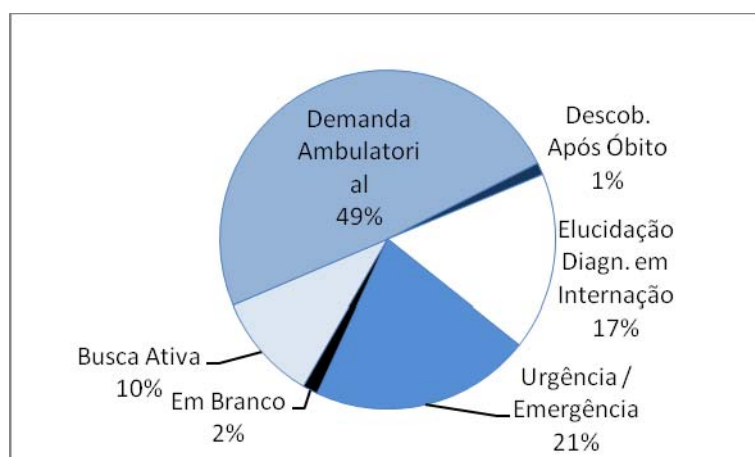


Figura 4. Modo de descoberta dos casos novos de TB no Estado de São Paulo, 2011.

Fonte: TBweb

Tabela 3. Resultados de tratamento dos casos novos de TB segundo forma de descoberta, Estado de SP, 2010.

DESCOBERTA	Cura %	Abandono %	Óbito %
Busca ativa	87	9	2
Demanda Ambulatorial	83	10	4
Elucidação Diagnostica em Internação	72	10	15
Urgência / Emergência	72	14	11
Total	78	10	8

Fonte: TBweb

TRATAMENTO

- **Resultados de tratamento**

Estima-se que seja preciso atingir pelo menos 85,0% de cura dos casos descobertos para que se consiga controlar a doença, com um máximo de 5,0% de abandonos de tratamento. O Estado de São Paulo ainda não conseguiu chegar a essa meta, apesar de ter havido progressos nesse sentido. De 1998 para 2010 a taxa de cura aumentou 12,0% e os abandonos diminuíram 30,0%. Ainda assim, a taxa de cura em 2010 atingiu 81% e o percentual de abandonos 11,0%, resultados ainda distantes do desejável.

O indicador de desempenho no controle da tuberculose pactuado com o Ministério da Saúde é a taxa de cura dos casos novos bacilíferos. A Tabela 4 mostra a evolução desse indicador nas diversas regiões do Estado desde 2006.

Tabela 4. Taxas de cura dos casos novos de tuberculose bacilífera no Estado de SP por GVE de residência, 2006-2010.

GVE	Ano				
	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)
1- CAPITAL	75	73	75	74	76
7- SANTO ANDRÉ	85	82	83	86	87
8- MOGI DAS CRUZES	86	84	88	83	85
9- FRANCO DA ROCHA	81	84	84	90	84
10- OSASCO	85	83	83	86	89
11- ARACATUBA	76	74	85	81	85
12- ARARAQUARA	77	84	79	84	76
13- ASSIS	86	80	78	73	80
14- BARRETOS	84	79	82	76	80
15- BAURU	81	71	83	72	69
16- BOTUCATU	88	74	76	84	82
17- CAMPINAS	79	77	78	79	83
18- FRANCA	89	81	90	76	82
19- MARÍLIA	67	83	79	74	74
20- PIRACICABA	82	83	82	85	81
21- PRES. PRUDENTE	74	88	76	92	82
22- PRES. VENCESLAU	59	78	83	85	88
23- REGISTRO	83	84	86	68	89
24- RIBEIRÃO PRETO	85	85	74	84	84
25- SANTOS	82	79	82	79	80
26- S. J. DA BOA VISTA	89	83	81	79	83
27- S. J. DOS CAMPOS ,	85	91	86	82	88
28- CARAGUATATUBA	86	83	90	87	88
29- S. J. RIO PRETO	76	79	83	82	81
30- JALES	67	71	73	94	88
31- SOROCABA	80	79	82	79	84
32- ITAPEVA	86	83	88	90	94
33- TAUBATÉ	88	86	85	74	81
DETENTOS	78	78	83	89	87
ESTADO DE SP	79	78	80	80	81

Fonte: TBweb

Tratamento diretamente observado (TDO)

Para aumentar o sucesso do tratamento, a estratégia proposta pela Organização Mundial da Saúde^{3,5} é administrar a medicação sob supervisão direta de um profissional treinado, dado que o tratamento dura pelo menos 6 meses e a tendência é de que o doente deixe de tomar a medicação tão logo os sintomas diminuem.

Em 2006, 37,0% dos casos de tuberculose tiveram TDO indicado no Estado de São Paulo. Essa proporção aumentou, chegando a 64,0% em 2010. No entanto, esse dado se refere ao momento da notificação do caso - nem todos os doentes que iniciam o tratamento sob supervisão são realmente tratados dessa forma até o final do mesmo. O cumprimento do TDO é medido pelo número de dias em que a medicação foi supervisionada; para fins estatísticos é considerado como efetivado quando é registrado no sistema de informação o número mínimo de doses supervisionadas durante a primeira e a segunda fase do tratamento.

A importância do TDO pode ser vista na comparação entre os resultados dos tratamentos realizados sob supervisão e os auto-administrados, como se vê na Tabela 5. Os casos de co-

infecção TB/HIV têm tido desfechos de tratamento preocupantes – baixas taxas de cura, altos índices de óbito e abandonos de tratamento. Apesar disso, a porcentagem de casos em tratamento supervisionado tem sido bem menor do que para os demais casos de tuberculose.

Tabela 5. Encerramento dos casos novos de tuberculose no Estado de SP com início de tratamento em 2010, segundo modalidade do tratamento e teste para HIV.

HIV	Encerra-mento	Modalidade do tratamento				Total	
		Diretamente observado		Auto-administrado			
Negativo ou não realizado	Cura	8.111	87%	3.714	74%	11.825	82%
	Abandono	711	8%	603	12%	1.314	9%
	Óbito	327	4%	527	10%	854	6%
	Outra	103	1%	53	1%	156	1%
	S/Inform.	75	1%	127	3%	202	1%
	Total	9.327	100%	5.024	100%	14.351	100%
Positivo		606	68%	445	49%	1.051	59%
		98	11%	172	19%	270	15%
		156	18%	247	27%	403	23%
		14	2%	15	2%	29	2%
		11	1%	21	2%	32	2%
	Total	885	100%	900	100%	1.785	100%
Total		8.717	85%	4.159	70%	12.876	80%
		809	8%	775	13%	1.584	10%
		483	5%	774	13%	1.257	8%
		117	1%	68	1%	185	1%
		86	1%	148	2%	234	1%
	Total	10.212	100%	5.924	100%	16.136	100%

Fonte: TBweb

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- **Sistema prisional**

Uma das populações de maior risco para tuberculose é a dos privados de liberdade². O Estado São Paulo possui 149 estabelecimentos prisionais, com uma população carcerária de quase 170 mil pessoas. Cerca de 9,0% de todos os casos de TB no Estado ocorrem na população prisional. A altíssima incidência da tuberculose, as freqüentes transferências dos detentos por motivo de segurança, os alvarás de soltura durante o tratamento da tuberculose e as dificuldades na assistência médica podem facilmente levar ao retardo diagnóstico e a interrupção do tratamento. Com o objetivo de melhorar o controle da doença no sistema prisional, a coordenação estadual do Programa de Controle da TB (PCT) desencadeou, a partir de 1996, um processo de trabalho interinstitucional com a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) e secretarias municipais de saúde. Hoje, as equipes da SAP participam no planejamento e avaliação das ações contra a TB, em conjunto com os responsáveis pelo PCT em todos os níveis.

Os resultados são dignos de nota. Os estabelecimentos prisionais hoje realizam busca ativa de sintomáticos respiratórios por ocasião da inclusão do detento e em campanhas, os casos identificados são colocados sob tratamento diretamente observado. O número de sintomáticos respiratórios examinados passou de 1.090 em 2002 para 29.977 em 2010 – 27 vezes maior. A

taxa de cura dos casos novos no sistema prisional, que em 1998 era 58,0%, aumentou para 87,0% em 2010. No mesmo período, o abandono de tratamento passou de 18,0% para 7,0% e a porcentagem de óbitos durante o tratamento caiu de 15,0% para 3,0%.

- **População em situação de rua**

Um grupo que precisa ser alvo de grande atenção são as pessoas em situação de rua². Nas ruas e praças das grandes cidades, nos albergues ou como andarilhos nas estradas, são pessoas com pouco acesso a serviços de saúde e com problemas que muitas vezes dificultam a adesão. Em 2009, foram 302 casos de tuberculose sem residência fixa no Estado, dos quais 231 no município de São Paulo. Destes, somente 121 obtiveram alta por cura, e 106 abandonaram o tratamento. Isso mostra que é necessário um grande esforço de organização e humanização do atendimento a essa população.

SISTEMA DE REFERÊNCIA

Mais de 7.000 serviços de saúde notificam tuberculose no Estado. Uma rede de 70 referências secundárias atende os casos mais complexos, como por exemplo, dificuldades de diagnóstico ou complicações no tratamento que o serviço de saúde não consegue resolver. Os casos resistentes são direcionados para uma das referências especialmente credenciadas.

A relação dos locais de atendimento pode ser consultada no site www.cve.saude.sp.gov.br/tuberculose

As internações de tuberculose são, em geral, efetuadas em hospitais gerais e duram apenas enquanto o tratamento ambulatorial não é possível. Para internações longas, em geral por motivos sociais ou para casos multirresistentes, existem três hospitais no interior do Estado – Hospital Nestor Goulart Reis, Sanatorinhos, e H. Leonor Mendes de Barros, o primeiro em Américo Brasiliense os outros dois em Campos do Jordão. Em 2010, esses hospitais foram responsáveis por 590 altas hospitalares, com média de permanência de 130 a 150 dias.

PRIORIDADES NAS AÇÕES E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE

Em consonância com os objetivos do milênio estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde é reduzir pela metade a morbidade e mortalidade por tuberculose em 2015, comparado com o ano de 1990². Observa-se que a meta de redução da mortalidade já foi atingida em 2010, o mesmo não tendo acontecido com a incidência, que declinou 21,0% desde 1998. Apesar da melhora da busca e das taxas de cura, a desigualdade social que ainda existe nos grandes centros urbanos talvez explique, em parte, não ser ter reduzido suficientemente o número de casos.

A base do controle da tuberculose continua sendo a busca ativa de casos e o tratamento correto até a cura. Observa-se no Estado de São Paulo que, tanto a procura de casos quanto os resultados de tratamento estão aumentando, mas ainda é preciso intensificar e aprimorar essas ações. Para isso, é necessário que os gestores, os profissionais de saúde e a população estejam convictos desses objetivos, entendendo que a busca ativa de sintomáticos

respiratórios e o tratamento diretamente observado são fundamentais para o controle da doença.

As estratégias do Estado de São Paulo para implementar as ações de controle tem sido estimular a busca de casos organizando, além da rotina, atividades de intensificação duas vezes por ano e conferindo prêmios pelo desempenho e conquista dos melhores indicadores em evento anual organizado pela divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica, para motivar os municípios a alcançar as metas de cura.

O envolvimento da população de forma organizada significa mobilização social e passou a ocorrer no Estado de São Paulo, com a criação em 2004, da “Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose”. Finalmente, a mobilização social é fator preponderante para garantir a defesa dos princípios técnicos e dos direitos dos doentes de tuberculose.

Elaborado por

Laedi A. R. dos Santos, Suely Fukasava, Vera M. N. Galesi. Divisão de tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil

Endereço para Correspondência

Laedi A. R. dos Santos, Av. Dr. Arnaldo, nº 351- 6º andar- sala 615 – Pacaembu, São Paulo, SP. CEP 01246-000. Tel. (11) 3066-8764; email: dvtbc@saude.sp.gov.br

Referências

1. Borgdorff MW, Nagelkerke NJD, Dye C, Nunn P. Gender and tuberculosis: a comparison of prevalence surveys with notification data to explore sex differences in case detection. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000 Feb; 4(2):123-32.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2011: 23-27
3. Frieden TR, Sbarbaro JA. Promoting adherence to treatment for tuberculosis: the importance of direct observation. *World Hosp Health Serv*. 2007;43(2):30-3.
4. Golub JE, Mohan CI, Comstock GW, Chaisson RE. Active case finding of tuberculosis: historical perspective and future prospects. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005 Nov;9(11):1183-203.
5. [Soares ECC](#), [Pacheco AGF](#), [Mello FCQ](#), [Durovni B](#), [Chaisson RE](#), [Cavalcante SC](#). Improvements in treatment success rates with directly observed therapy in Rio de Janeiro City. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006 Jun;10(6):690-5.
6. Toman, Kurt. Tuberculosis: Detección de casos, tratamiento y vigilancia: Preguntas y respuestas. Editado por Thomas R. Frieden. 2. ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006. 376 p.

FEBRE MACULOSA NA REGIÃO DO GRANDE ABC (Região Metropolitana de São Paulo, Brasil), de 1998 a 2011

No Brasil, a febre maculosa (FM) também é conhecida como tifo transmitido pelo carrapato¹, febre petequial ou febre maculosa brasileira. Foi reconhecida pela primeira vez, no Brasil, em 1929, no Estado de São Paulo. Logo depois, foi descrita em Minas Gerais e no Rio de Janeiro². Em 1906, o agente etiológico, a *Rickettsia rickettsii* (riquétsia) foi descrito por Howard Taylor Ricketts, que identificou também o carrapato como principal vetor de transmissão³.

EPIDEMIOLOGIA

A febre maculosa ocorre em países ocidentais, particularmente os Estados Unidos, o Canadá, o México, o Panamá, a Costa Rica, a Argentina, a Colômbia e o Brasil.

No Brasil, a maioria dos casos de febre maculosa se concentra na Região Sudeste, com casos esparsos em outros estados brasileiros, em especial no Sul do país. Essa maior incidência coincide com a presença do principal vetor e reservatório — o carrapato estrela — *Amblyomma cajennense*. Estão ainda associadas à transmissão da FM as espécies *Amblyomma aureolatum* e *Amblyomma dubitatum*⁴. A sazonalidade da incidência da doença é importante e está relacionada ao aumento da atividade do carrapato, promovendo maior contato com o ser humano, ocorrendo de junho a outubro⁵. O carrapato se localiza em pastos e gramados, preferencialmente em lugares distantes do sol, bem assombreados e próximos a rios e lagos⁶.

Em 2005 o Centro de Controle de Zoonoses do município de Ribeirão Pires fez investigações acarológicas em áreas infestadas pelos vetores da doença, *Amblyomma cajennense* e *Amblyomma aureolatum*, e áreas com registro de casos humanos suspeitos de febre maculosa. Observou-se que as maiores infestações nos domicílios estavam associadas à presença de hospedeiros primários, equinos e cães, e que as duas espécies de carrapatos do gênero *Amblyomma* ocorrem praticamente na mesma proporção (64,02% de *R. sanguineus*, 15,03% de *Amblyomma aureolatum*, 17,02% de *Amblyomma cajennense* e 3,87% de outras espécies)⁷.

As capivaras e os cavalos assumem grande importância na cadeia epidemiológica da doença, pois são os principais reservatórios dos carrapatos transmissores da febre maculosa. Os animais mantidos em pastos sujos, com vegetação alta, ou em matas ciliares, encontram um ambiente bastante propício para a infestação pelo *Amblyomma cajennense*⁸.

O Estado de São Paulo responde por 45,1% de todos os casos notificados no país (1997 a 2009). É importante ressaltar o aumento expressivo do número de casos em todos os estados brasileiros até o ano de 2005, quando se atingiu um pico de 172 casos notificados. Atualmente, esse número vem caindo, chegando a 55 casos em todo o país no ano de 2009, não havendo uma explicação razoável para essa queda¹.

No Brasil, as taxas de mortalidade giram em torno de 20 a 30%, em função das dificuldades em fazer o diagnóstico e estabelecer a terapia apropriada – relacionadas ao pouco conhecimento sobre a doença e à sintomatologia pouco específica. Entre os anos de 1989 e 2008, no Brasil, a taxa de letalidade foi de 25,2%. Já na Região Sudeste nesse período a taxa de letalidade de 31,4%. Dados específicos do Estado de São Paulo apontam para taxas de letalidade média de 34% entre os anos de 1985 e 2009⁹ elevando-se ligeiramente para 34,54% se considerarmos o período de 1985 a julho de 2011, não havendo tendência de queda¹⁰.

A REGIAO DO GRANDE ABC

Localizada na área metropolitana de São Paulo, a região do Grande ABC compreende sete municípios, a saber: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo Andre, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul. Destes, somente São Caetano do Sul não tem limite com a represa Billings ou braço desta represa sendo totalmente localizado em área urbana. Também conhecida como ABC paulista ou ABCD, é o terceiro pólo econômico do país e possui uma população de aproximadamente 2.500.000 habitantes. As zonas urbanizadas dos municípios estão “conurbadas”, ou seja, praticamente todas ligadas entre si e partilham de problemas relacionados com a proteção dos mananciais de água e áreas de proteção ambiental ameaçadas¹¹.

O GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 7 – GVE 7 -, subordinado à Coordenação de Vigilância Epidemiológica do Centro de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde é responsável pelas atividades pertinentes à vigilância epidemiológica na região em apoio e associação com os municípios.

OBJETIVO

Descrever e analisar o comportamento da febre maculosa na Região do Grande ABC quanto ao número de casos e óbitos, letalidade, idade, local de moradia, no período de 1998 a 2011.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo com análise das fichas de notificação existentes no GVE 7 utilizando os programas de banco de dados SINAN Windows (2000 / 2007) e SINAN net (2007 / 2011), e também planilhas dos anos 1998/99.

RESULTADOS

No período avaliado foram notificadas 493 suspeitas de febre maculosa de residentes do Grande ABC, com 62 confirmações por critério laboratorial e / ou clinico-epidemiológico e 28 óbitos (taxa de letalidade de 45,16%), superior a media nacional (25,2%), da Região Sudeste (31,4%) ou do Estado de São Paulo (34,54% entre os anos de 1985 e 2011¹⁰).

O primeiro caso notificado e confirmado, em 1998, pertencia ao município de Diadema. Não foram notificados casos em 1999, 2000 e 2002. A partir do ano 2003 (8 casos confirmados), as notificações começaram a aumentar sendo o maior número no ano 2005 com 9 casos confirmados.

O município com maior número de casos, no período, é São Bernardo do Campo com 27, seguido de Santo André (19 casos), Diadema (10 casos), Mauá (4 casos) e Ribeirão Pires com 2 casos confirmados. Não foram confirmados casos em residentes dos municípios de São Caetano do Sul e Rio Grande da Serra. A maior taxa de letalidade pertence ao município de Mauá, seguido de São Bernardo do Campo, Diadema e Santo André (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de casos notificados, confirmados, óbitos e taxa de letalidade, por município de residência, período de 1998 a 2011, Grande ABC - SP

Município	Notificados	Confirmados	Óbitos	Letalidade (%)
Santo Andre	170	19	5	26,31
São Bernardo do Campo	118	27	15	55,55
São Caetano do Sul	4	0	0	0,00
Diadema	111	10	5	55,00
Mauá	63	4	3	75,00
Ribeirão Pires	21	2	0	0,00
Rio Grande da Serra	6	0	0	0,00
Total	493	62	28	45,16

Fonte: SinanW; SinanNet; Planilha GVE VII

A faixa etária mais atingida foi entre 15 e 20 anos (15 casos) seguida pela de 5 a 9 anos (14 casos). A maior letalidade se deu entre as pessoas de 10 a 14 anos (60%, correspondendo a 6 óbitos). O sexo masculino compreendeu 54% dos casos notificados e o feminino 46%.

A maioria dos casos confirmados era residente em bairros adjacentes às áreas de proteção de manancial (tabela 2).

Tabela 2 - Casos confirmados por bairros, por município de residência, período de 1998 a 2011, Grande ABC - SP

Município	Bairro	nº
Santo André	Jardim Clube de Campo	3
	Recreio da Borda do Campo	11
	Jardim Santo Andre	2
	Sítio dos Vianas	1
	Vila Scarpeli	1
	Importado	1
São Bernardo do Campo	Bairro Cooperativa	5
	Acampamento do Engenheiros	1
	Bairro dos Químicos	3
	Bairro Alvarenga	9
	Jardim Calux	1
	Jardim Laura	3
	Jardim Silvina	1
	Parque das Garças	1
	Jardim Campestre	1
	Importado	2
Diadema	Jardim Campanário	6
	Jardim Maria Tereza	1
	Vila Paulina	1
	Parque Real	1
	Jardim Eldorado	1
Mauá	Jardim Camila	3
	Vila Assis	1
Ribeirão Pires	Vila Conceição	1
	Bairro Santa Luzia	1
Total		62

Fonte: SinanW; SinanNet; Planilha GVE VII

CONSIDERAÇÕES SOBRE A DOENÇA E SEU COMPORTAMENTO NO GRANDE ABC – SÃO PAULO

O comportamento da febre maculosa na Região do Grande ABC vem se apresentando dentro do esperado e já descrito em literatura, ou seja, de apresentar-se em locais onde haja animais propícios a serem o hospedeiro do carrapato, com mata e área de reservatório de água, como é o caso do entorno da Represa Billings.

Desde o primeiro caso notificado e confirmado, os técnicos do GVE 7 e dos municípios da Região do Grande ABC, vêm trabalhando solidariamente para o aprimoramento da suspeita diagnóstica e da confirmação preferencialmente pelo critério sorológico.

Foram realizados treinamentos para todas as equipes tanto da vigilância epidemiológica quanto da vigilância sanitária, em conjunto com técnicos da SUCEN (Superintendência de Controle de Endemias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo) objetivando instrumentalizá-las,

respectivamente, para as investigações domiciliares e/ou hospitalares e a investigação *in loco* do ambiente e possível hospedeiro contaminado.

Nas visitas *in loco*, as equipes de zoonoses fazem busca ativa para captura de carrapatos em animais domésticos. Quando estes são encontrados é realizada a identificação do gênero e, havendo condições técnicas, se há contaminação pela *Rickettsia*.

Foi a partir da ocorrência de um óbito em criança residente em Betim – MG com passagem pelo Pronto Socorro de São Bernardo do Campo e no Hospital Emilio Ribas, em 1990, cuja causa de morte não estava bem esclarecida, mas com a observação em prontuário da existência de muitos carrapatos na criança, que se atentou para a suspeita de febre maculosa.

Os profissionais dos serviços públicos foram então orientados para a observação da existência de carrapatos principalmente em crianças a fim de realizar a suspeita diagnóstica de febre maculosa.

No início havia dificuldade de coletar uma segunda amostra o que inviabilizava o diagnóstico definitivo por critério sorológico. As orientações aos serviços, a divulgação de casos confirmados e dos prováveis locais de infecção passaram a ser fatores facilitadores para esta coleta, aumento a confirmação por este critério.

Em 2004 ocorrem três casos confirmados no mesmo grupo familiar (casal e cunhada), moradores do município de Mauá, sendo que todos foram a óbito. A primeira suspeita foi de intoxicação exógena, o que motivou a investigação pela equipe da vigilância do município de Mauá. Foi encontrado carrapato morto na residência levando à hipótese diagnóstica de febre maculosa. Foi possível realizar o exame imunohistoquímico em material de um dos pacientes (cunhada) que foi positivo para *Rickettsia rickettsii*, confirmando as causas das mortes.

Todos os casos notificados foram investigados pelas equipes locais. Dos 289 casos entre 2007 e abril de 2012, 75,8% foram encerrados por critério sorológico, 15,6% por critério clinico-epidemiológico e em 8,6% das fichas não há esta informação. A alta porcentagem do *critério laboratorial* para a confirmação ou descarte reflete a preocupação e disponibilidade para a realização oportuna principalmente da sorologia.

A suspeita de febre maculosa é notificada, muitas vezes, como diagnóstico diferencial de dengue e de leptospirose. Em alguns casos também como diferencial de meningite, hantavirose e febre amarela. Isto indica que a FMB está presente no raciocínio do médico atendente o que demonstra a positividade das ações das vigilâncias epidemiológicas junto aos serviços públicos e privados.

As equipes locais com o apoio do grupo técnico de vigilância epidemiológica e demais instituições pertinentes têm feito um trabalho quase cotidiano de enfrentamento para a eliminação de carrapatos nas regiões mais afetadas. O principal animal hospedeiro encontrado até o momento é o cão doméstico que, nestas regiões, vive solto e em contato com a mata. Seus proprietários, de maneira geral e por condições diversas, não se atentam ao tratamento do animal o que vem perpetuando e dificultando o combate à febre maculosa. Há também

outros animais próximos às residências como equinos e capivaras que são potenciais hospedeiros. Todavia, nestes animais é mais difícil o exame para verificar a contaminação por carrapatos.

Até abril de 2012 foram notificados 17 casos com 1 confirmação (dados preliminares), o que leva a crer que esta doença pode ser já considerada endêmica na região. Isto tem levado à procura de novas formas e inserção de ações de vigilância na comunidade afetada buscando uma efetiva parceria no combate à doença principalmente para a redução da alta taxa de letalidade.

Autores:

Neves, Maria Aparecida Teixeira das; Guerschman, Tania de Moura; Sakata, Mieco U. do Grupo de Vigilância Epidemiológica VII – Santo André, Centro de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil

Endereço para correspondência:

Grupo de Vigilância Epidemiologia VII-Rua Dr. Cesário Mota, 351, Centro, Santo André, SP - CEP 09010-100. Telefone (11) 4990-8957, e-mail: gve-santoandre@saude.sp.gov.br

Referências

1. Del Fiol FS, Junqueira FM, Rocha MCP, Toledo MI, Barberato Filho S. A febre maculosa no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(6):461–6.
2. Dias E, Martins AV. Spotted fever in Brazil. A summary. *Am J Trop Med*. 1939;19(1):103–8.
3. Ricketts HT. A micro-organism which apparently has a specific relationship to Rocky Mountain spotted fever. *JAMA*. 1909;52:379–80
4. Lemos ERS. Rickettsial diseases in Brazil. *Virus Rev Res*. 2002;7(1):7–16
5. Lemos ERS, Alvarenga FB, Cintra ML, Ramos MC, Paddock CD, Ferebee TL, et al. Spotted fever in Brazil: a seroepidemiological study and description of clinical cases in an endemic area in the State of São Paulo. *Am J Trop Med Hyg*. 2001;65(4):329–34.
6. Lemos ER, Machado RD, Coura JR, Guimarães MA, Freire NM, Am Orim M et al. Epidemiological aspects of the Brazilian spotted fever: seasonal activity of ticks collected in an endemic area in São Paulo, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1997;30(3):181–5
7. Goes, E. M.; Gonçalves, C. A. Z. M.; Tognollo, N. R.; Magalhaes, M. F. Silva, P. B.. *Boletim Epidemiológico Paulista*, Vol. 3, Nº 35, pg. 13-18.
8. Labruna MB, Kasai N, Ferreira F, Faccini JL, Gennari SM. Seasonal dynamics of ticks (Acari: Ixodidae) on horses in the State of São Paulo, Brazil. *Vet Parasitol*. 2002;105(1):65–77.

9. São Paulo, Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Incidência, óbitos e taxa de letalidade de Febre Maculosa, por ano no estado de São Paulo — 1985 a 2009. Disponível em: cve.saude.sp.gov.br. Acessado em 13 de julho de 2011.
10. Pinter, A. e col. Febre maculosa Brasileira. Suplemento do Boletim Epidemiológico Paulista 2011, V. 8, Nº 1, out/2011, pg. 4.
11. <http://www.cidadespaulistas.com.br/prt/cnt/mp-reg-abc.htm>, acessado em 15/7/2011.

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 no 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

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, 2011* e acumulados SE01-SE02, com destaque para a SE03 finalizada em 21.01.2012*

Doenças/Agravos - Casos Confirmados	2007-2010	2011*	2012*	
			Acum. SE01-SE02	SE03
Botulismo	12	0	0	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Surtos)	1.632***	39	0	2
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Casos envolvidos em Surtos)	8.001***	164	0	5
Cólera	0	1††	0	0
Conjuntivite§§	549.418	1.187.356	7.073	3.038
Coqueluche	749***	922	87	45
Dengue (Casos Autóctones e Importados)	317.904	97.882	583	316
Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)**	2.879.475	940.200	39.553	18.275
Diarréia (Surtos)	2.001	498	29	13
Diarréia (Casos envolvidos em Surtos)	37.753	9.652	358	34
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	27	6	3	1
Esquistossomose (Casos Autóctones)	607	84	2	5
Esquistossomose (Total de Casos)	5.317	1080	33	23
Febre Maculosa / Rickettsioses	200	82	6	0
Febre Tifóide	36	4	0	0
Hantavirose	78	21	0	0
Hepatite A(Surtos)	131	17	1	0
Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos)	819	57	6	0
Hepatite A (Casos esporádicos)	1.116	176	4	0
Hepatites B	13.807	3.856
Hepatites C	25.077	5.825
Hepatite B + C (co-morbidade)	688	137
SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)†	12.091	26	0	2
Leishmaniose Tegumentar Americana	1.724	289	10	6
Leishmaniose Visceral	1.107	187	11	4
Leptospirose	3.130	958	46	23
Doença Meningocócica	5.134***	1.355	33	15
Outras Meningites Bacterianas	7.517***	1.716	41	20
Meningites Virais	21.178***	4.200***	130	55
Outras Meningites	4.370***	824	43	17
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	347	91	3	0
Poliomielite (poliovírus selvagem)	0	0	0	0
Rotavírus (em < 5 anos)§	294	152	1	0
Rubéola	2.373	0	0	0
Sarampo	0	27	0	0
Síndrome da Rubéola Congênita	23	0	0	0
Síndrome Hemolítico-Urêmica	5	2	1	0
Tétano Acidental	88***	26	1	0
Tracoma¶	9.071	1.760	28	2
Varicela (Surtos)	10.466	2.710	15	5
Varicela (Casos envolvidos em Surtos)	78.576***	17.337	36	27
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

(***): atualização nos dados

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

(††) Caso importado

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

(§§) 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.

Acum. – casos acumulados

SE – Semana Epidemiológica

NOTÍCIAS



TREINAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DETECÇÃO DE TRIQUIÁSE TRACOMATOSA

O município de Piedade interior do Estado de São Paulo foi contemplado na portaria 2556 de outubro de 2011 para receber apoio financeiro com o objetivo de realizar as atividades do plano de eliminação do tracoma como causa de cegueira.

Fazendo parte das atividades foi realizado nos dias 25 de maio e 1º de junho de 2012, a “Capacitação de Profissionais da área da Saúde das equipes de Atenção Básica e de profissionais da Diretoria de Educação em prevenção do Tracoma, promoção da saúde ocular e detecção de casos de Triquiase”. Os objetivos do treinamento foram elaborar: propostas de educação em saúde pela equipe de Educação; capacitar para a detecção de triquiase nos domicílios e nos asilos, na área de abrangência de cada unidade básica pelos Agentes de Saúde Comunitários e encaminhamento dos casos suspeitos para a referência oftalmológica. Participaram 19 profissionais da Diretoria de Educação e 39 profissionais da Saúde.

Elaborado por: Marli R. O. Raimundo-Vigilância Epidemiológica do município de Piedade

Endereço para correspondência: AMOMP – SETOR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Via Antônio Leite de Oliveira, nº 100, CEP: 18170-000.Tel/Fax: (015) 3244-1228 – Ramal: 32;

e-mail: ve.piedade@gmail.com.br

IDENTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE SURTO DE DIARREIA EM BEBEDOURO, SP, MAIO DE 2012

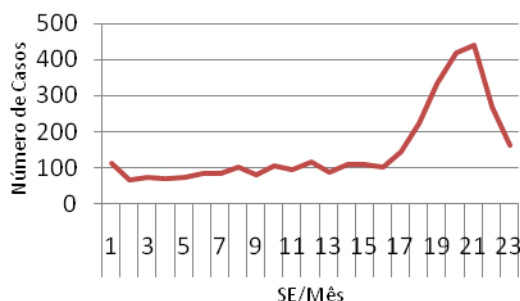


Figura - Monitoramento da Doença Diarreica Aguda (MDDA): Número de Casos de registrados de Janeiro a 09 de junho de 2012, Bebedouro, SP (com destaque para as SE 18 a 21).
Fonte: SIVEP_DDA

Observou-se, por meio do programa de Monitoramento da Doença Diarreica Aguda (MDDA), implantado em unidades de saúde sentinela, aumento significativo no número de casos de doença diarreica aguda, entre as semanas epidemiológicas (SE) 18 e 21, no município de Bebedouro, SP, caracterizando surto (Figura). A distribuição de casos foi homogênea em todo o município, acometendo principalmente a faixa etária acima de 15 anos.

Os principais sintomas foram dor abdominal intensa (cólica), vômitos e fezes líquidas, sem febre e autolimitada, com período de duração médio de no máximo três dias.

A análise da água distribuída pelo sistema de abastecimento público local foi negativa para germes patogênicos, encontrando-se dentro dos parâmetros sanitários de qualidade.

Foram coletadas 10 amostras de fezes e encaminhadas para testes no Instituto Adolfo Lutz, das quais cinco (50%) foram positivas para norovírus. A partir da SE 22 evidenciou-se tendência de queda no número total de casos, confirmada na SE 23. Aguarda-se o relatório de investigação de possíveis causas primárias de transmissão do vírus, para implementação de outras medidas que se fizerem necessárias, destacando-se, entretanto, que a grande proporção de casos em surtos por norovírus, pode ser também devida à transmissão de pessoa para pessoa.

Elaborado por: GVE XIV Barretos/CVE/CCD/SES-SP

Endereço para correspondência: Av. 23, 1369 – Bloco B, Barretos, SP CEP 14780-310; Tel. (17) 3321-7338; email: gve-barretos@saude.sp.gov.br

O *BE CVE* é uma publicação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil. Todo o material publicado é de domínio público permitindo-se sua reprodução desde que citada a fonte e que não seja para fins comerciais.

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

Centro de Vigilância Epidemiológica

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

Equipe editorial

Coordenadora Executiva – Márcia Cristina Fernandes Prado Reina

Cláudia Valencia Montero

Claudio Celso Monteiro Jr.

Daniel Marques

Geraldine Madalosso

Marco Antonio de Moraes

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Norma Farias

Norma Helen Medina

Projeto Gráfico

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Editoração e Arte final

Claudia Valencia Montero

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