

Editorial

Prezado Leitor

Nesta edição o BECVE apresenta como principal tema a leptospirose, doença que acomete significativamente algumas regiões de nosso estado, notadamente o Vale da Ribeira e a Baixada Santista, com letalidade considerada alta, superior a 10%. Uma das importantes medidas propostas é a capacitação constante dos profissionais de saúde para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas e início imediato do tratamento. Importante, também, são as ações de educação em saúde para que a população esteja informada sobre as formas de prevenção para esse agravo.

Outro tema relevante é o informe técnico sobre a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza 2015, que relata detalhadamente a ocorrência da doença e os resultados obtidos com a campanha de 2014.

Boa leitura!

Marcos Boulos
Editor

SUMÁRIO

<i>Editorial</i>	01
Avaliação Epidemiológica da Leptospirose no Estado de São Paulo, período de 2007 a 2013	02
Informe Técnico – 17ª. Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, 201	10
Tabela de Agravos	24
Notícias	25
Expediente	27

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LEPTOSPIROSE NO ESTADO DE SÃO PAULO - PERÍODO DE 2007 A 2013

A leptospirose é doença infecciosa causada pela bactéria *Leptospira* e transmitida ao homem, de maneira acidental, através principalmente do contato com urina infectada de roedores urbanos.

Apresenta distribuição universal e, assim como no país, no Estado de São Paulo, é doença endêmica, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente na capital e municípios populosos que apresentam locais com aglomeração populacional de baixa renda que reside em áreas propícias à inundações, com condições inadequadas de saneamento, presença de lixo e córregos assoreados que propiciam o aumento da população murina e o contato das pessoas com a água e lama de enchentes contaminadas pela urina do roedor, evidenciando a relação da Leptospirose com a precariedade dos fatores socioeconômicos.

Na Tabela 1, mostramos os casos confirmados, o coeficiente de incidência, o número de óbitos e a letalidade no Brasil e no estado de São Paulo, por ano de início de sintomas, em uma série histórica de 17 anos (1997 a 2013). Observamos que em nove anos, o coeficiente de incidência do estado foi maior que o do país que apresentou maior índice em 8 anos do período estudado. No entanto, a letalidade no Estado foi maior em 15 anos, ou seja, na maioria dos anos desse período.

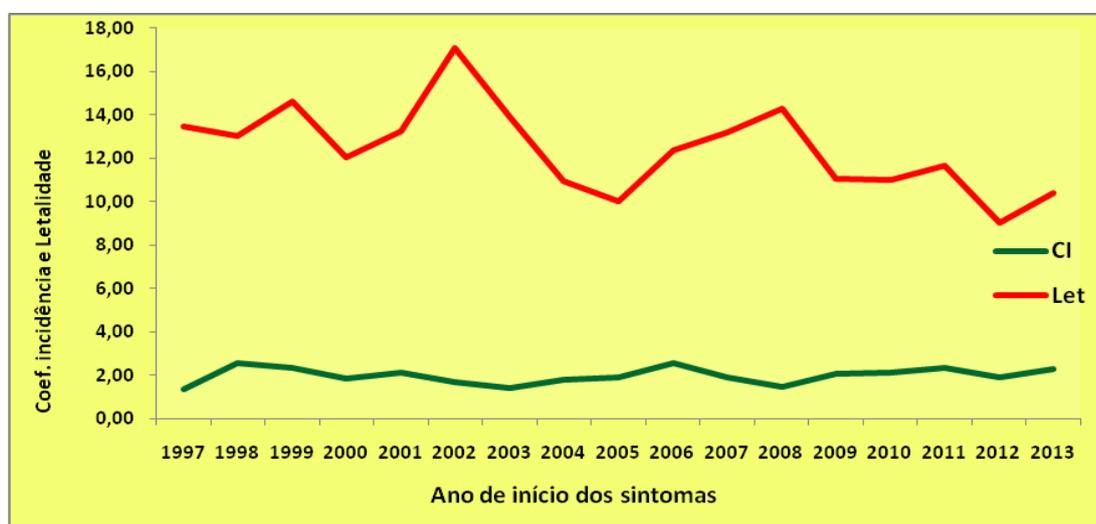
No estado de São Paulo, de 1997 a 2013, foram confirmados 13.308 casos de leptospirose, variando entre 461 (1997) a 1.057 (2006) casos anuais. A incidência teve variação de 1,33 (1997) a 2,57 (1998 e 2006) casos por cem mil habitantes. Nesse mesmo período, foram informados 1.640 óbitos, com variação de 62 (1997) a 131 (2006) óbitos anuais. A letalidade variou de 9,31% (2012) a 17,08% (2002). Chama atenção a presença de letalidades menores em anos com incidências maiores. Acredita-se que em anos em que há mais chuvas e, conseqüentemente mais enchentes, a divulgação da leptospirose é maior tanto para a população quanto para os profissionais de saúde, fazendo com que a procura por serviços de saúde seja mais rápida e o diagnóstico e tratamento sejam precoces e adequados (**Tabela 1 e Gráfico 1**).

Tabela 1 – Leptospirose – casos confirmados, coeficiente de incidência ⁽¹⁾, número de óbitos e letalidade ⁽¹⁾ segundo o ano, no Brasil e no estado de São Paulo, de 1997 a 2013.

ANO	CASOS CONFIRMADOS		COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA ⁽¹⁾		ÓBITOS		LETALIDADE (%)	
	Brasil	SP	Brasil	SP	Brasil	SP	Brasil	SP
1997	3298	461	2,07	1,33	280	62	8,49	13,45
1998	3449	906	2,13	2,57	439	118	12,73	13,02
1999	2433	835	1,48	2,33	311	122	12,78	14,61
2000	4208	688	2,48	1,86	351	83	8,34	12,06
2001	3708	793	2,16	2,11	436	105	11,76	13,24
2002	2769	650	1,59	1,70	332	111	11,99	17,08
2003	3005	554	1,71	1,43	353	77	11,75	13,90
2004	3097	711	1,74	1,81	389	78	12,56	10,97
2005	3534	777	1,96	1,92	408	78	11,54	10,04
2006	4369	1057	2,40	2,57	413	131	9,45	12,39
2007	3331	807	1,81	1,94	349	105	10,48	13,01
2008	3679	606	1,98	1,48	347	86	9,43	14,29
2009	3946	860	2,09	2,08	345	94	8,74	10,93
2010	3815	893	2,00	2,16	390	99	10,22	11,09
2011	4946	981	2,56	2,36	442	115	8,94	11,72
2012	3256	784	1,67	1,87	278	73	8,54	9,31
2013	3816	945	1,95	2,26	328	103	8,60	10,90

Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP - Dados de 05/11/2014.

⁽¹⁾ Coeficiente de Incidência por 100 mil habitantes; letalidade em porcentagem.

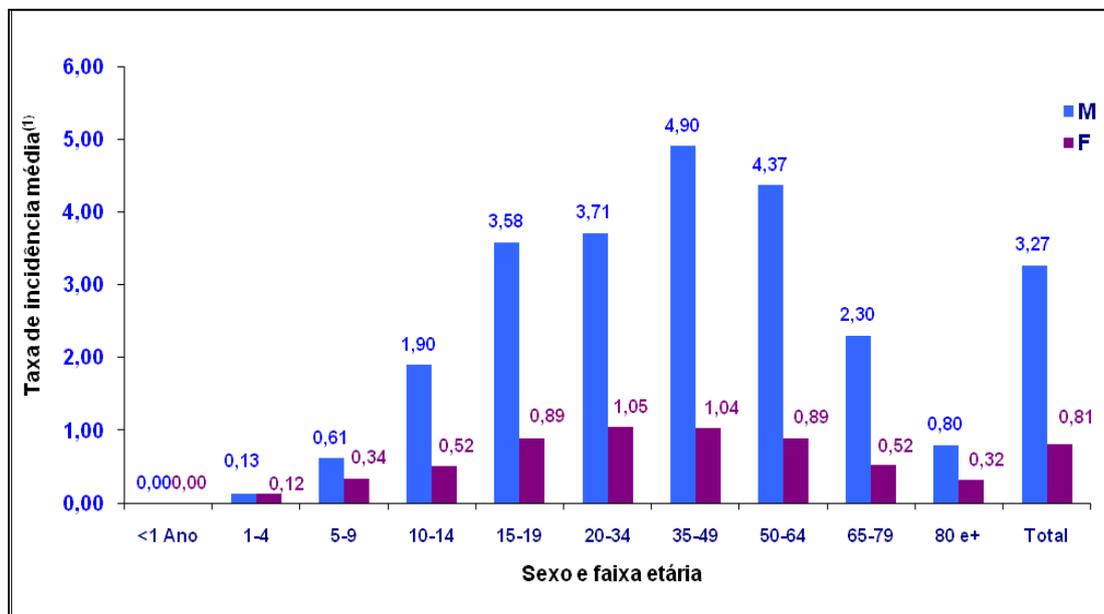


Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP- Dados de 05/11/2014

⁽¹⁾ Coeficiente de Incidência por 100 mil habitantes; letalidade em porcentagem.

Gráfico 1 - Leptospirose - coeficiente de incidência⁽¹⁾ (CI) e letalidade⁽¹⁾ (Let) segundo ano de início de sintomas, estado de São Paulo, de 1997 a 2013.

Em estudo descritivo realizado a partir do banco de dados do SINANNET, referentes ao período de 2007 a 2013 foram confirmados 5.876 casos e os mais acometidos foram indivíduos do sexo masculino (79,4%), embora não exista uma predisposição de gênero ou de idade para contrair a infecção. Em relação às faixas etárias com maiores riscos, no sexo masculino, foram as de 35 a 49 anos e de 50 a 64 anos e, no feminino, as de 20 a 34 anos e de 35 a 49 anos, acometendo mulheres adultas mais jovens (**Gráfico 2**).



Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP, dados de 05/11/2014.

(1) Coeficiente de Incidência por 100 mil habitantes

Gráfico 2 – Leptospirose - taxa de incidência média⁽¹⁾ segundo sexo e faixa etária, estado de São Paulo, de 2007 a 2013.

A leptospirose, no período estudado, ocorreu em todas as regiões de saúde do Estado, sendo que as maiores incidências foram nos GVE de Registro, Mogi das Cruzes, Santos, Campinas, Caraguatatuba, Osasco, Assis e da Capital. Chama a atenção as regionais com letalidades maiores que as do Estado, nos anos estudados, como as de Franca, Santos, Franco da Rocha, Capital, Itapeva, Osasco e Bauru (**Tabela 2 e Mapa 1**).

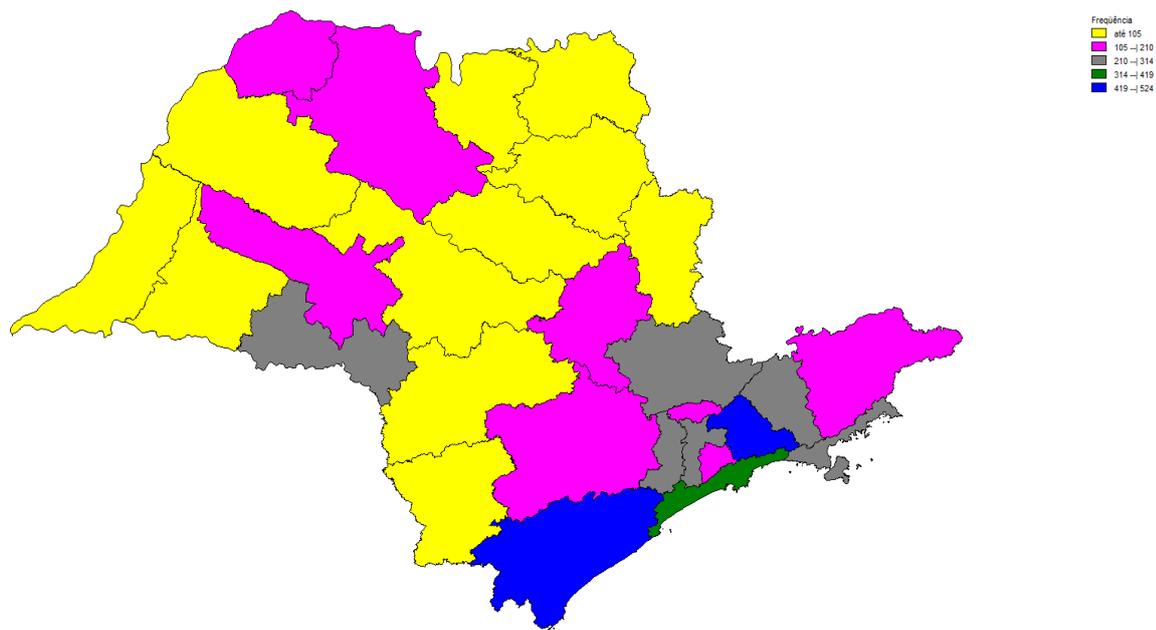
Tabela 2 - Leptospirose – casos notificados, casos confirmados, taxa de incidência média⁽¹⁾, óbitos e letalidade segundo GVE de residência, Estado de São Paulo, de 2007 a 2013⁽²⁾.

GVE de Residência	Casos Notificados	Casos Confirmados	Taxa de Incidência Média ⁽¹⁾	Óbitos	Letalidade (%)
GVE 1 CAPITAL	9284	1712	2,18	263	15,36
GVE 7 SANTO ANDRE	1570	323	1,78	35	10,84
GVE 8 MOGI DAS CRUZES	2963	839	4,31	82	9,77
GVE 9 FRANCO DA ROCHA	295	70	1,86	11	15,71
GVE 10 OSASCO	2079	450	2,30	60	13,33
GVE 11 ARACATUBA	49	5	0,10	-	-
GVE 12 ARARAQUARA	168	23	0,35	1	4,35
GVE 13 ASSIS	460	74	2,28	4	5,41
GVE 14 BARRETOS	85	6	0,21	-	-
GVE 15 BAURU	189	34	0,45	4	11,76
GVE 16 BOTUCATU	294	33	0,84	-	-
GVE 17 CAMPINAS	5875	765	2,70	65	8,50
GVE 18 FRANCA	279	17	0,37	3	17,65
GVE 19 MARILIA	279	48	1,10	1	2,08
GVE 20 PIRACICABA	1139	180	1,79	8	4,44
GVE 21 PRESIDENTE PRUDENTE	198	24	0,79	-	-
GVE 22 PRESIDENTE VENCESLAU	52	2	0,10	-	-
GVE 23 REGISTRO	445	106	5,24	12	11,32
GVE 24 RIBEIRAO PRETO	527	43	0,47	3	6,98
GVE 25 SANTOS	1528	384	3,24	61	15,89
GVE 26 SAO JOAO DA BOA VISTA	209	43	0,77	1	2,33
GVE 27 SAO JOSE DOS CAMPOS	746	146	2,12	13	8,90
GVE 28 CARAGUATATUBA	185	47	2,31	3	6,38
GVE 29 SAO JOSE DO RIO PRETO	788	128	1,49	10	7,81
GVE 30 JALES	111	19	1,05	1	5,26
GVE 31 SOROCABA	1585	222	1,60	23	10,36
GVE 32 ITAPEVA	119	22	1,01	3	13,64
GVE 33 TAUBATE	359	108	1,51	8	7,41
GVE em branco	7	3	-	-	-
Total	31867	5876	2,01	675	11,49

Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP.

⁽¹⁾Taxa incidência média por 100.000 habitantes.

⁽²⁾ Dados de 05/11/2014 .



Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP

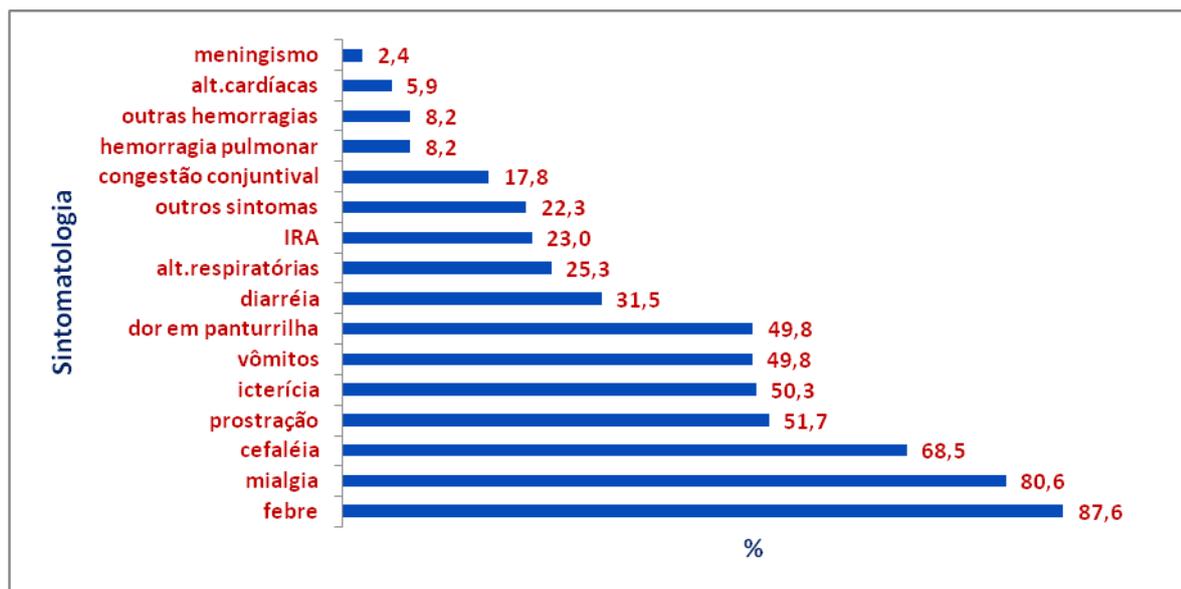
⁽¹⁾Dados de 05/11/2014.

Mapa 1 – Leptospirose - taxa de incidência média (por 100 mil habitantes) segundo GVE de residência, estado de São Paulo, de 2007 a 2013⁽¹⁾.

O quadro clínico da leptospirose é muito variável e seu espectro vai desde quadros pouco sintomáticos até quadros muito graves que apresentam alta letalidade.

Do total de casos confirmados no período, 71,7% (4.212) foram hospitalizados, o que sugere que o sistema de vigilância capta principalmente casos moderados e graves, com provável subnotificação de casos da fase precoce da doença.

Em relação à sintomatologia que sugere gravidade do quadro clínico, é esperada uma evolução para manifestações clínicas severas em apenas 10 a 15% dos pacientes com leptospirose. No entanto, as ocorrências de icterícia em 50,3% dos casos, alterações respiratórias em 25,3%, insuficiência renal aguda em 23,0%, hemorragia pulmonar em 8,2% e alterações cardíacas em 5,9% também sugerem que os serviços de saúde estão mais preparados para diagnosticar formas mais graves da doença, com quadros clínicos mais característicos, dando pouca atenção a suspeita das formas leves e moderadas sem icterícia, que representam quadros clínicos mais inespecíficos (**Gráfico 3**).



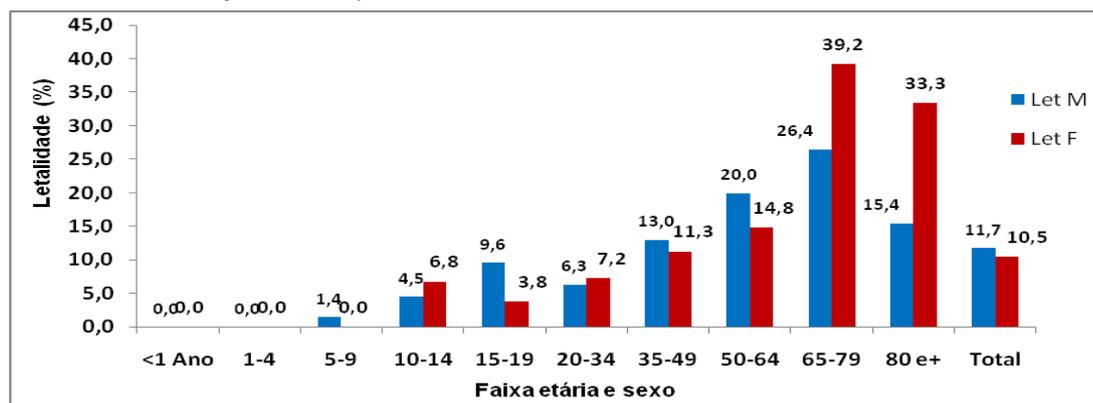
Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP.

(¹)Dados de 05/11/2014.

Gráfico 3 - Leptospirose – percentagem de casos confirmados segundo sintomatologia, estado de São Paulo, de 2007 a 2013(¹).

Esses fatos também poderiam explicar as letalidades superiores a 10% - consideradas altas-apresentadas nesse período, determinando a necessidade de constantes reciclagens médicas direcionadas ao diagnóstico e tratamento precoces e adequados da doença.

Do total de 675 óbitos do período, 81,9% foram entre os homens, no entanto as letalidades foram semelhantes entre os dois sexos, 11,7% no sexo masculino e 10,5% no sexo feminino. Entre os homens, a letalidade foi maior nas faixas etárias de 65 a 79 anos e de 50 a 64 anos, enquanto que entre as mulheres as taxas maiores foram nas faixas etárias de 65 a 79 anos e a de 80 anos e mais, inclusive apresentando nessas idades percentagens maiores que as do sexo masculino (**Gráfico 4**).

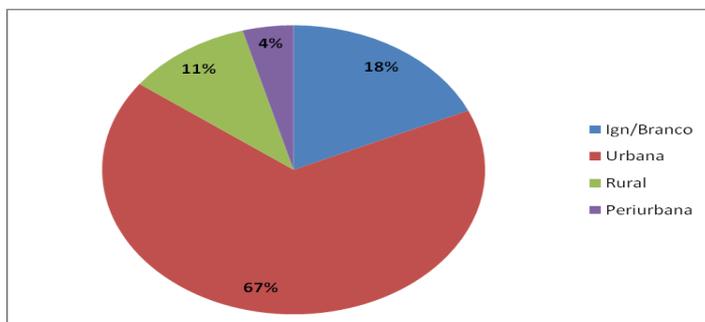


Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP.

(¹)Dados de 05/11/2014.

Gráfico 4 - Leptospirose - letalidade segundo sexo e faixa etária, estado de São Paulo, de 2007 a 2013(¹).

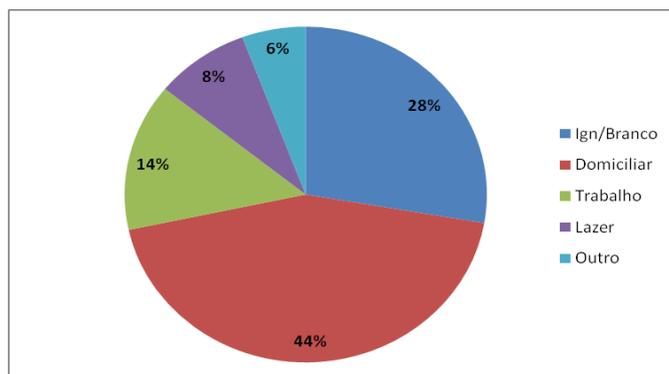
Quanto às características do local provável de infecção (LPI) dos casos confirmados no período, 67% ocorreram em área urbana, 11% em área rural, 4% em área periurbana e 18% em área ignorada/não registrada (**Gráfico 5**). Do total de confirmados, 44% ocorreram em situações domiciliares, 14% em situações de trabalho, 8% em situação de lazer, 6% em outras situações e 28% em situação ignorada/não registrada (**Gráfico 6**).



Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP.

⁽¹⁾Dados de 05/11/2014.

Gráfico 5 – Leptospirose – Porcentagem de casos confirmados segundo área do local provável de infecção, estado de São Paulo, de 2007 a 2013⁽¹⁾.



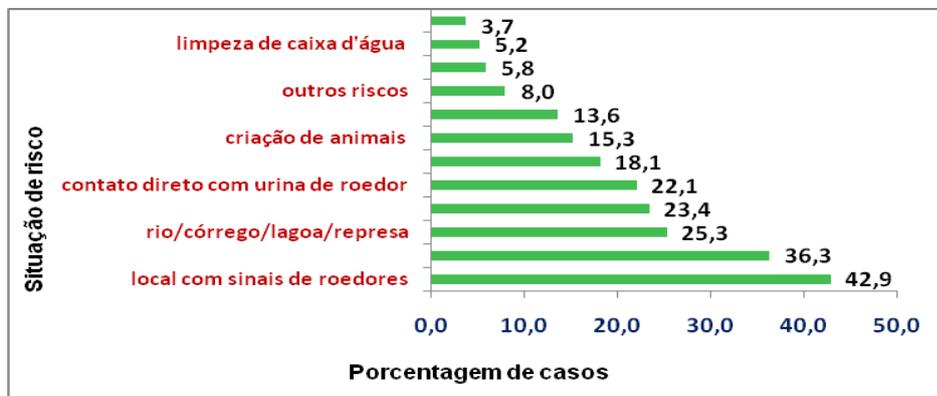
Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP.

⁽¹⁾Dados de 05/11/2014.

Gráfico 6 – Leptospirose – porcentagem de casos confirmados segundo ambiente do local provável de infecção, estado de São Paulo, de 2007 a 2013⁽¹⁾.

Em relação à situação de risco ocorrida nos 30 dias anteriores aos sintomas, 42,9% dos casos frequentaram local com sinais de roedores, 36,3% tiveram contato com água ou lama de enchente, 25,3% com água de rio ou córrego ou lago ou represa, 23,4% com lixo, 22,1% tiveram contato direto com urina de roedor, 18,1% com terreno baldio, 15,3% com criação de animais e 13,6% com fossa ou esgoto, entre os riscos mais frequentes, com a ressalva de que incorretamente é assinalado mais de um risco para cada caso (**Gráfico 7**). Podemos, então,

inferir que a leptospirose no Estado de São Paulo foi adquirida principalmente através de situações em que as pessoas tiveram contato com a urina de roedores urbanos, determinando que sua prevenção, no que compete à área da Saúde, deve ser baseada em ações de educação em saúde para a população e em ações de controle da população murina (antirratização e desratização).

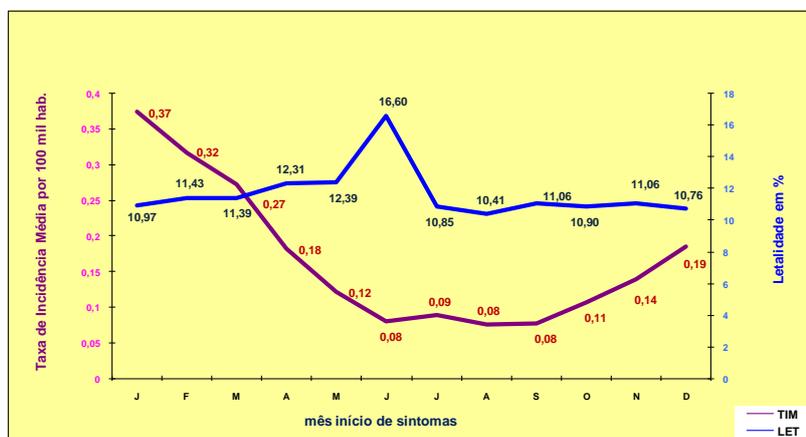


Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP.

⁽¹⁾Dados de 05/11/2014.

Gráfico 7 - Leptospirose - porcentagem de casos confirmados segundo risco epidemiológico, estado de São Paulo, de 2007 a 2013⁽¹⁾.

A doença se mostrou com nítida sazonalidade nesses anos, com maior número de casos no período de calor (novembro a abril), embora ocorrendo o ano todo, o que demonstra o claro vínculo com a população murina. Também destacam-se as altas letalidades nos meses frios, reforçando a necessidade de se pensar em leptospirose todos os meses do ano (**Gráfico 8**).



Fonte: SINANNET – CVE – SES-SP

⁽¹⁾Dados de 05/11/2014

Gráfico 8 - Leptospirose - Taxa de Incidência Média (TIM) e Letalidade (LET) segundo mês de Início de Sintomas - estado de São Paulo - período de 2007 a 2013⁽¹⁾.

Elaborado por: Marcia Regina Buzzar - Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP
dvzoo@saude.sp.gov.br

INFORME TÉCNICO

17ª CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA 2015

1. Introdução

A influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. É de elevada transmissibilidade e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias sazonais. A transmissão ocorre por meio de secreções das vias respiratórias da pessoa contaminada ao falar, tossir, espirrar ou pelas mãos, que após contato com superfícies recém-contaminadas por secreções respiratórias pode levar o agente infeccioso direto a boca, aos olhos e ao nariz.

Os vírus influenza são da família dos Ortomixovírus e subdividem-se em três tipos: A, B e C, de acordo com sua diversidade antigênica, podendo sofrer mutações. Os vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias de doenças respiratórias, que ocorrem em quase todos os invernos, com duração de quatro a seis semanas e frequentemente associadas com o aumento das taxas de hospitalização e morte.

O período de incubação dos vírus influenza varia entre um e quatro dias. A maioria das pessoas infectadas se recupera dentro de uma a duas semanas sem a necessidade de tratamento médico. No entanto, nas crianças, gestantes, puérperas, idosos e pessoas com doenças crônicas, a infecção pelo vírus influenza, pode levar às formas clinicamente graves como a pneumonia e a morte.

É importante esclarecer que as manifestações clínicas envolvendo o trato respiratório muitas vezes são causadas por outros tipos de vírus como o rinovírus (resfriado comum) e o vírus sincicial respiratório. A circulação desses vírus, também, é frequente durante o período de circulação do vírus influenza e não são prevenidos pela vacina, uma vez que é específica para as cepas do vírus influenza incluídas na sua composição.

Em consonância com o Protocolo de Tratamento de Influenza estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) em 2013, considera-se caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo de qualquer idade com Síndrome Gripal (SG) - caracterizada por febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico, e que apresente dispneia, ou os seguintes sinais de gravidade: saturação de O₂ < 95% em ar ambiente; sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade; piora nas condições clínicas da doença de base; hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

No Estado de São Paulo, entre as semanas epidemiológicas (SE) 1 a 53 de 2014 foram registrados 5.278 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizados (SRAGH), sendo que 729 (13,8%) evoluíram a óbito. Dos casos de SRAGH, 648 (12,3%) foram confirmados para o vírus influenza, sendo 124 (19,1%) óbitos.

Ao contrário da sazonalidade de 2013, em que houve predomínio do vírus influenza A (H1N1)pdm09, o subtipo A (H3N2) sazonal predominou na temporada 2014 em 57,7% dos casos. A circulação do vírus influenza B linhagem Yamagata apresentou uma maior expressividade a partir da Semana Epidemiológica (SE) 33 até a SE 45/2014.

No que diz respeito à faixa etária dos casos de influenza subtipados, os casos (37,1%) e óbitos (46,7%) por influenza A (H1N1)pdm09 predominaram na faixa etária de 25 a 59 anos de idade. Dentre os casos por influenza A (H3N2) sazonal, houve predominância na faixa etária de 25 a 44 anos e maiores de 60 anos de idade (48,1%), e os óbitos prevaleceram em indivíduos com idade a partir dos 60 anos de idade (60%). O vírus influenza B foi detectado, principalmente, em adultos jovens.

Na sazonalidade 2014-2015 da influenza no hemisfério norte, houve predomínio do vírus A (H3N2), com mutação recente, e nos EUA causou uma carga significativa de complicações e óbitos entre os idosos.

A presença de comorbidades foi registrada em 328 (50,6%) dos casos e 73 (58,9%) dos óbitos. Entre os óbitos confirmados, as comorbidades mais frequentes foram as doenças cardiovasculares, pneumopatias, diabetes mellitus, obesidade e portadores de imunodeficiência.

A vacinação dos grupos prioritários, notadamente, os menores de cinco anos, os maiores de 60 anos, as grávidas e os portadores de doenças e condições crônicas é fundamental como uma estratégia de prevenção e redução de danos, com vistas à minimizar a ocorrência da doença, internações e óbitos atribuíveis ao vírus influenza.

2. Campanha de vacinação contra a influenza

As Campanhas Nacionais de Vacinação com a vacina influenza são realizadas no país desde o ano de 1.999. No primeiro ano, foi contemplada apenas a população de idosos a partir de 65 anos de idade, estendendo-se, já no ano seguinte para idosos a partir de 60 anos de idade.

Em todo o país, o público-alvo será de 49,6 milhões de pessoas. No estado de São Paulo, a população-alvo será de 11.842.222 pessoas:

- Crianças de 6 meses a menores de 2 anos de idade: 916.553
- Crianças de 2 anos a menores de 5 anos de idade: 1.602.767
- Trabalhadores de saúde: 1.065.593
- Gestantes: 458.274

- Puérperas: 75.312
- Indígenas: 4.569
- Pessoas com 60 anos ou mais de idade: 4.841.080
- Pessoas com comorbidades: 2.637.1203
- Pessoas privadas de liberdade: 216.398
- Funcionários do Sistema Prisional: 36.347
- Total: 11.844.096 pessoas

Durante a Campanha de vacinação contra a influenza, em 2014, foram vacinadas 9.937.402 pessoas. Foram administradas 7.587.688 doses nos grupos prioritários (crianças, gestantes, trabalhadores de saúde, puérperas, idosos, indígenas e população privada de liberdade) e 1.808.585 doses nos grupos com comorbidades.

A cobertura vacinal, de acordo com o grupo populacional vacinado, está demonstrada, na tabela 1 e a de doses da vacina influenza segundo o grupo de comorbidade, na **tabela 2**.

Tabela 1. Distribuição da cobertura vacinal na Campanha Nacional de Vacinação contra a influenza, segundo grupos prioritários. ESP, 2014.

Grupos Prioritários	Cobertura vacinal (%)
Crianças	80,9
Trabalhadores da Saúde	89,8
Gestantes	72,2
Puérperas	119,4
Indígenas	130,9
Idosos	81,9
Total	82,4

Fonte: Divisão de Imunização – CVE- SES-SP

Tabela 2. Distribuição das doses da vacina influenza na Campanha Nacional de Vacinação contra a influenza, segundo grupos com comorbidades. ESP, 2014.

Grupos com Comorbidades	Doses aplicadas
Doença respiratória crônica	924.608
Doença cardíaca crônica	282.389
Doença renal crônica	35.576
Doença hepática crônica	23.676
Doença neurológica crônica	87.081
Diabetes	283.692
Obesos	43.378
Imunossupressão	107.040
Transplantados	9.257
Trissomias	11.888
Total	1.808.585

Fonte: PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.

A Campanha Nacional de Vacinação será realizada no período de 4 a 22 de maio, sendo o dia 9 de maio (sábado) o “Dia D”.

A meta é vacinar 80% de cada um dos grupos prioritários.

1.1. Vacina Influenza

Para 2015, a vacina influenza (fragmentada e inativada) a ser utilizada é trivalente e tem a seguinte composição:

- A/California/7/2009 (H1N1)pdm09
- A/South Austrália/55/2014 (H3N2)
- similar ao A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2)
- B/Phuket/3073/2013

2.2. Grupos prioritários a serem vacinados

- Crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade.
- Gestantes em qualquer período da gestação.
- Puérperas: mulheres no período até 45 dias após o parto.
- Pessoas com 60 anos ou mais de idade.
- Trabalhadores da saúde dos serviços públicos e privados.
- Indígenas: a vacinação será indiscriminada para toda a população indígena a partir de 6 meses de idade.
- Pessoas portadoras de doenças crônicas (conforme listagem definida pelo Ministério da Saúde em conjunto com sociedades científicas). As pessoas com doença crônica poderão ser vacinadas mediante indicação ou receita médica. (Anexo1).
- População privada de liberdade e funcionários do sistema prisional das penitenciárias vinculadas à Secretaria da Administração Penitenciária (SAP/ESP).

2.3. Esquema de vacinação

- Deve ser considerado o esquema de duas doses para as crianças menores de 5 anos de idade que serão vacinadas pela primeira vez ou que desconhecem estado vacinal, devendo-se agendar a segunda dose para 30 dias após a 1ª dose. Todas as crianças que receberam uma ou duas doses da vacina da influenza sazonal anteriormente, devem receber apenas uma dose em 2015.
- A vacinação é anual. A tabela abaixo detalha o esquema de vacinação, para primovacinados, de acordo com a idade da pessoa que será vacinada.

Tabela 3. Esquema vacinal (para primovacinados), número de doses e volume

Idade	Número de doses	Volume por dose	Intervalo
Crianças de 6 meses a 2 anos de idade	2 doses	0,25 ml	Intervalo mínimo de 4 semanas.
Crianças de 3 a 8 anos de idade	2 doses	0,5 ml	Intervalo mínimo de 4 semanas.
Crianças a partir de 9 anos de idade e adultos	Dose única	0,5 ml	—

Fonte: CGPNI/DEVEP/SVS/MS

2.4. Vias de administração

A vacina deve ser aplicada pela via intramuscular.

2.5. Conservação

A vacina deve ser armazenada e transportada entre +2°C e +8°C. Não deve ser congelada.

2.6. Composição, apresentação, dose, utilização após abertura do frasco

Especificações da vacina influenza que será utilizada na 17ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, Brasil, 2015

LABORATÓRIO PRODUTOR	APRESENTAÇÃO	COMPOSIÇÃO/DOSE DE 0,5 ML	UTILIZAÇÃO APOS ABERTURA DO FRASCO	IMUNOBIOLOGICO/ ILUSTRAÇÃO
BUTANTAN e..... SANOFI PASTEUR/ FRANÇA	Frasco - ampola multidose/ 10 doses de 0,5 mL Suspensão injetável.	15 µg de hemaglutinina das cepas de <i>Myxovirus influenzae</i> , propagadas em ovos embrionados de galinha: A/Califórnia/7/2009(H1N1) pdm 09; A/South Australia/55/2014 (H3N2) similar ao vírus influenza A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2); B/Phuket/3073/2013; timerosal, solução fisiológica tamponada a pH = 7,2 (cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato de sódio dibásico di-hidratado, fosfato de potássio monohidratado e água para injetáveis); pode conter até 30 µg de formaldeído, traços de neomicina, triton X-100 (octoxinol 9) e formaldeído.	Pode ser utilizada no máximo até 7 (sete) dias desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C.	 
SANOFI PASTEUR/EUA	Frasco - ampola multidose/ 10 doses de 0,5 mL Suspensão injetável.	15 µg de hemaglutinina das cepas de <i>Myxovirus influenzae</i> , propagadas em ovos embrionados de galinha: A/Califórnia/7/2009(H1N1) pdm 09; A/South Australia/55/2014 (H3N2) similar ao vírus influenza A/Switzerland/9715293 (H3N2); B/Phuket/3073/ 2013; timerosal, gelatina, solução tampão (cloreto de sódio, fosfato de sódio dibásico anidro, fosfato de monobásico anidro e água para injetáveis); contem traços de sacarose, traços de triton X-100 e traços de formaldeído.	Pode ser utilizada até o final do conteúdo do frasco respeitando a data de validade impressa na embalagem desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C.	

Fonte: Bula do laboratório/CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

2.9. Eficácia e duração da proteção

Em adultos jovens saudáveis, a proteção da vacina influenza é cerca de 70 a 90%. A detecção de anticorpos protetores ocorre geralmente cerca 2 semanas, após a vacinação, e o pico máximo de anticorpos é de 4 a 6 semanas. A proteção conferida pela vacinação é de aproximadamente 6 a 12 meses.

Em estudo controlado randomizado, a eficácia vacinal na prevenção de doença respiratória aguda confirmado por laboratório, para as pessoas com 60 anos ou mais de idade é de 58% (IC 95%; 26 a 77%). No entanto, os reais benefícios da vacina estão na capacidade de prevenir a pneumonia viral primária ou bacteriana secundária, a hospitalização e a morte, principalmente em pessoas com doenças crônicas cardiovasculares e pulmonares. Nessas situações a proteção é cerca de 70%.

Em um estudo randomizado realizado nos EUA, no período de 1985-1990, entre crianças e adolescentes entre 1 e 15 anos de idade, observou-se uma efetividade para o vírus influenza A, que variou entre 77 a 91%. Um estudo caso-controle realizado no período de 2003-2004, em crianças entre 6 e 59 meses de idade, a efetividade foi de 49%. Em uma revisão sistemática da literatura, a efetividade para as crianças maiores de 2 anos de idade, foi de 59%.

A vacinação contra o vírus influenza em gestantes é uma estratégia eficaz de proteção para a mãe e o lactente. Em estudo randomizado controlado, entre as gestantes vacinadas no primeiro trimestre, observou-se uma redução de 29% de doença respiratória aguda. Os lactentes de mães vacinadas, em comparação com um grupo controle, apresentaram uma redução de 63% (IC 95%: 5-85%) de doença respiratória aguda, confirmado por laboratório. Além de proteger a mãe, a vacinação durante a gestação reduz o impacto da doença em bebês e o risco de hospitalização que é elevado nos primeiros meses de vida.

2.10. Contraindicações

A vacina influenza está contraindicada nas seguintes situações:

- Pessoas com história de reação anafilática prévia ou alergia grave relacionada a ovo de galinha e seus derivados, assim como a qualquer componente da vacina;
- Pessoas que apresentaram reações anafiláticas graves a doses anteriores também contraindicam doses subsequentes.

2.11. Precauções

- Em doenças agudas febris moderadas ou graves, recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro;
- Para pessoas com história pregressa de Síndrome de Guillain Barré (SGB) recomenda-se avaliação médica criteriosa, observando-se o risco-benefício da vacina.

2.12. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação

A vacina influenza tem um perfil de segurança excelente e é bem tolerada. É constituída por vírus inativados, o que significa que contêm somente vírus mortos e não causam a doença. Os processos agudos respiratórios (gripe e resfriado) após a administração da vacina significam processos coincidentes e não estão relacionados com a vacina. Entende-se por evento adverso pós-vacinação (EAPV) todo agravo à saúde relacionado temporalmente à vacinação, causado ou não pela vacina administrada. Esses eventos podem ser relacionados à composição da vacina, aos indivíduos vacinados, à técnica de aplicação, ou, a coincidência com outros agravos.

Manifestações locais: as manifestações locais como dor e sensibilidade no local da injeção, eritema e enduração ocorrem em 10% a 64% dos pacientes, sendo benignas e autolimitadas geralmente resolvidas em 48 horas. Em quase todos os casos, há uma recuperação espontânea e não requerem atenção médica. Os abscessos normalmente encontram-se associados com infecção secundária ou erros na técnica de aplicação.

Manifestações sistêmicas: é possível também que apareçam manifestações gerais leves como febre, mal estar e mialgia que podem começar entre 6 e 12 horas após a vacinação e persistir por um a dois dias. As reações anafiláticas são raras e podem ser devido à hipersensibilidade a qualquer componente da vacina. As reações anafiláticas graves relacionadas a doses anteriores também contraindicam doses subsequentes.

Manifestações neurológicas: raramente algumas vacinas de vírus vivos atenuados ou mortos podem anteceder à Síndrome de Guillain Barré (SGB), que se manifesta clinicamente como polirradiculoneurite inflamatória com lesão de desmielinização, parestesias e déficit motor ascendente de intensidade variável. Geralmente, os sintomas aparecem entre 1 a 21 dias, no máximo até 6 semanas após a exposição ao possível agente desencadeante. Observou-se associação da SGB, após a utilização da vacina contra influenza suína, que não é mais utilizada. A vacinação de pessoas com antecedente de SGB deve ser discutida com o médico do paciente, observando-se o risco-benefício da vacina.

Notificação: notificar os eventos adversos graves em até 24 horas:

- reação anafilática;
- manifestações neurológicas

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

- hospitalização por 24 horas;
- disfunção ou incapacidade significativa e/ou persistente (sequela);

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

- evento que resulte em anomalia congênita;
- risco de morte;
- óbito.

A notificação deverá ser realizada para a Central/CVE/CCD/SES-SP, pelo telefone **0800555466** ou pela notificação online: www.cve.saude.sp.gov.br/html/notifica_rapi.htm

3. VACINA PNEUMOCÓCICA

3.1. Composição, apresentação, dose e conservação.

- A vacina é 23-valente contendo em cada dose 25µg de antígeno polissacarídico purificado de cada um dos seguintes sorotipos do pneumococo: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F
- Contém fenol como conservante e solução tampão isotônico.
- É apresentada em embalagem com seringa agulhada, contendo uma dose de 0,5 ml, pronta para aplicação.
- Deve ser conservada entre 2 a 8° C e não pode ser congelada.

3.2. Imunogenicidade de duração da proteção

Cerca de 2 a 3 semanas após a vacinação é detectado aumento de anticorpos séricos em 80% dos adultos jovens, podendo esta resposta não ser consistente para todos os 23 sorotipos da vacina. Em idosos, essas concentrações de anticorpos são inferiores, observando-se proteção de cerca de 75% para as doenças invasivas causadas pelos sorotipos incluídos na vacina.

3.3. Esquema de administração e via de aplicação

Durante a Campanha de Vacinação, a vacina contra o pneumococo será administrada nas seguintes indicações:

- Pessoas com 60 anos ou mais de idade, hospitalizadas e ou residentes em instituições (asilos, casas de repouso).
- Pessoas com doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares, renais, metabólicas (diabetes mellitus), hepáticas e hemoglobinopatias.
- Imunodeprimidos: transplantados, com neoplasias, infectados pelo HIV.

Nesse momento, não recomenda a revacinação para as pessoas imunocompetentes que recebam esta vacina pela primeira vez com 65 anos e mais de idade.

Cada dose da vacina corresponde a 0,5 ml e a via de administração é a intramuscular ou subcutânea.

3.4. Contraindicações e precauções

- Reação anafilática em doses anteriores ou a qualquer componente da vacina.
- Pessoas que, atualmente, estejam com 60 anos e mais, e que receberam esta vacina, há menos de 3 anos, não deverão ser revacinadas pela possibilidade de eventos adversos.

3.5. Situações em que se recomenda o adiamento da vacinação

- doenças agudas febris graves recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro

3.6. Eventos adversos

- Manifestações locais 1 a 2 dias após a aplicação.
- Manifestações sistêmicas como febre, geralmente baixa, astenia, cefaleia, mialgia podem ocorrer em 1% dos casos. Há relatos de raros casos de celulite no local da aplicação. Na revacinação, as reações são mais importantes sendo relatadas em até 50% dos casos.
- Manifestações graves, como anafilaxia, são extremamente raras.

4. VACINA DIFTERIA E TÉTANO (dT)

4.1. Composição, apresentação, dose e conservação

Cada dose da vacina é composta por toxóides diftérico e tetânico, contendo timerosal como conservante e hidróxido ou fosfato de alumínio como adjuvante.

A concentração do toxóide tetânico é a mesma das vacinas DPT ou DT (dupla tipo infantil), porém a concentração do toxóide diftérico é menor em relação a estas vacinas.

A vacina deve ser conservada sob temperaturas de +2 a +8° C e não pode ser congelada. A apresentação é em frascos contendo 10 doses, cada dose corresponde a 0,5 ml.

4.2. Imunogenicidade e duração da proteção

A vacina dupla adulto é altamente eficaz após a série primária de três doses, apresentando proteção superior a 95% nos indivíduos vacinados. No entanto, esta imunidade não é permanente, sendo necessária uma dose de reforço a cada 10 anos.

4.3. Esquema de administração e via de aplicação

O esquema completo consiste de 3 doses administradas com 2 meses de intervalo entre elas (mínimo de 30 dias), ou duas doses com intervalo de 2 meses (mínimo de 30 dias) e a 3ª dose 4 a 6 meses após a 2ª dose. Recomenda-se uma dose de reforço a cada dez anos a partir da 3ª dose, salvo situações de ferimentos profundos e/ou contaminados quando o intervalo é de cinco anos.

Não haverá necessidade de reiniciar o esquema para as pessoas que apresentarem comprovação de uma ou duas doses de vacinação contra o tétano.

Deve-se apenas completar o esquema. A via de administração é intramuscular profunda.

4.4. Contraindicações e precauções

- Nas raras situações de anafilaxia em dose anterior.
- Esta vacina não está contraindicada nos portadores de imunodeficiência ou neoplasias malignas, por não conter microrganismos vivos.

4.5. Situações em que se recomenda o adiamento da vacinação

- Doenças agudas febris graves recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro.

4.6. Eventos adversos

- Manifestações locais como discreta dor local, eritema e edema são frequentes. Reações locais mais significativas, tais como edema acentuado, são encontrados em menos de 2% dos vacinados e podem estar relacionadas a altas concentrações de anticorpos circulantes decorrentes de doses anteriormente aplicadas.
- Manifestações sistêmicas como febre podem ocorrer em menos de 1% dos vacinados, raramente observando-se temperaturas elevadas. Cefaleia, mal-estar e mialgia ocorrem com menor frequência.
- Anafilaxia e manifestações neurológicas são extremamente raras.

ANEXO1: Comorbidades com indicações para aplicação da vacina influenza

Categoria de risco clínico	Indicações
Doença respiratória crônica	Asma em uso de corticóides inalatório ou sistêmico (Moderada ou Grave) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) Bronquioectasia Fibrose Cística Doenças Intersticiais do pulmão Displasia broncopulmonar Hipertensão arterial Pulmonar Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade
Doença cardíaca crônica	Doença cardíaca congênita Hipertensão arterial sistêmica com comorbidade Doença cardíaca isquêmica Insuficiência cardíaca
Doença renal crônica	Insuficiência Renal Crônica Grave Síndrome nefrótica Paciente em diálise
Doença hepática crônica	Atresia biliar Hepatites crônicas Cirrose
Doença neurológica crônica	Condições em que a função respiratória pode estar comprometida pela doença neurológica. Considerar as necessidades clínicas individuais dos pacientes incluindo: AVC, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares. Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular. Deficiência neurológica grave.
Diabetes	Diabetes Mellitus tipo I e tipo II em uso de medicamentos.
Imunossupressão	Imunodeficiência congênita ou adquirida Imunossupressão por doenças ou medicamentos
Obesos	Obesidade grau III (IMC ⁽¹⁾ > 40 para adultos ; IMC ≥ 35 de 10 a 18 anos; IMC ≥ 25 para menores de 10 anos) ⁽¹⁾ Índice de Massa Corpórea (peso/altura ²)
Transplantados	Órgãos sólidos Medula óssea
Portadores de trissomias	Síndrome de Down e outras síndromes

Fonte: Ministério da Saúde

Elaborado por: Divisão de Imunização/CVE Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE e Instituto Adolfo Lutz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico “Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza 2015”
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 4ª. Edição, Brasília, 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Manual de Eventos Adversos Pós-Vacinação. 3ª. Edição, Brasília, 2014.
4. CDC. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2014-15. *MMWR* 2014;63:691-9.
5. Daufenbach LZ et al. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006. *Epidemiol Serv Saúde* 2009;18(1):29-44.
6. Englund JA, Walter EB, Fairchok MP, Monto AS, Neuzil KM. A comparison of 2 influenza vaccine schedule in 6 to 23 month old children. *Pediatrics* 2005;115:1039-47.
7. Jefferson T, Rivetti A, Harnden A et al. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD004879.
8. Negri et al. Influenza vaccine in healthy children: a meta-analysis. *Vaccine* 2005;23:2851-61.
9. Neuzil KM, Dupont WD, Wright PF et al. Efficacy of inactivated and cold-adapted vaccine against influenza A infection, 1985 to 1990: the pediatric experience. *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:733-40.
10. Nichol KL et al. Influenza vaccination and reduction in hospitalizations for cardiac disease and stroke among the elderly. *N Engl J Med* 2003;348:1322-32.
11. Mullooly JP et al. Influenza vaccination programs for elderly persons: cost-effectiveness in a health maintenance organization. *Ann Intern Med* 1994;121:947-52.
12. Osterholm M; Kelly NS; Sommer A; Belongia E. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Dis* 2012;12:36-44.
13. Ribeiro AF, Pellini ACG, Kiatagawa BY, Marques Madalosso G, Figueira GCN et al. Risk factors for death from influenza A(H1N1)pdm09, State of São Paulo, Brazil, 2009. *PloSOne* 10(3):e0118772.doi10.1371/journal.pone.0118772.
14. São Paulo. CVE. Informe Técnico Influenza 2014. Disponível em www.cve.saude.sp.gov.br acesso em 24 de abril de 2014.
15. Sato AP, Antunes JLF, Moura RF, Andrade FB, Duarte YAO, Lebrão ML. Factors associated to vaccination against influenza among elderly in a large Brazilian metropolis. *PloSOne*.doi10.1371/journal.pone.0123840.
16. Steinhoff MC et al. Influenza immunization in pregnancy-antibody responses in mothers and infants. *N England J Med* 2010;362:1644-6.
17. Shuler CM, Iwamoto M, Bridges CB et al. Vaccine effectiveness against medically attended, laboratory-confirmed influenza among children aged 6 to 59 months, 2003-2004. *Pediatrics* 2007;119:e587-95.
18. Zaman K et al. Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. *N Engl J Med* 2008;359:155-64.

DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Tabela - Casos e Surtos confirmados de doenças e agravos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, de 2011/2012/2013, 2014¹, jan/mar de 2015¹

Doenças/Agravos	2011	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹
					Jan/mar
CASOS CONFIRMADOS					
Botulismo	-	5	-	-	-
Caxumba [Parotidite Epidêmica]	171	215	231	118	41
Cólera	1††	-	-	-	-
Conjuntivite§§	1.187.356	318.394	186.464	214.270	25.577
Coqueluche	912	1.033	1.591	2.206	220
Dengue (Casos Autóctones e Importados)	100.508	26.312	209.719	207.176	309.712
Diarreia (Casos monitorados pela MDDA)**	940.200	1.146.212	1.041.743	1.244.787	300.512
Diarreia (Casos envolvidos em surtos)	9.524	5.675	1.367 ³	7.975	2.194 ³
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	17	40	38 ³	39	5 ³
Esquistossomose (Casos Autóctones)	84	85	52	57	7
Esquistossomose (Total de Casos)	1.080	1.094	690	701	80
Febre Maculosa / Rickettsioses	71	73	54	65	15
Febre Tifoide	3	2	2	1	-
Hantavirose	21	12	15	13	-
Hepatite A (Casos esporádicos)	204	175	231	267	25
Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos)	61	70	40	61	3
Hepatites B	3.936	4.085	3.532	3.204	716 ³
Hepatites C	6.506	6.543	5.712	4.537	757 ³
Hepatite B+C(comorbidade)	142	140	130	114	22 ³
SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)†	26	371	1.994	116	3
Leishmaniose Tegumentar Americana	249	252	247	277	43
Leishmaniose Visceral	228	248	204	183	44
Leptospirose	981	784	946	749	258
Doença Meningocócica	1.363	1.168	964	719	95
Outras Meningites Bacterianas	1.724	1.638	1.455	1.434	240
Meningites Virais	4.230	5.294	4.630	4.367	633
Outras Meningites	833	968	799	595	92
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	91	88	74	86	26
Poliomielite (poliovírus selvagem)	-	-	-	-	-
Rotavírus (em < 5 anos)§	22	23	12	51	-
Rubéola	-	-	-	-	-
Sarampo	27	1	5	7	-
Síndrome da Rubéola Congênita	-	-	-	-	-
Síndrome Hemolítico-Urêmica	1	1	3	-	-
Tétano Acidental	24	21	24	16	5
Tracoma¶	1.769	2.471	3.006	3.059	92
Varicela	18.377	18.982	25.046	10.280	207
Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras					
Violências (excluídas as urbanas)	31.408	44.205*	40.493	40.255 ¹	-
SURTOS CONFIRMADOS					
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem					
Complicações	40	88	39	30	5
Conjuntivite§§	9.041	776	292	254	76
Hepatite A	15	7	8	14	1
Varicela	2.745	3.002	3.686	1.518	74
Diarreia	137	138	55 ³	552	112

Fonte: SINAN Net (com correções)

(1) 2014¹ e 2015¹ dados provisórios - (2) Fonte: SIVEP_DDA/SVS/DATASUS - (3) 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.

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

NOTÍCIAS...

SEMINÁRIO ESTADUAL DE ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS



A Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo vem atuando em várias frentes da prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis no Estado de São Paulo.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis passará de 38 milhões de mortes em 2012 para 52 milhões em 2030, sendo que as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias e diabetes são responsáveis por 82% das mortes, de acordo com os dados do Ministério da Saúde.

Neste contexto, ocorreu o *Seminário Estadual de Atenção às Condições Crônicas* cujo objetivo foi promover o encontro dos profissionais envolvidos na organização e execução das ações referentes à atenção e à vigilância das condições crônicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, capacitando-os para a elaboração do Plano de enfrentamento sobre doenças crônicas e possibilitando a troca de experiências sobre o assunto.

O seminário aconteceu nos dias 30 e 31 de março de 2015 no município de São Paulo e contou com a participação de autoridades do CONASS, OPAS, Ministério da Saúde e Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

O conteúdo programático do evento contou com a explanação das Condições Crônicas de Saúde nas Américas apresentada por Leonildo de Moura, Consultor da OPAS. A Análise da Situação do Brasil e o Plano Nacional de Enfrentamento foi apresentada por Thais Porto Oliveira do Ministério da Saúde e por Maria Zélia Soares Lins, Alzira Maria D'Avila Nery, e Maria José Evangelista (Assessoras Técnicas do CONASS) que abordaram sobre a construção do Plano de Melhoria de Qualidade voltado ao atendimento das condições crônicas de saúde, oferecendo subsídios técnicos para a operacionalização do referido plano.

A programação abordou, também, a importância da formação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC), enfatizada por Patrícia Sampaio Chueiri, coordenadora geral do Programa no Ministério da Saúde.

Um grande destaque do evento foi a presença de Eugênio Vilaça Mendes, Consultor do CONASS, que detalhou os Modelos de Atenção às Condições Crônicas de Saúde.



A enfermeira Priscila Rabelo Lopes trouxe para o evento a experiência exitosa do Centro Integrado de Santo Antonio do Monte/MG referente às ações práticas realizadas na Atenção às Condições Crônicas e Hélio Franco de Macedo Junior, Ex-Secretário Estadual de Saúde do Pará, que salientou a importância de conhecer a prática do dia a dia como instrumento a ser utilizado pelas novas gestões estaduais.

Marco Antonio de Moraes, Diretor Técnico da Divisão de Doenças Crônicas e Arnaldo Sala, responsável técnico da Área de Atenção Básica, ambos da SES/SP discutiram sobre o cenário estadual do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Todos os profissionais com suas respectivas contribuições foram formadores de opiniões para um público seletivo, que tem sua ação na Atenção Básica e Promoção de Saúde, sendo os pilares para a execução do Plano Nacional de Enfrentamento das Condições Crônicas.

O Seminário contou com a participação de 170 profissionais de saúde envolvidos com a principal temática do evento contando com os Diretores e técnicos dos GVE, Interlocutores regionais de Promoção de Saúde; Articuladores da Atenção Básica entre outros.

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.

Editor – Marcos Boulos

Editor Executivo – Cecília Santos Silva Abdalla

Equipe editorial

Geraldine Madalosso

Letícia Maria de Campos

Marco Antonio de Moraes

Norma Helen Medina

Projeto Gráfico

Cecília SS Abdalla

Editoração e Arte final

Zilda Souza