

Editorial

Prezado Leitor,

As vacinas são marcos históricos no controle e eliminação de várias doenças, flagelos que acometiam e até dizimavam populações. O Brasil é reconhecido mundialmente como o país que implantou um dos mais eficientes programas de imunização. Em constante atualização, o calendário vacinal segue incluindo novos imunizantes que atuam de forma eficaz na prevenção de doenças, o mais recente é a vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV).

Atingir uma cobertura vacinal satisfatória demanda uma expertise muito maior do que identificar número de doses suficientes e logística afinada para a distribuição. Os técnicos sabem que sucessos nas campanhas de vacinação de crianças é uma tarefa possível e comumente festejada. Tutores adultos se incumbem de levá-las às unidades de saúde e estão atentos à carteira de vacinação. Mas quando se trata de atingir faixas etárias de jovens, adultos e idosos o desafio é substancialmente maior. A estratégia se diferencia e necessita levar em conta aspectos sócio/comportamentais para que as esperadas coberturas sejam alcançadas.

A vacina contra o HPV tem o forte apelo de prevenir contra o câncer de colo do útero, doença que representa a terceira causa de morte entre mulheres brasileiras. Está no calendário vacinal desde 2014 e tem como público-alvo meninas entre 9 e 13 anos de idade. Oferecer uma vacina contra uma doença sexualmente transmissível a uma faixa etária tão jovem é o primeiro desafio, garantir a adesão ao esquema de três doses, é o segundo. A esses dois se somam ruídos de efeitos colaterais infundados.

O trabalho da Divisão de Imunização do CVE é árduo para superar esses obstáculos e garantir a proteção contra o HPV às meninas paulistas. Estratégias de comunicação social, muitas entrevistas aos veículos de comunicação, participação em discussões nos diversos espaços científicos fazem parte da rotina dos técnicos.

A vacina contra o HPV mereceu um informe técnico ampliado que abre essa edição do e-BECVE. O documento contextualiza a importância da intervenção por meio da vacina, orienta para a operacionalização dos esquemas e esclarece sobre eventos adversos.

A atualização epidemiológica do sarampo e a vigilância sentinela da influenza no estado de São Paulo também são temas relevantes tratados nesse boletim.

Marcos Boulos
Editor

SUMÁRIO

<i>Editorial</i>	01
Vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV), Setembro 2015	02
Alerta Sarampo - Atualização Epidemiológica, Setembro 2015	32
Situação Epidemiológica da Influenza Vigilância Sentinela da Influenza ESP, Brasil, Setembro/2015	36
Tabela de Agravos	48
Notícias	49
Expediente	53

INFORME TÉCNICO

VACINA CONTRA O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) – SETEMBRO 2015

Introdução

Com o objetivo de reforçar as atuais ações de prevenção do câncer do colo do útero e das verrugas genitais, será dada a continuidade à estratégia de vacinação contra o papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18.

A vacinação, conjuntamente com as atuais ações para o rastreamento do câncer do colo do útero, possibilitará prevenir a doença nas próximas décadas. Atualmente, esse câncer acomete cerca de 15.000 mulheres brasileiras e representa a terceira causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras, vindo a falecer 5.264 mulheres devido a esse câncer.

O HPV é um vírus que apresenta mais de 200 genótipos diferentes, sendo 12 deles considerados oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (*IARC*) e associados às neoplasias malignas do trato genital, enquanto os demais tipos virais estão relacionados às verrugas genitais e cutâneas.

Os tipos virais oncogênicos mais comuns são HPV 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero, enquanto os HPV 6 e 11 estão associados em até 90% das lesões anogenitais. No Brasil, o perfil de prevalência de HPV é semelhante ao global, sendo 53,2% para HPV 16 e 15,8% para HPV 18.

Além do câncer do colo do útero, o vírus HPV também está associado a 90% dos casos de câncer anal, 71% dos casos de câncer de vulva, de vagina e pênis e 72% dos casos de câncer de orofaringe.

O vírus é muito contagioso, sendo possível a contaminação com uma única exposição. A transmissão do HPV ocorre por contato direto com a pele ou mucosa infectada e a principal forma é pela via sexual. Estima-se que entre 25 e 50% da população feminina e 50% da população masculina mundial esteja infectada pelo HPV.

A maioria das infecções pelo HPV é transitória, sendo combatida pelo sistema imune e regredindo entre seis meses a dois anos. Estima-se que apenas 10% das pessoas infectadas irão apresentar alguma manifestação clínica como a lesão precursora do câncer de colo de útero e as verrugas genitais. É importante lembrar que apesar da infecção por tipos de alto risco (16 e 18) ser frequente entre as mulheres, a ocorrência de câncer de colo de útero é baixa. Condições como início precoce da vida sexual, elevado número de parceiros sexuais, uso prolongado de contraceptivos hormonais, multiparidade, tabagismo, fatores genéticos e imunológicos aumentam o risco para progressão da infecção pelo HPV para o câncer de colo de útero.

O período necessário para o aparecimento das primeiras manifestações clínicas é de aproximadamente 2 a 8 meses, mas pode demorar até 20 anos.

O vírus HPV oncogênico penetra na célula e desencadeia uma série de alterações no seu funcionamento. As células alteradas passam a fabricar novas cepas do vírus e ao mesmo tempo, mudanças no seu interior (atipias), evoluem lentamente até se transformarem em células cancerígenas (essa transformação é lenta, variando de 10 e 15 anos).

O câncer de colo de útero é uma doença grave que pode ameaçar a vida das mulheres. Inicialmente assintomática, a infecção pelo HPV pode evoluir para uma lesão precursora de câncer e, se não tratadas, essas lesões evoluem em alguns anos, para câncer de colo de útero, cujos sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor.

Cerca da metade de todas as mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero tem entre 35 e 55 anos de idade e muito provavelmente foram expostas ao HPV na adolescência, em geral, por meio de relações sexuais com um parceiro infectado.

Devido ao fato das pessoas infectadas pelo HPV, geralmente, não apresentarem nenhum sintoma, muitas não sabem que são portadoras do vírus. A maioria das mulheres descobre que tem HPV por intermédio de um resultado anormal do Papanicolaou.

O esfregaço cervicovaginal, conhecido como exame Papanicolaou, ajuda a detectar células anormais no revestimento do colo do útero, que podem ser tratadas antes de evoluírem para câncer.

O Papanicolaou permite identificar alterações celulares no colo do útero, mas não é capaz de detectar a presença do vírus. No entanto, é o melhor método para detecção de lesões precursoras e de câncer de colo de útero. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, o exame deve ser feito, preferencialmente, pelas mulheres entre 25 a 64 anos de idade, que têm ou já tiveram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame passará a ser realizado a cada três anos.

O diagnóstico das verrugas genitais pode ser feito através de exame clínico.

As mulheres infectadas por HPV podem desenvolver lesões intraepiteliais cervicais, sendo que a maioria regride espontaneamente, especialmente na adolescência. Poucas lesões progredem para lesões intraepiteliais de alto grau, consideradas as lesões que, se não detectadas e tratadas adequadamente, podem progredir para o câncer.

Desde a introdução da vacina HPV, uma das preocupações das famílias em vacinar essa faixa etária seria uma possível mudança no comportamento sexual dessas jovens que, influenciadas pela vacina, poderiam se sentir estimuladas a iniciar mais precocemente sua vida sexual.

Contudo, estudos mostram que a melhor ocasião para vacinação contra o HPV é efetivamente na faixa etária de 9 a 13 anos, antes do início da atividade sexual. Além disso, é nessa época da vida, que a vacinação proporciona níveis de anticorpos mais altos que a imunidade natural produzida pela infecção do HPV.

Com a finalidade de avaliar o impacto da vacinação contra HPV na vida sexual das meninas, foi realizada uma pesquisa em 1.398 meninas nos Estados Unidos, entre os anos de 2006 e 2007.

Dessas, 493 receberam pelo menos uma dose da vacina contra o HPV e o grupo controle incluiu 905 meninas que receberam outras vacinas recomendadas, mas não a vacina HPV.

Os pesquisadores acompanharam os dois grupos durante três anos e observaram que a vacina HPV não teve impacto sobre o aumento da atividade sexual dessas meninas.

O papel da vacina HPV na prevenção do câncer de colo do útero

A vacina HPV disponível na rede pública é do tipo quadrivalente, possui na sua formulação uma combinação de 4 tipos do vírus HPV. Previne a infecção e, conseqüentemente, os casos de câncer de colo de útero causados pelos tipos 16 e 18 e as verrugas genitais pelos tipos 6 e 11. A vacina HPV já foi introduzida em mais de 60 países como estratégia de Saúde Pública para prevenção do câncer do colo do útero e das verrugas genitais.

Há evidências de que a vacina confere maior proteção e indicação para pessoas que nunca tiveram contato com o vírus, induzindo a produção de 10 vezes mais anticorpos que uma infecção natural pelo HPV.

A sua utilização é destinada exclusivamente à prevenção e não tem efeito demonstrado nas infecções pré-existentes ou na doença clínica já estabelecida. Até o momento, não há evidência científica de benefício estatisticamente significativo em vacinar mulheres previamente expostas ao HPV.

Cabe lembrar que a vacina é uma ferramenta de prevenção primária e não substitui o rastreamento do câncer de colo de útero (Papanicolaou), pois a vacina não confere proteção contra todos os tipos de alto risco do HPV. Da mesma forma, a vacina não confere proteção contra outras doenças sexualmente transmissíveis como HIV, sífilis, hepatites B e C e, por isso, a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais.

Ressalta-se que apesar do uso correto do preservativo reduzir consideravelmente a infecção pelo HPV, há risco de contaminação especialmente pelos tipos 6 e 11, responsáveis por cerca de 90% dos casos de verrugas genitais, caso estas lesões estejam em áreas não protegidas pela camisinha.

Quase 100% das mulheres vacinadas com a quadrivalente apresentaram soroconversão após o término do esquema vacinal (0, 1-2 e 6 meses), para os quatro tipos de HPV, após um mês da terceira dose.

Até o momento não há um correlato de títulos de anticorpos e proteção, no entanto os estudos de eficácia avaliaram desfechos, ou seja, se após a vacinação com esquema completo, as mulheres vacinadas apresentavam lesões precursoras de câncer e verrugas genitais. Dos primeiros estudos de eficácia da vacina quadrivalente participaram cerca de 20.000 mulheres entre 16 e 26 anos de idade. A eficácia da vacina quadrivalente para prevenção de câncer de colo de útero foi de 98% (IC 95%, 86-100) e de 100% (IC 95%, 94-100) para as verrugas genitais.

Os resultados dos estudos de seguimento com a vacina quadrivalente têm demonstrado a manutenção da proteção e de títulos elevados de anticorpos por pelo menos nove anos. Diversos estudos de acompanhamento, em longo prazo, já estão sendo realizados para avaliação da duração da proteção.

A vacinação contra o HPV no Brasil

O Ministério da Saúde juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, iniciou em março de 2014 a vacinação para meninas de 11 a 13 anos de idade com primeira dose com a vacina HPV e em setembro de 2014, a segunda dose do esquema vacinal.

A partir de março de 2015, iniciou-se a aplicação da primeira dose para as meninas de 9, 10 e 11 anos de idade e agora em setembro de 2015, dá início à aplicação da segunda dose.

No Brasil, a cobertura vacinal (CV) da primeira dose realizada em 2014 foi de 101,38%, considerada uma das maiores do mundo. No entanto, a segunda dose foi de apenas 59,96% e no ano de 2015, a CV para a primeira dose foi de apenas 50,38%.

No Estado de São Paulo, a CV da primeira dose aplicada, em 2014, foi de 110,08% e da segunda dose de apenas 68,07%. No ano de 2015, a CV para a primeira dose foi de apenas 58,77%.

O Ministério da Saúde recomenda realizar todos os esforços no sentido de garantir a vacinação da população-alvo, reiterando a importância de alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais por idade. Cabe aos gestores locais de saúde definir as estratégias que considerarem mais adequadas para o êxito da vacinação. É importante informar que a vacinação nas escolas é uma estratégia importante que contribui para o alcance e adesão do público-alvo para a vacinação. Destaca-se também que a vacina HPV será disponibilizada em todos os postos de vacinação do país.

Ampliação da vacinação para as meninas e as mulheres de 9 a 26 anos de idade vivendo com HIV (infectadas pelo HIV)

Esta população foi incorporada como alvo prioritário na extensão de cobertura, considerando que as neoplasias anogenitais e as lesões intraepiteliais decorrentes do HPV ocorrem com mais frequência em pacientes que vivem com o HIV. Os estudos apontam que o câncer cervical tem cinco vezes mais probabilidade de se desenvolver em mulheres HIV positivas do que na população geral.

Um estudo longitudinal realizado durante 13 anos com 3.744 mulheres, com e sem infecção por HIV, com exame genital semestral e biópsia nas lesões suspeitas de NIC, observou-se maior ocorrência de lesões nas mulheres soropositivas, conforme demonstra no quadro 1.

Quadro 1: Dados dos estudos longitudinais comparando a ocorrência de lesões ocasionadas pelo HPV em mulheres HIV positivas e negativas.

	HIV positivo	HIV negativo	
Número de mulheres	2.791	953	
Prevalência de verrugas genitais	5,3%	1,9%	
Incidência cumulativa	33(IC95%=30-36)	9 (IC95%=6-12)	(p<0,001).
NIC 2	N=58	N=3	(p<0,001).
Carcinoma escamoso da vulva	N=2	-	

Adicionalmente, outro estudo nos Estados Unidos avaliou entre 1993 e 1995, a infecção por sorotipos específicos de HPV, em intervalos de seis meses, em 871 mulheres HIV positivas sem condições clínicas de AIDS e 439 mulheres soronegativas, com histórias de comportamento de risco ou abuso de drogas. As mulheres HIV positivas tiveram 1,8, 2,1 e 2,7 mais chances de ter infecções por HPV de alto, intermediário e baixo risco, respectivamente, em comparação com as mulheres HIV negativas. Além disso, a persistência foi de 1,9 vezes maiores (CI95% = 1,5-2,3) se a mulher tinha uma contagem de células CD4 de 200 células/ μ l (vs. 1.500 células/ μ l).

Outra pesquisa também indicou que as mulheres HIV positivas são mais propensas a ter infecção persistente e imunodepressão, medida pela contagem de células CD4 e foi associada com a maior persistência do HPV. As lesões associadas ao HPV entre as mulheres HIV positivas imunossuprimidas são relativamente maiores em tamanho e número e são mais propensas a serem repetidas após o tratamento⁶. Assim, é possível perceber que a infecção por HIV e a imunossupressão desempenham um papel importante na modulação da história natural da infecção pelo HPV.

O Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE) da OMS recomendou em abril 2014, o esquema de três doses (0, 1-2 e 6 meses) para os infectados pelo HIV. A vacinação de pessoas HIV positivas com a vacina HPV é recomendada também pelo Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (ACIP) do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC). As recomendações deste Comitê corroboram as Diretrizes de Cuidados Primários da Sociedade de Doenças Infecciosas da América (IDSA), que indica a vacina HPV na rotina de adolescentes e adultos jovens de 9 a 26 anos infectados pelo HIV.

As informações sobre o uso de vacinas contra o HPV com três doses em mulheres e homens soropositivos, assim como em crianças infectadas pelo HIV com idades entre sete e 12 anos, são tranquilizadoras em termos de segurança. As taxas de soropositividade obtidas entre HIV positivas são comparáveis àqueles HIV negativos vacinados independentemente de eles estarem recebendo terapia antirretroviral. Não existem dados sobre imunogenicidade disponíveis sobre o uso do esquema de duas doses das vacinas bivalentes ou tetravalente em indivíduos infectados pelo HIV.

Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18

Forma farmacêutica, apresentação e composição

O Ministério da Saúde adquiriu a vacina quadrivalente papilomavírus humano (recombinante) do laboratório MSD/Instituto Butantan, composta pelos tipos HPV 6, 11, 16 e 18, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Forma farmacêutica, apresentação e composição por dose da vacina HPV ⁽¹⁾

Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frasco-ampola com 1 dose de 0,5 ml
Composição	Ingrediente ativo: 20 mcg de proteína do HPV 6 L1; 40 mcg de proteína do HPV 11 L1; 40 mcg de proteína do HPV 16 L1; 20 mcg de proteína do HPV 18 L1. Ingrediente inativo: adjuvante alumínio (como sulfato de hidroxifosfato de alumínio amorfo), cloreto de sódio, L-histidina, polissorbato 80, borato de sódio e água para injetáveis.

Fonte: Bula do laboratório MSD.

⁽¹⁾ Doses acondicionadas em embalagem secundária contendo 10 frascos-ampola.

Via de administração e dose

A vacina HPV deve ser conservada em temperaturas entre +2°C e +8°C e administrada pela via intramuscular, na região do deltoide. A vacina não deve ser congelada.

Objetivo e meta

O objetivo da vacinação contra HPV no Brasil é prevenir o câncer do colo do útero, refletindo na redução da incidência e da mortalidade por essa enfermidade. Em 2015, a meta é vacinar 80% da população alvo (4,94 milhões), o que representa 3,95 milhões de meninas na faixa etária de 9 a 11 a anos de idade.

No Estado de São Paulo, a população de 9 a 11 anos de idade é de 952.705 meninas e a meta de 80% representa vacinar 762.164 pessoas.

Serão vacinadas também as meninas e mulheres de 9 a 26 anos de idade vivendo com HIV.

5.4. População-alvo

A população-alvo prioritária da vacinação com a vacina HPV, no ano de 2015, são as meninas na faixa etária entre 9 a 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Serão vacinadas também as meninas e mulheres de 9 a 26 anos, 11 meses e 29 dias vivendo com HIV.

No caso da população indígena, a população- alvo da vacinação são as meninas de 9 a 13 anos.

Esquema vacinal

O esquema vacinal estendido consiste na administração de três doses (0, 6 e 60 meses), ou seja, o intervalo entre a primeira e a segunda dose é de seis meses e entre a primeira e terceira dose de 60 meses.

Deverão ser vacinadas as adolescentes de até no máximo 13 anos, 11 meses e 29 dias que ainda não tenham recebido a primeira dose (as nascidas a partir de 1 de março de 2001).

No entanto, as meninas com 14 anos de idade (nascidas a partir de 1 de março de 2001) que já iniciaram o esquema vacinal deverão receber a segunda dose e seguir o esquema vacinal recomendado. O mesmo procedimento deverá ser realizado com mulheres vivendo com HIV que completaram 27 anos, que já iniciaram o esquema vacinal com 26 anos.

As meninas e mulheres de 9 a 26 anos de idade vivendo com HIV deverão receber a vacina no esquema 0, 2 e 6 meses, ou seja, intervalo entre a primeira e segunda dose 2 meses e intervalo entre 1ª. e a 3ª dose, de 6 meses.

É importante ressaltar que as meninas de 11 a 13 anos de idade vivendo com HIV que já receberam duas doses no esquema estendido, será indicada a terceira dose no intervalo mínimo de quatro meses após a segunda dose.

ATENÇÃO!

- o esquema vacinal a ser utilizado no Brasil será de 3 doses (0, 6 e 60 meses), ou seja, o intervalo entre a primeira e segunda dose é de 6 meses e entre a primeira e terceira dose é de 60 meses;
- nas situações de atrasos entre as doses, não haverá necessidade de recomeçar o esquema vacinal;
- recomenda-se, para as adolescentes¹ que tenham iniciado o esquema com a vacina bivalente, que terminem com a mesma vacina, nos próprios serviços, onde iniciaram o esquema. No entanto, se não for possível, poderão completar o esquema vacinal com a vacina quadrivalente no serviço público;
- quando não é conhecida a vacina recebida, a adolescente¹ poderá completar o esquema vacinal com a vacina quadrivalente no serviço público;
- quando não é conhecido os números de doses já recebidas, iniciar o esquema com a vacina quadrivalente;
- não há dados disponíveis sobre a imunogenicidade ou eficácia das duas vacinas HPV quando usadas de forma intercambiáveis. Por isso, na medida do possível, aplicar a mesma vacina;
- a adolescente¹ que já recebeu/completou o esquema de três doses na clínica privada não será revacinada com a vacina quadrivalente.
- a adolescente¹ que recebeu a primeira dose na clínica privada, poderá dar continuidade no esquema vacinal na rede pública, seguindo o esquema 0, 6 e 60 meses.
- a adolescente¹ que já recebeu duas doses na clínica privada, poderá dar continuidade no esquema vacinal na rede pública, seguindo o esquema 0, 2 e 6 meses.

¹Adolescentes com 9, 10 e 11 anos de idade. Também poderão ser vacinadas as adolescentes de até no máximo 13 anos, 11 meses e 29 dias que ainda não tenham recebido a primeira dose (as nascidas a partir de 1 de março de 2001). Para as meninas com 14 anos de idade (nascidas a partir de 1 de março de 2001) que já iniciaram o esquema vacinal, também poderão receber a segunda dose e seguir o esquema vacinal recomendado.

Administração simultânea com outras vacinas

A vacina HPV pode ser administrada, simultaneamente, com outras vacinas do Calendário de Vacinação.

Atenção!

Havendo possibilidade, aproveite o momento da vacinação contra o HPV e atualize o esquema vacinal para as vacinas dT (dupla tipo adulto), vacina hepatite B, SCR (sarampo, caxumba e rubéola) e febre amarela.

Contraindicações

As contraindicações para a aplicação da vacina HPV são:

- reação anafilática aos componentes da vacina;
- reação anafilática em dose anterior;
- gestantes, uma vez que não há estudos conclusivos até o momento. Se a adolescente engravidar após o início do esquema vacinal, as doses subsequentes deverão ser adiadas até o período pós-parto. Caso a vacina seja administrada durante a gravidez, nenhuma intervenção adicional é necessária, somente o acompanhamento pré-natal adequado.

Cabe destacar que nos estudos realizados com a vacina HPV, as mulheres que ficaram grávidas durante o recebimento do esquema vacinal, a vacinação foi suspensa e as doses que faltavam foram aplicadas após o nascimento. Essas gestantes foram acompanhadas e não foram observados aumento na taxa de abortos e malformações congênitas. Também não foram observados eventos adversos associados à vacina nos lactentes de mulheres vacinadas que estavam amamentando.

Precauções

Abaixo, algumas situações a serem observadas antes da vacinação:

- Doença febril aguda grave: na doença febril aguda grave, sobretudo para que os seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos das vacinas, recomenda-se o adiamento da vacinação. Adolescentes com resfriado poderão ser vacinados.
- Trombocitopenia: a vacina deve ser administrada com precaução em meninas com trombocitopenia (redução no número de plaquetas), ou qualquer outro distúrbio de coagulação pelo risco de ocorrer sangramento ou hematoma após a injeção intramuscular.
- Imunodeprimidas: a adolescente poderá ser vacinada.
- Amamentação: a adolescente poderá ser vacinada.

Eventos adversos pós-vacinação (EAPV)

A vacina HPV é segura e bem tolerada, mas como toda vacina pode apresentar eventos adversos, conforme descrito no quadro 3, a seguir.

Quadro 3: Eventos adversos após vacina HPV

Tipo de evento adverso	Principais sinais e sintomas
Reações locais	Dor, edema e eritema de intensidade moderada, no local de aplicação.
Manifestações sistêmicas	Cefaleia; Febre de 38°C ou mais; Síncope (ou desmaio).

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015

A síncope é uma alteração transitória da consciência acompanhada por perda da consciência e do tônus postural, causada pela diminuição do fluxo sanguíneo no cérebro, com recuperação espontânea. A maioria ocorre nos primeiros 15 minutos após a vacinação. É uma das causas mais comuns de perda parcial ou total da consciência e, embora seja um distúrbio benigno, com boa evolução, de modo geral, tem potencial para produzir lesões, como fraturas do quadril ou dos membros.

Na Austrália e nos Estados Unidos, onde a vacina HPV já é aplicada, a taxa de síncope é baixa e é de 8,0/100.000 doses distribuídas.

Geralmente, há um estímulo desencadeante, como dor intensa, expectativa de dor ou choque emocional súbito. Vários fatores, como jejum prolongado, medo da injeção, ambientes muito quentes ou superlotados, permanência de pé por longo tempo, podem aumentar a ocorrência de síncope.

Portanto, para reduzir risco de quedas e permitir pronta intervenção caso ocorra à síncope, a adolescente deverá permanecer sentada e sob observação, por aproximadamente, 15 minutos após a administração da vacina HPV.

Em setembro de 2014, quando da aplicação da segunda dose da vacina HPV em uma escola no município de Bertioga, após a vacinação de 80 alunas, 13 (16,2%) meninas cerca de 2 horas após a vacinação apresentaram: dor de cabeça, tontura, desmaio, falta de ar, fraquezas nas pernas e três com parestesia ou parestesia. Essas meninas foram avaliadas e acompanhadas nos serviços de saúde do município e não foi identificada nenhuma alteração clínica ou laboratorial. As três meninas que apresentaram manifestações clínicas de parestesia/parestesia foram internadas no Hospital de referência da região para investigação e após avaliação clínica e a realização de exames específicos, não foi observada nenhuma alteração, passam bem e ficaram sem sequelas. Após investigação e exclusão de doença orgânica, definiu-se que elas apresentaram reação de ansiedade pós-vacinação. É importante esclarecer que não se observou relatos semelhantes em outros locais que utilizaram o mesmo lote.

Na Austrália, em 2007, 720 meninas com idade entre 12 e 17 anos de idade foram vacinadas com a vacina HPV, em uma escola. Cerca de 2 horas após, 26 (3,6%) meninas apresentaram sintomas incluindo tontura, síncope e queixas como dificuldade de andar.

Sem evidência de uma etiologia orgânica, e após exames laboratoriais e de imagens, ou de relatos semelhantes em outros locais que utilizaram o mesmo lote da vacina, concluiu-se que se tratava de uma reação de ansiedade pós-vacinação.

Em Taiwan, no período de novembro 2009 a janeiro de 2010, durante a vacinação nas escolas para os adolescentes entre 12 a 15 anos de idade, contra o vírus influenza AH1N1, foram notificados 23 surtos de Reação de Ansiedade pós-vacinação, com o acometimento de 350 estudantes, sendo a maioria (68%) em meninas.

Na Colômbia, em agosto de 2014, 276 adolescentes de uma mesma escola, após receberem a vacina HPV, apresentaram sintomas como desmaios, dor de cabeça, tonturas, dormência e formigamento em várias partes do corpo. Levadas ao hospital, não foi encontrado nenhuma causa clínica que justificasse os sintomas. Após a investigação realizada, concluiu-se que tiveram a Reação de Ansiedade pós-vacinação.

A Reação de Ansiedade relacionada à vacinação é motivada por ansiedade ao processo de vacinação, ao medo da dor que a injeção pode provocar. O ambiente escolar, que proporciona um convívio próximo entre os alunos, pode favorecer a ocorrência de distúrbios psicogênicos, especialmente quando antecidos por um evento que pode suscitar alguma ansiedade ou dor como a vacinação. Destaca-se, no entanto, que esta reação é passageira e todas as adolescentes evoluem bem.

A síncope também é uma Reação de Ansiedade pós-vacinação.

Atenção!!!

As adolescentes que apresentarem Reação de Ansiedade pós-vacina poderão continuar o esquema vacinal.

Nos Estados Unidos, no período entre junho de 2006 e março de 2013, foram distribuídas cerca de 56 milhões de doses da vacina HPV e não foi observado aumento na ocorrência de casos de Síndrome Guillain-Barré, tromboembolismo venoso, convulsões e reações alérgicas.

A vacina HPV é segura e aprovada pelo Comitê Consultivo Global sobre Segurança das Vacinas da OMS, European Medicines Agency (EMA), Food and Drug Administration (FDA) e pela ANVISA .

Apesar da vacina HPV já ter sido amplamente estudada e ser utilizada de forma universal em diversos países, a investigação de EAPV é imprescindível para avaliar a segurança do produto. Para isso, tornam necessárias a notificação e investigação de todos os eventos adversos graves. Na ocorrência de Reação de Ansiedade pós-vacinação, o caso deverá ser notificado em 24 horas.

Antes de iniciar a vacinação, é muito importante estabelecer uma retaguarda em unidades de referência para atendimento de casos que requeiram assistência médica imediata, especialmente se a vacinação for realizada em escolas.

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

Operacionalização da implantação da vacina HPV

Para o sucesso da campanha de vacinação contra o HPV, é fundamental o trabalho articulado entre as Secretarias Estaduais de Saúde, Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), Secretarias Municipais, Unidades Básicas de Saúde e as Secretarias Estadual de Educação e Municipal e Escolas Privadas. Para isso, é importante que cada instituição tenha suas atribuições e ações bem definidas e conhecidas, assim como a elaboração de um cronograma de atividades.

É fundamental a parceria com as escolas, com o envolvimento dos professores na conscientização da importância da vacina HPV, contribuindo para a disseminação de informações, aceitação e participação das meninas na vacinação.

A vacina HPV poderá ser administrada nas escolas, ou nas unidades de saúde, a depender da realidade local.

É importante esclarecer que o acesso aos serviços de saúde dos adolescentes, a partir dos 12 anos de idade, mesmo sem autorização ou desacompanhados dos pais ou responsáveis, inclusive a vacinação, é um Direito previsto na Constituição Federal Brasileira, no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990) e no Sistema Único de Saúde (Lei 8080/1990).

A seguir, sugerimos algumas ações para a implantação da vacina HPV na rede pública:

- Constituir um Comitê de Mobilização com a participação da Atenção Básica, Saúde da Mulher e do Adolescente, DST-Aids, Secretaria da Educação, Saúde Indígena, Secretaria de Assistência Social (para as ações de vacinação para os adolescentes em situação de rua e as não matriculadas).
- Realizar seminários regionais, municipais para sensibilizar e orientar os profissionais de saúde e de educação quanto à importância da vacinação.
- Vacinar nas escolas: essa ação será muito importante para o alcance da meta de 80% de cobertura vacinal das adolescentes. A experiência dos mais de 60 países que já adotam a vacina HPV demonstra que melhores coberturas vacinais podem ser obtidas com a vacinação na escola, uma vez que essa estratégia facilita o acesso à vacina para as adolescentes que não procuram ou têm dificuldade de acesso às unidades de saúde. Além disso, como formadora de opinião, a escola possui legitimidade na disseminação das informações às adolescentes.

- Organizar e agrupar as escolas que ficarão sob responsabilidade de cada unidade de saúde.
- Visitar as escolas para agendar um momento de discussão sobre a vacinação.
- Agendar reuniões com a direção das escolas, coordenação, professores (principalmente de ciências e biologia), pais e responsáveis para sensibilização da importância da vacinação e do cumprimento do esquema vacinal com as três doses.
- É importante esclarecer que a vacinação das adolescentes nas escolas poderá ocorrer sem necessidade de autorização ou acompanhamento dos pais ou responsáveis, no entanto, caso não autorizem, deverão encaminhar o Termo de Recusa.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da vacina papilomavírus humano 6, 11, 16, 18 (recombinante), segunda dose. Agosto 2015.
2. CDC. Quadrivalent human papillomavirus vaccine. Recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). MMWR 2007; 56(RR-2):1-24. Massad LS, Xie X, Darragh T, Minkoff H, Levine AM, Watts DH, et al. Genital warts and vulvar intraepithelial neoplasia: natural history and effects of treatment and human immunodeficiency virus infection. Obstet Gynecol. 2011;118(4):831-39.
3. Committee on Infectious Diseases. HPV vaccine recommendations. American Academy of Pediatric. Pediatrics. 2012;129(3):603-5.
4. Crawford NW, Clothier HJ, Elia S *et al.* Syncope and seizures following human papillomavirus vaccination: a retrospective case series. MJA. 2011;194(1):16-8.
5. Denny L, Hendricks B, Gordon C, Thomas F, Hezareh M, Dobbelaere K, Durand C, Hervé C, Descamps D. Safety and immunogenicity of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine in HIV-positive women in South Africa: a partially-blind randomized placebo-controlled study. Vaccine. 2013;31(48):5745-53.
6. Dunne EE, Markowitz LE, Saraiya M *et al.* CDC grand rounds: reducing the burden of HPV-associated cancer and disease. MMWR. 2014;63(4):71-3.
7. Fruchter RG, Maiman M, Sedlis A, Bartley L, Camilien L, Arrastia CD. Multiple recurrences of cervical intraepithelial neoplasia in women with the human immunodeficiency virus. Obstet Gynecol. 1996;87:338-44.
8. Kahn JA, Xu J, Kapogiannis BG, *et al.* Immunogenicity and safety of human papillomavirus 6, 11, 16, 18 vaccine in HIV infected young women. Clin Infect Dis. 2013;57(5):735-44.
9. Moscicki AB, Song L, Fenton T, Meyer WA, Read JS, Handelsman EL, Nowak B, Sattler CA, *et al.* Safety and immunogenicity of a quadrivalent human papillomavirus (Types 6, 11, 16, and 18) vaccine in HIV-infected children 7 to 12 years old. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010;55(2):197-204.
10. Moscicki AB, Ellenberg JH, Crowley-Nowick P, Darragh TM, Xu J, Fahrat S. Risk of high-grade squamous intraepithelial lesion in HIV-infected adolescents. J Infect Dis. 2004;190:1413-21.

11. Organização Mundial da Saúde. Weekly epidemiological record. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization. April 2014. Conclusions and recommendations No. 21, 2014;89:221–36.
12. Organização Mundial da Saúde. Weekly epidemiological record. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. No. 43, 2014;89:465-92.
13. Slade BA, Leidel L, Vellozzi C, et al: Postlicensure safety surveillance for quadrivalent human papillomavirus recombinant vaccine. JAMA. 2009;302:750-57.
14. US Public Health Service (USPHS); Infectious Diseases Society of America (IDSA); Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections with Human Immunodeficiency Virus: Disease Specific Recommendations Working Group. USPHS/ IDSA Prevention of Opportunistic Infections Working Group. Clinical Infectious Diseases. 1995;21(Suppl 1):S32-43
15. Wilkin T, Lee JY, Lensing SY, et al. Safety and immunogenicity of the quadrivalent human papillomavirus vaccine in HIV-1-infected men. J Infect Dis. 2010;202:1246–53.

Elaborado por: Divisão de Imunização, Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac”, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 351, 6 andar, Cerqueira Cesar, São Paulo, SP/Brasil.

Dvimuni@saude.sp.gov.br

setembro/2015

ATUALIZAÇÃO

ALERTA SARAMPO - ATUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, SETEMBRO 2015

O sarampo é uma doença viral altamente transmissível. Após exposição a um caso de sarampo, praticamente todos os indivíduos suscetíveis podem adquiri-lo.

A doença tem início com febre acompanhada de tosse, coriza, conjuntivite e erupção cutânea maculopapular com distribuição craniocaudal. O vírus pode ser transmitido cerca de cinco dias antes e cinco dias após a erupção cutânea. Dessa maneira, não é possível se determinar quando a exposição ao vírus poderá ocorrer. ⁽¹⁾

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

O calendário estadual de vacinação inclui uma dose da vacina SRC aos 12 meses de idade e uma dose da vacina tetra viral (SRCV - sarampo, rubéola, caxumba e varicela) aos 15 meses de idade. ⁽²⁾

O sarampo continua presente em diferentes regiões do mundo e, desta forma, se mantém o risco de importação do vírus para locais onde o controle do sarampo foi estabelecido.

Entre junho de 2014 e junho de 2015, mais de 4.000 casos de sarampo foram registrados em 30 países da Europa; mais da metade desses (58,2%) ocorreu na Alemanha, além de casos na Áustria, Belarus, Lituânia, Dinamarca, Noruega, Reino Unido, França, Suécia e Bélgica.

No momento atual, em 2015, surtos da doença estão sendo registrados na República Democrática do Congo, Guiné, Sudão, Austrália, Mali, Algéria, Chile, Peru, Camarões, Taiwan, Malásia. ^(3,4)

A despeito da eliminação da circulação endêmica do sarampo no Brasil, em 2000, casos esporádicos e surtos limitados foram registrados no país em diferentes estados, importados ou relacionados à importação, a partir daquele ano.

No entanto, o Brasil registrou atividade sustentada da doença no período compreendido entre 2012 e 2015. Contabilizando 200 casos de sarampo em Pernambuco em 2012, 693 casos, em 2013 e 164 casos, em 2015, no Ceará, sendo identificado somente o genótipo D8 no período. As faixas etárias mais afetadas foram as de menores de um ano de idade (28,6%), seguida dos indivíduos entre 20 e 29 anos (26,8%) e de 15 a 19 anos de idade (10,4%). ⁽⁵⁾

Entre os casos, 89% não eram vacinados. A data do exantema do último caso confirmado no Ceará é 13/06/2015. Esse surto será considerado encerrado se nenhum outro caso for confirmado 90 dias após essa data (13/09/2015). ⁽⁵⁾

No processo de certificação da eliminação do sarampo na região das Américas, a atual situação epidemiológica global e, principalmente, a nacional é um desafio a ser ultrapassado, no sentido de atingir e manter a interrupção da circulação do vírus. Para tal, uma vigilância de qualidade, com identificação precoce de casos, diagnóstico laboratorial e respostas oportunas e efetivas a cada caso suspeito, além de altas e homogêneas coberturas vacinais, são essenciais.

A pronta contenção do surto no país, o cumprimento dos critérios de verificação, que incluem o alcance das metas dos indicadores de processo e qualidade da vigilância, com melhora da taxa de notificação, resposta rápida e efetiva à suspeita de sarampo, confirmação laboratorial dos casos, altas e homogêneas coberturas vacinais contribuirão para garantir o compromisso assumido e sustentar os progressos alcançados em mais de uma década no controle do sarampo.

A transmissibilidade do sarampo é tão importante, que a introdução de um caso em uma população suscetível é capaz de infectar em média de 12 a 18 outros indivíduos. Os surtos recentes em diferentes países refletem este comportamento e ilustram a necessidade de se obter e manter altas e homogêneas coberturas vacinais, e identificar bolsões de suscetíveis, para elaboração de estratégias e ações para alcançar essas metas e implementar respostas adequadas à introdução de casos.

Desta maneira, o ESP mantém o **ALERTA e atenção reforçada** a todos os casos de febre e exantema, recomendando vigilância sensível para **detecção precoce, notificação oportuna e resposta rápida** à suspeita de sarampo, de maneira a pronta detecção de casos e deflagração de medidas de controle para assegurar a interrupção da circulação do vírus em território paulista.

Recomenda-se fortemente às Vigilâncias Regionais e Municipais de Saúde:

- Alertar seus equipamentos públicos e **principalmente privados** (unidades de saúde de baixa, média e alta complexidade), por todos os meios de comunicação possíveis, para que os profissionais de saúde tenham **especial atenção aos casos suspeitos de doença exantemática**. Esses devem ser imediatamente notificados⁽⁶⁾ e investigados para verificar se são casos suspeitos de sarampo (e/ou rubéola).

Na detecção de casos suspeitos, as Secretarias Municipais devem:

- proceder a notificação imediata, em até 24h, à Secretaria de Estado da Saúde^(1,6);
- proceder a coleta de espécimes clínicos (sangue, secreção nasofaríngea e urina) para a realização do diagnóstico laboratorial, de acordo com o protocolo específico do IAL, disponível no *site* CVE (<http://www.cve.saude.sp.gov.br>);
- adotar as medidas de controle (bloqueio vacinal seletivo frente aos casos suspeitos e sua **ampliação na presença de sorologia reagente (IgM)**⁽¹⁾);
- orientar isolamento social.

Recomendações adicionais:

- Avaliar e atualizar a situação vacinal nas diferentes faixas etárias e grupos de risco (trabalhadores da saúde, do setor turismo, da educação, viajantes, participantes de eventos de massa), com **especial atenção à segunda dose acima de um ano de idade, em adolescentes e adultos jovens.**

-Reforçar o monitoramento da cobertura vacinal, a vacinação de rotina, a busca de faltosos e vacinação de bloqueio, **identificando onde estão os possíveis suscetíveis.**

-Fortalecer a integração setor público/privado (NHE, CCIH, assistência, laboratórios) para a uniformidade da notificação e de sua importância para a deflagração das medidas de controle.

- Efetivar capacitação/atualização dos profissionais de saúde frente aos casos de doenças exantemáticas febris, no **reconhecimento e identificação** dos casos, na conduta no atendimento inicial, confirmação diagnóstica, medidas de controle, nos **fluxos de notificação e laboratorial.**

- Manter profissionais atualizados quanto à situação epidemiológica do sarampo local, regional, nacional e mundial.

- Orientar ao viajante que retorna e a população em geral:

Na presença de febre e exantema, evitar o contato com outras pessoas até que possa ser avaliado por um profissional da saúde e procurar, imediatamente, o serviço médico, informando sua condição clínica e seus deslocamentos.

ATENÇÃO:

Notifique todo caso suspeito de sarampo à:

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

Informações adicionais consulte o endereço eletrônico do CVE:

<http://www.cve.saude.sp.gov.br>

REFERÊNCIAS:

- (1) Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS) Guia de Vigilância em Saúde – Brasília, DF Ministério da Saúde, 2014. Disponível em www.saude.gov.br/bvs
- (2) São Paulo (Estado) Secretaria de Saúde, Divisão de Imunização, Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), SES-SP. Calendário Estadual de Imunização, SÃO PAULO, 2014. Acessado em agosto de 2015. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/imuni/pdf/calendario14_sp_atualizado.pdf
- (3) WHO Measles Surveillance Data. Acessado em agosto, 2015. Disponível em http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/measles_monthlydata/en/index.html
- (4) ECDC SURVEILLANCE REPORT, Measles and rubella Monitoring July 2015 Reporting on July 2014 - June 2015. surveillance data and epidemic intelligence data to the end of July 2015. Acessado em agosto, 2015. Disponível em <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/measles-rubella-quarterly-surveillance-july-2015.pdf>
- (5) Ceará (Estado) Secretaria da Saúde, Boletim Epidemiológico Sarampo, 14 de agosto de 2015. Acessado em agosto de 2015. Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>
- (6) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) - Portaria nº1271, de 06 de junho de 2014. Disponível em ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/nive/DNC14_MS_PORTARIA1271.pdf

Documento elaborado e atualizado pela Equipe Técnica da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória (DDTR) Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac”, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo CVE/CCD/SES-SP, Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar Cerqueira Cesar São Paulo, SP Brasil, em 2/9/2015

ATUALIZAÇÃO

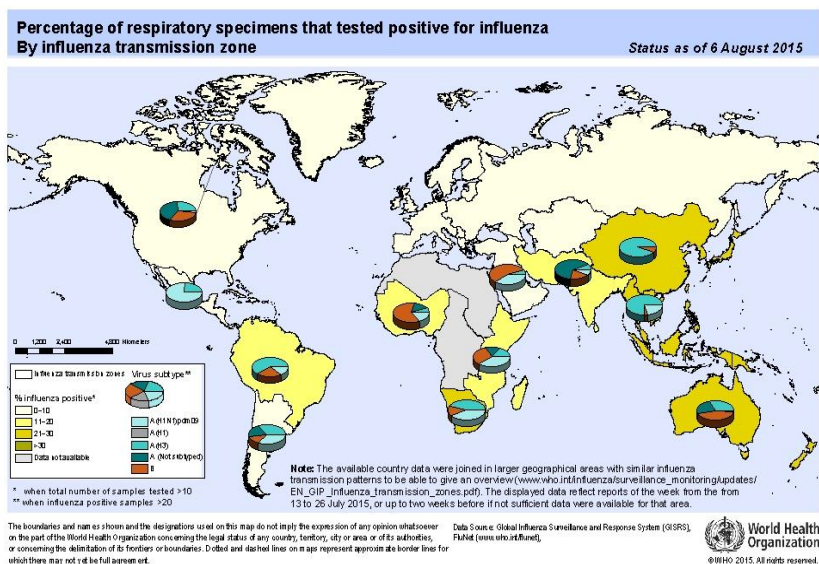
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA INFLUENZA VIGILÂNCIA-SENTINELA DA INFLUENZA ESTADO DE SÃO PAULO e BRASIL, SETEMBRO/2015

Cenário Global

Segundo o boletim nº 243 da Organização Mundial da Saúde (OMS), até a semana epidemiológica (SE) 29/2015, a atividade do vírus influenza permaneceu baixa no Hemisfério Norte e aumentou em alguns países do Hemisfério Sul (Figura 1):

- Na América do Norte e Europa, a atividade permaneceu baixa, em níveis intersazonais, com predominância do vírus influenza B, porém com detecção esporádica.
- Na maioria dos países da África, onde há registros disponíveis, a atividade viral permaneceu em níveis baixos, com exceção do Senegal onde houve um aumento na detecção do vírus influenza B.
- Nos países tropicais da América Central e Caribe, a atividade da influenza foi baixa, com exceção de Cuba reportando um aumento na detecção do vírus influenza A (H1N1)pdm09 e o vírus parainfluenza.
- Na Ásia Ocidental e temperada, a atividade do vírus influenza permaneceu baixa, com predomínio do influenza B e cocirculação de influenza A(H1N1)pdm09, na Ásia Ocidental. Na Ásia tropical, nos países do Sul, observou-se predomínio do vírus influenza A(H3N2). No Sudeste Asiático, houve baixa atividade viral, com exceção da Laos e Vietnã.
- Na Zona temperada da América do Sul, a atividade viral diminuiu com predomínio do vírus influenza A(H1N1)pdm09 e influenza A(H3N2). No geral, a atividade da influenza esteve em níveis mais baixos do que em anos anteriores.
- Na África do Sul, a atividade da influenza em declínio, com influenza A (H1N1) pdm09 e A(H3N2) predominantes nas últimas semanas. Na Austrália e na Nova Zelândia, a atividade viral aumentou com cocirculação dos vírus influenza A(H3N2) e influenza B.

No período, foram detectadas 83,1% amostras positivas para o vírus influenza A e 16,9% para o vírus influenza B. Dentre os vírus influenza A subtipados, observou-se predomínio do vírus influenza A (H3N2) em 97,3% e influenza A(H1N1)pdm09 em 2,7% dos casos. Dentre os vírus B caracterizados 91,1% pertence à linhagem Yamagata e 8,9% à linhagem Victoria.



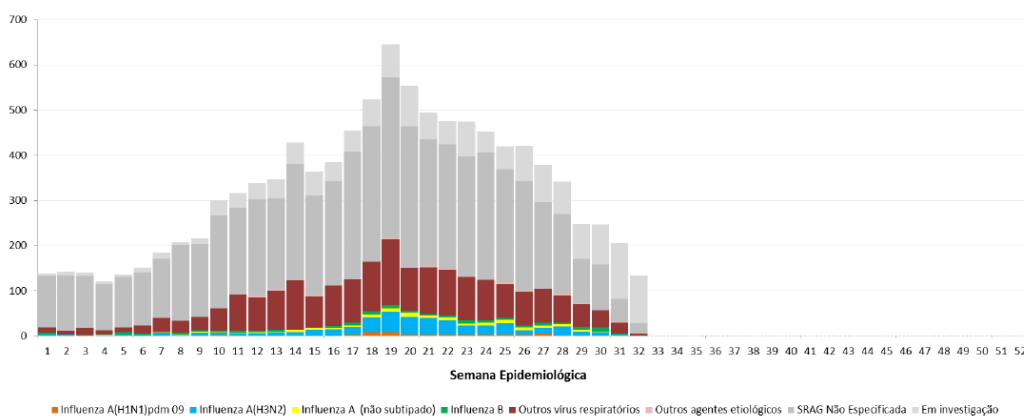
Fonte: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2015_08_10_influenza_update_343.jpg?ua=1

Figura 1. Distribuição percentual de amostras respiratórias positivas para o vírus influenza por zona de transmissão, situação da SE 29/2015.

Brasil

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Até a SE 32 de 2015, foram notificados 10.383 casos de SRAG, dos quais 694 (6,7%) classificados como SRAG por influenza. Foram identificados influenza A(H3N2) (58,6%), influenza A não subtipado (15,6%), influenza B (16,7%) e A(H1N1)pdm09 (9,1%). Em relação à distribuição geográfica, a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza (41,1%), sendo 89,5% no estado de São Paulo, conforme figura 2.



Fonte: SINAN Influenza Web, até 20/08/2015, dados sujeitos a alteração.

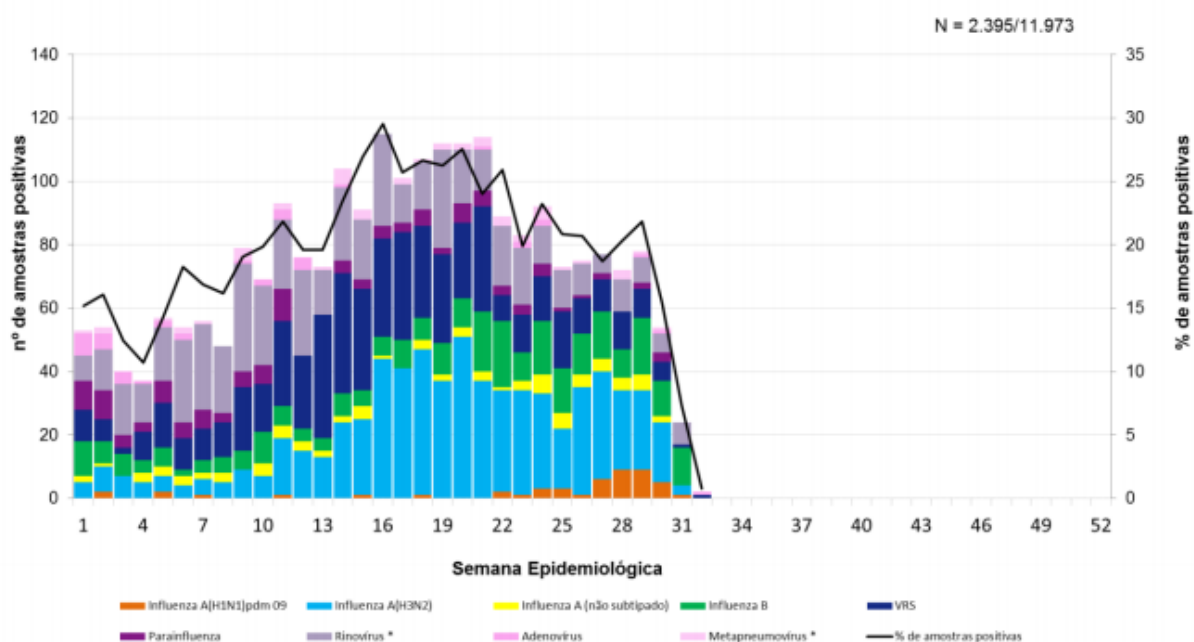
Figura 2. Distribuição dos casos de SRAG segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 32/2015.

Dos casos de SRAG, 1.058 evoluíram para óbito, dos quais 108 (10,2%) foram confirmados para o vírus influenza, decorrentes de influenza A(H3N2) (50,0%), influenza B (25,0%), influenza A não subtipado (13,0%) e A(H1N1)pdm09 (12,0%).

Dos 108 indivíduos que foram a óbito por influenza, 75 (69,4%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para aqueles com idade igual ou superior a 60 anos. Dentre os óbitos, 68 (63%) fizeram uso de antiviral, com tempo mediano de quatro dias de início do tratamento após os primeiros sintomas. Recomenda-se iniciar o tratamento nas primeiras 48 horas.

Síndrome Gripal (SG)

Até a SE 32 de 2015, as unidades sentinela de SG coletaram aproximadamente 12 mil amostras. Dessas, 2.395 (20,0%) tiveram resultado positivo, sendo 1.081 (45,1%) para o vírus influenza e 1.309 (54,7%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para influenza, 664 (61,4%) foram decorrentes de influenza A(H3N2), 287 (26,5%) de influenza B, 82 (7,6%) de influenza A não subtipado e 48 (4,4%) de A(H1N1)pdm09 (Figura3).



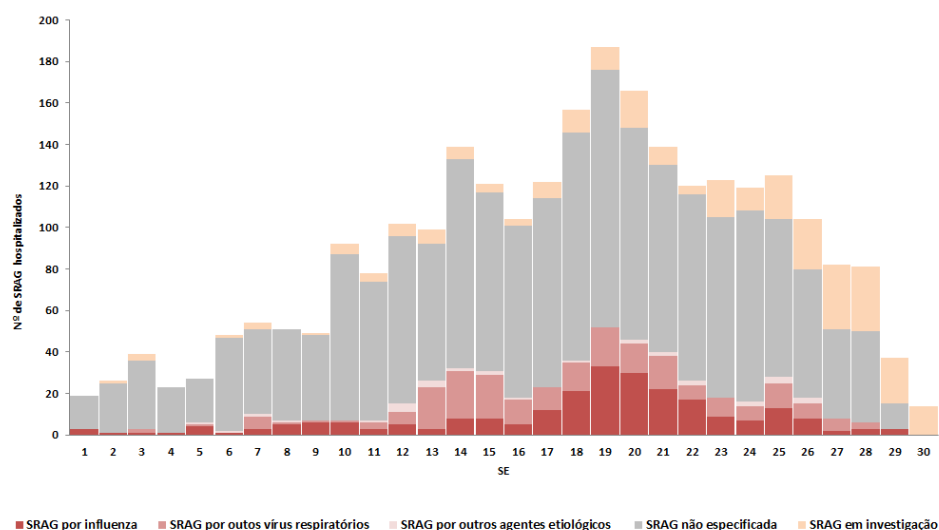
Fonte: SINAN Influenza Web, até 20/08/2015, dados sujeitos a alteração.

Figura 3. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinela de SG, por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 32/2015.

Estado de São Paulo

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

No estado de São Paulo, entre as semanas epidemiológicas 1 e 30 de 2015, foram registrados 2.647 casos de SRAG hospitalizados (SRAG), sendo que 318 (12%) evoluíram a óbito. Dos casos de SRAG, 243 (9,18%) foram confirmados para o vírus influenza, incluindo 35 (14,4%) óbitos, conforme apresentado na figura 4.



Fonte: SinanWeb, até 05/agosto/2015, dados sujeitos à alteração.

Figura 4. Distribuição dos casos de SRAG, segundo classificação final. Estado de São Paulo, semana epidemiológica 1 a 30/2015.

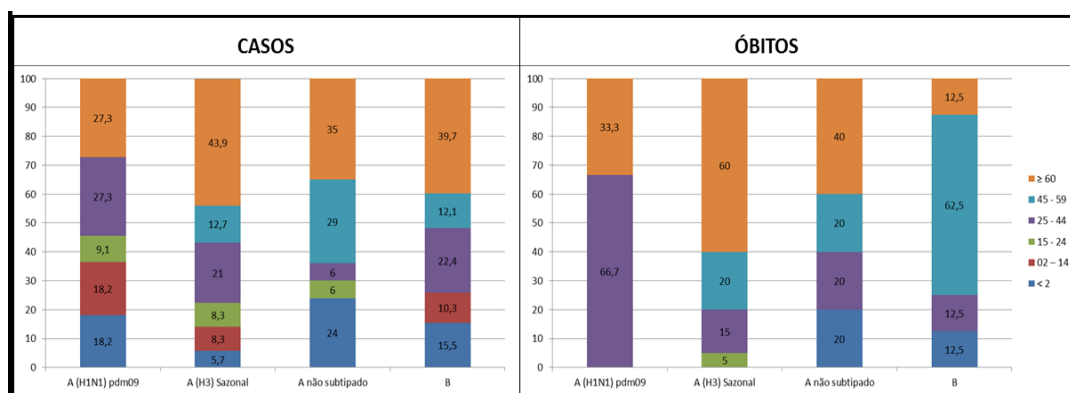
Os subtipos de influenza circulantes na sazonalidade até SE 30 de 2015 encontram-se na tabela 1. Observou-se predomínio do vírus influenza A(H3N2) Sazonal em 157 (64,6%) dos casos. Foram confirmados casos em 74 (11,5%) municípios do Estado de São Paulo.

Tabela 1: Distribuição dos casos e óbitos por SRAG confirmados para o vírus influenza, segundo subtipo. Estado de São Paulo, semana epidemiológica 1 a 30/2015.

Influenza	Casos		Óbitos	
	N	%	N	%
A (H1N1) pdm09	11	4,5	3	8,3
A (H3) Sazonal	157	64,6	20	55,6
B Sazonal	17	7,0	8	22,2
A não subtipado	58	23,9	5	13,9
Total	243	100,0	36	100,0

Fonte: SinanWeb, até 05/08/2015, dados sujeitos à alteração.

No que diz respeito à faixa etária dos casos de influenza, conforme figura 5, dentre os casos por influenza A(H3N2) sazonal, houve predominância na faixa etária de ≥60 anos com 69 (43,9%) casos e 12 (60%) dos óbitos. O vírus influenza B foi detectado em 6 (35%) casos e 2 (40%) dos óbitos entre os indivíduos ≥60 anos.



Fonte:

SinanWeb, até 05/agosto/2015, dados sujeitos à alteração.

Figura 5: Proporção de casos e óbitos de SRAG hospitalizados confirmados para o vírus influenza, segundo subtipo e faixa etária. Estado de São Paulo, semanas epidemiológicas 1 a 30/2015.

A presença de pelo menos uma comorbidade foi registrada em 155 (63,8%) dos casos e 30 (81,1%) dos óbitos. O tratamento com oseltamivir foi instituído em 191 (79,6%) casos e 20 (55,6%) óbitos. A oportunidade de tratamento, ou seja, a diferença entre a data do início dos sintomas e a data da introdução do oseltamivir nos óbitos apresentou mediana de seis dias (intervalo 0–34).

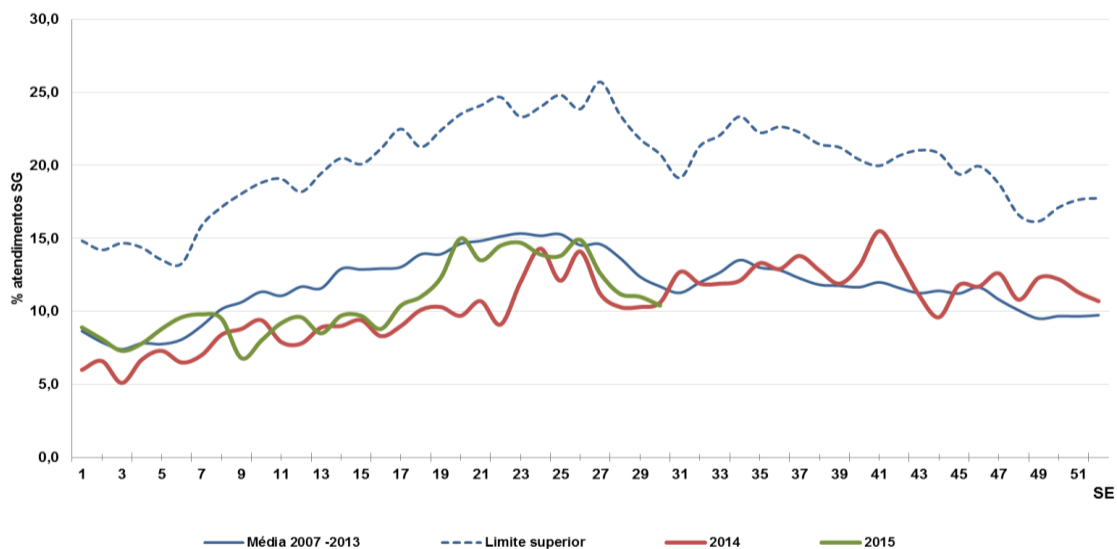
Em relação à situação vacinal, 35 (14,4%) dos casos e quatro (11,1%) dos óbitos possuíam registro de vacinação, desses cinco casos (14,3%) e nenhum dos óbitos estavam adequadamente vacinados.

Síndrome Gripal (SG)

Atualmente, a vigilância sentinela de influenza no Estado de São Paulo é composta por 22 unidades sentinela de SG e oito unidades-sentinela de SRAG de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Essas últimas sediadas no município de São Paulo. Por outro lado, as unidades-sentinela de SG foram estrategicamente distribuídas na Grande São Paulo e no interior, no decorrer de 12 anos.

A Portaria MS N° 1.984 de 12/09/2014 contemplou, na lista nacional de notificação compulsória de doenças e agravos à estratégia de vigilância sentinela, a SRAG e a SG.

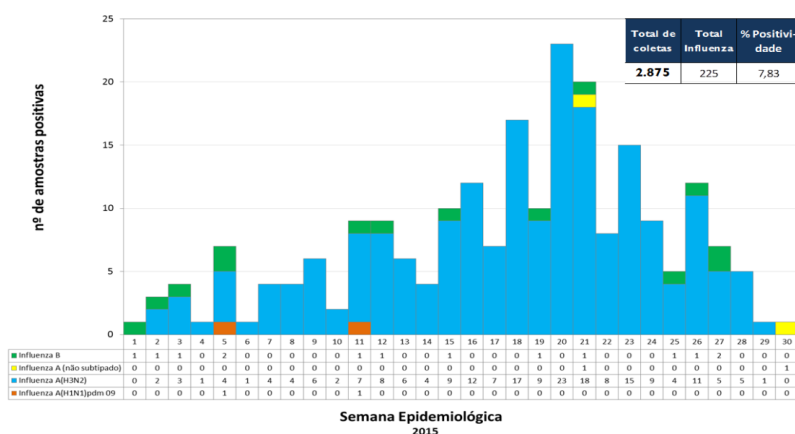
De acordo com os dados disponíveis no SIVEP-Gripe, observou-se que a proporção de atendimento de casos de SG em relação ao atendimento por clínica médica e pediatria até a SE 30 de 2015, apresentou-se menor em relação à média dos anos 2007 a 2013, exceto nas semanas epidemiológicas 05 a 07, como ilustra o diagrama de controle (Figura 6).



Fonte: SIVE-Gripe. Dados atualizados em 05/08/2015, sujeitos à alteração.
 (1) Exceto, 2009.

Figura 6. Distribuição da proporção de atendimentos de SG, em relação ao total de atendimentos de clínica médica/pediatria nas unidades-sentinelas. Estado de São Paulo, 2007 a 2014⁽¹⁾, SE 30 de 2015.

Até a SE 30 do ano de 2015, verificou-se uma baixa circulação do vírus influenza A (H1N1) pdm09, apresentando apenas dois casos nas semanas epidemiológicas 05 e 11/2015. Enquanto a atividade do H3N2 iniciou na semana epidemiológica 02 de 2015, com pico nas semanas epidemiológicas 20 e 21. O vírus influenza B, desde a SE 01/15, vem apresentando atividade diminuta (Figura 7).



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 13/08/2015, sujeitos à alteração.

Figura 7. Distribuição dos vírus influenza identificados nas unidades-sentinelas, por semana epidemiológica de início dos sintomas. Estado de São Paulo, SE 1 a 30/2015.

Na temporada 2015, o Núcleo de Doenças Respiratórias do Centro de Virologia/IAL, participante da Rede Nacional de Vigilância da Influenza e da Global Influenza Surveillance Network (GISN), identificou a circulação das estirpes virais: A/California/07/2009 - LIKE (H1N1)pdm09; B/Puket/3073/2013 - LIKE; A/Switzerland/9715293/2013 - LIKE (H3N2), que estão contempladas na composição da vacina trivalente utilizada no Hemisfério Sul, ano de 2015.

Campanha de Vacinação

A campanha de vacinação contra influenza iniciou-se em 2/5/2015 e atingiu cobertura vacinal de 82,7%, nos grupos prioritários e 1.815.921 pessoas que apresentaram comorbidades. Crianças menores de cinco anos, trabalhadores de saúde, gestantes e idosos compõem os grupos de risco nos quais a vacinação deve ser intensificada (Tabela 2).

Tabela 2. Cobertura vacinal segundo grupos prioritários. Estado de São Paulo, 2013-2015.

Grupo de risco	CV(%) 2013	CV(%) 2014	CV (%) 2015
Crianças⁽¹⁾	98,92	83,17	77,18
Trab. da saúde	121,01	91,86	91,58
Gestantes	89,37	82,14	76,18
Puérperas	114,98	124,25	114,69
Indígenas	124,52	131,53	139,86
Idosos	87,46	83,16	84,45
Total	93,17	84,52	82,70

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, 03/06/2015, dados sujeitos à alteração.

⁽¹⁾2013: ≥ 6 meses a < 2anos; 2014 e 2015: ≥6 meses a < 5 anos

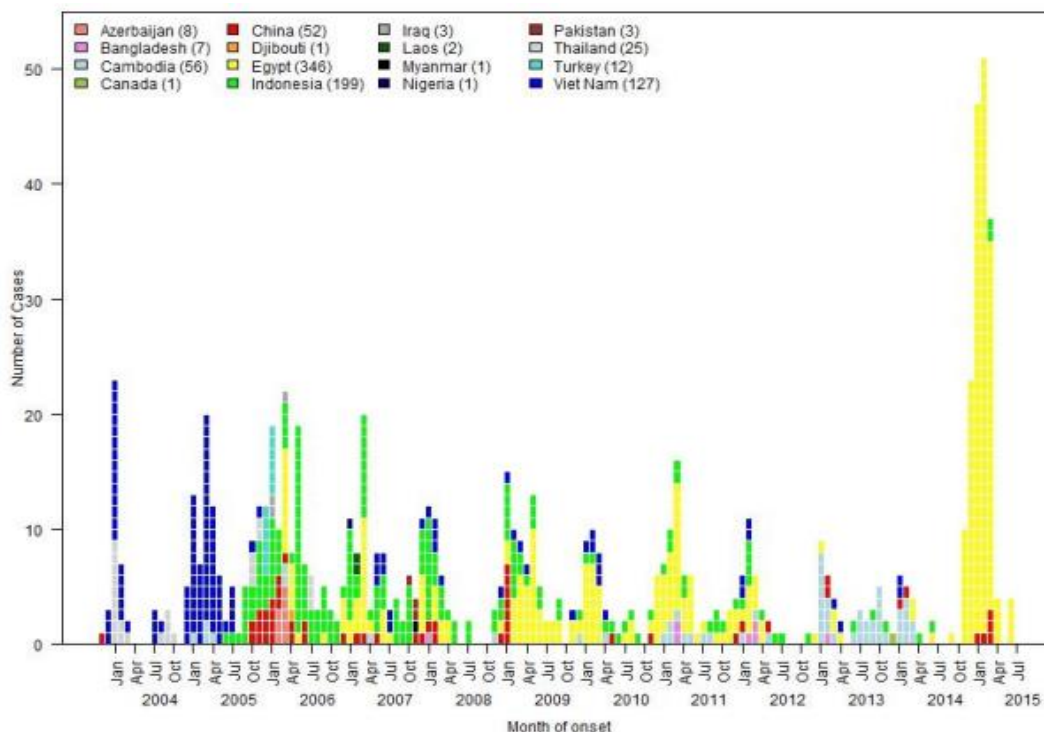
Vírus Emergentes

Influenza aviária

A maioria dos vírus da influenza aviária não causa doença em seres humanos. No entanto, alguns são zoonóticos, significa dizer que podem infectar os seres humanos e causar doença. O exemplo mais conhecido é o vírus influenza A aviário subtipo H5N1 e, mais recentemente, o H7N9, circulando em aves domésticas em partes da Ásia e nordeste da África, que causaram doenças humanas e mortes desde 1997.

Influenza A (H5N1)

De 2003 até 17 de maio de 2015, 844 casos humanos foram confirmados por laboratório de influenza A (H5N1), oficialmente notificados à OMS por 16 países, destes 449 evoluíram a óbito (Figura 8).



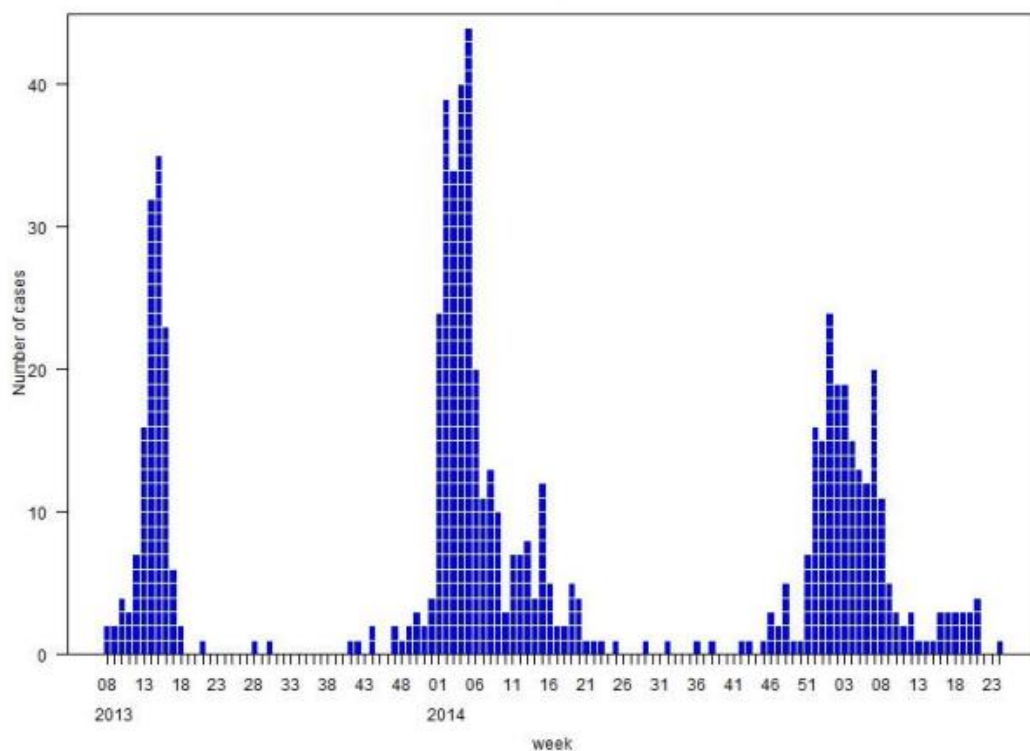
Fonte: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/Influenza_Summary_IRA_HA_interface_17_July_2015.pdf?ua=1

Figura 8. Curva epidemiológica dos casos de influenza aviária A (H5N1) por país e mês de início dos sintomas, 2003, SE 17/2015.

Embora um número crescente de casos de infecção humana tenha sido reportado pelo Egito nos últimos meses, o vírus influenza A(H5N1), no presente, não se transmite facilmente entre humanos. O risco de disseminação comunitária permanece baixo, e a avaliação de risco pela OMS continua inalterada.

Influenza A (H7N9)

Na China, desde março de 2013, tem sido observada infecção pelo vírus influenza A (H7N9) em aves e humanos. Até 17 de junho de 2015, um total de 677 casos foi confirmado por laboratório de infecção por influenza A (H7N9), incluindo 275 óbitos (Figura 9).



Fonte: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/Influenza_Summary_IRA_HA_interface_17_July_2015.pdf?ua=1

Figura 9. Curva epidemiológica dos casos de influenza aviária A(H7N9) por país e mês de início dos sintomas.

A maioria dos casos de infecção humana pelo vírus H7N9 aviário relatou exposição recente às aves domésticas ou ambientes potencialmente contaminados, especialmente em mercados onde aves vivas foram comercializadas e não houve evidência de transmissão sustentada inter-humana. Os vírus isolados recentemente não apresentaram alterações genéticas, e pode sugerir que não é facilmente transmissível de pessoa para pessoa.

Influenza A(H5N2) & A(H5N8)

Entre 15/12/2014 e 17/06/2015, o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos confirmou mais de 223 notificações de focos para o vírus influenza aviário de alta patogenicidade (HPAI), ou seja, A(H5N2), A(H5N8) e A(H5N1).

A maioria dessas infecções ocorreu em aves domésticas e comerciais. Houve o registro de mais de 48 milhões de aves afetadas (infectadas e expostas) em 15 estados americanos, sem evidência atual de casos em humanos.

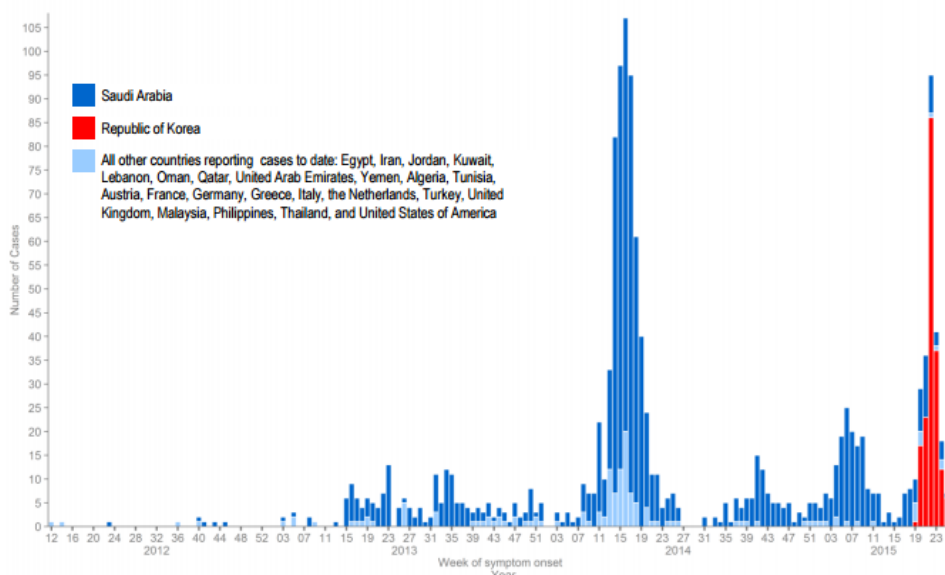
As recomendações atuais do CDC Atlanta-EUA fundamentam-se no potencial desses vírus no que se refere ao desenvolvimento de doença grave em humanos, notadamente as pessoas com história prévia de exposição: preparação para o consumo; contato direto com superfícies contaminadas com excreções e carcaças de aves; e pessoas que têm exposição prolongada às aves potencialmente infectadas em espaços confinados (<http://www.cdc.gov/flu/avianflu/hpai/hpai-background-clinical-illness.htm>).

Dentre as recomendações destacam-se:

- monitoramento das pessoas expostas durante 10 dias após o último contato (ex: febre e sintomas respiratórios);
- avaliação clínica, tratamento antiviral e diagnóstico laboratorial;
- quimioprofilaxia pós-exposição com antiviral poderá ser considerada para os expostos, a depender do julgamento clínico, considerando o tipo de exposição e se a pessoa exposta apresenta risco de complicações atribuíveis ao vírus influenza.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA DO ORIENTE MÉDIO – CORONAVÍRUS: MERS – COV

A Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) é uma doença viral causada por um novo coronavírus (MERS-CoV), que foi inicialmente identificada na Arábia Saudita, em 2012. De abril de 2012 até o presente, contabilizaram-se 1.478 casos confirmados de MERS-CoV, que foram reportados pelas autoridades de saúde locais, incluindo 516 óbitos (Figura 10).



Fonte: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179184/2/WHO_MERS_RA_15.1_eng.pdf

Figura 10. Curva epidemiológica dos casos de MERS por local e dia de início dos sintomas.

Os sintomas típicos incluem febre, tosse e dificuldade respiratória. Pneumonia é comum, mas pode não estar presente. Sintomas gastrointestinais incluindo diarreia, também, têm sido relatados.

Ainda não está bem estabelecido como uma pessoa se infecta com MERS-CoV, que é um vírus zoonótico. É sabido que humanos podem se infectar por meio do contato direto e indireto com dromedários no Oriente Médio. O vírus não parece ser transmitido facilmente pessoa a pessoa, ao menos em caso de contato próximo, como prestar cuidados clínicos ao paciente sem o uso das medidas de precaução padrão, a exemplo do ocorrido com familiares e profissionais de saúde.

Recomendações Gerais

É de suma importância a vigilância internacional para casos de MERS-CoV entre os viajantes, devido ao risco potencial de uma pessoa infectada viajar para diferentes localidades, após a exposição no Oriente Médio.

No sentido da contenção de *clusters* nosocomiais, esforços redobrados são vitais para prevenir a transmissão ampliada. No entanto, embora seja pouco provável a transmissão sustentada inter-humana, a transmissão secundária para contatos próximos desprotegidos permanece um risco, especialmente nos serviços de saúde, como fora documentada recentemente na Coreia do Sul.

A implementação sistemática de medidas de controle de infecção em ambientes hospitalares é essencial para interromper a transmissão. Os desafios da detecção precoce de casos importados de infecção respiratória destacam a necessidade de identificar o histórico de viagem dos pacientes e desencadear, prontamente, as medidas adequadas de prevenção e controle de infecção, para todos os pacientes que apresentem sintomas de infecção respiratória aguda.

Recomenda-se fortemente que todos os serviços de saúde em nível estadual e municipal alertem seus principais equipamentos públicos e privados para que os profissionais de saúde continuem a priorizar:

- a) a detecção precoce e o monitoramento de eventos incomuns;
- b) a investigação de casos graves individuais ou em situações de surto;
- c) o monitoramento das infecções respiratórias agudas e os vírus circulantes;
- d) a manutenção e atualização frequente dos fluxos de distribuição de medicamentos e dos sistemas de informações (Sinan online Influenza, Sivep-Gripe, Sinan Net Surtos etc.);
- e) monitorar os grupos de risco aumentado para desenvolvimento de doenças graves;

- f) monitorar as coberturas vacinais e a homogeneidade (vacina contra influenza), notadamente nos grupos de risco, no sentido de fortalecer as ações de vigilância e imunização;
- g) a indicação e utilização do OSELTAMIVIR de forma adequada e o mais precoce possível, em conformidade com o protocolo vigente do MS;
- h) atentar para mudanças do padrão antigênico e genético dos vírus circulantes, como também o aparecimento de resistência antiviral;
- i) estimular as boas práticas de ETIQUETA RESPIRATÓRIA;
- j) efetivar e fortalecer parcerias.

Documento elaborado e atualizado pela Equipe Técnica da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/CCD/SES-SP; colaboração do Instituto Adolfo Lutz - IAL/CCD/SES-SP. São Paulo/Brasil, setembro de 2015. – dvresp@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 2011/2012/2013, 2014⁽¹⁾, jan/mar e abr/jun de 2015⁽¹⁾

Doenças/Agravos	2011	2012	2013	2014 ⁽¹⁾	2015 ⁽¹⁾	
					Jan/mar	Abr/jun
CASOS CONFIRMADOS						
Botulismo	-	5	-	-	-	-
Caxumba [Parotidite Epidêmica]	171	215	231	118	41	33
Cólera	1 ⁽⁵⁾	-	-	-	-	-
Conjuntivite ⁽⁶⁾	1.187.356	318.394	186.464	214.270	25.577	7.294
Coqueluche	912	1.033	1.591	2.206	220	82
Dengue (Casos Autóctones e Importados)	100.508	26.312	209.719	207.176	309.712	175.462
Diarreia (Casos monitorados pela MDDA) ⁽²⁾	940.200	1.146.212	1.041.743	1.244.787	334.775 ⁽³⁾	229.106 ⁽³⁾
Diarreia (Casos envolvidos em surtos)	9.524	5.675	1.367 ⁽³⁾	7.975	3.139	212 ⁽³⁾
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	17	40	38 ⁽³⁾	39	5 ⁽³⁾	7
Esquistossomose (Casos Autóctones)	84	85	52	57	7	-
Esquistossomose (Total de Casos)	1.080	1.094	690	701	80	10
Febre Maculosa / Rickettsioses	71	73	54	65	15	9
Febre Tifoide	3	2	2	1	1	1
Hantavirose	21	12	15	13	-	1
Hepatite A (Casos esporádicos)	204	175	231	267	38	47
Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos)	61	70	40	61	3	-
Hepatites B	3.936	4.085	3.532	3.204	716 ⁽³⁾	522
Hepatites C	6.506	6.543	5.712	4.537	757 ⁽³⁾	466
Hepatite B+C(comorbidade)	142	140	130	114	22 ⁽³⁾	6
SRAGH/Influenza Humana A (H1N1) ⁽⁴⁾	26	371	1.994	116	3	3
Leishmaniose Tegumentar Americana	249	252	247	277	43	31
Leishmaniose Visceral	228	248	204	183	44	30
Leptospirose	981	784	946	749	258	48
Doença Meningocócica	1.363	1.168	964	719	95	118
Outras Meningites Bacterianas	1.724	1.638	1.455	1.434	240	246
Meningites Virais	4.230	5.294	4.630	4.367	633	539
Outras Meningites	833	968	799	595	92	92
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	91	88	74	86	21	16
Poliomielite (poliovírus selvagem)	-	-	-	-	-	-
Rotavírus (em < 5 anos) ⁽⁷⁾	22	23	12	51	-	-
Rubéola	-	-	-	-	-	-
Sarampo	27	1	5	7	-	-
Síndrome da Rubéola Congênita	-	-	-	-	-	-
Síndrome Hemolítico-Urêmica	1	1	3	-	-	1
Tétano Acidental	24	21	24	16	5	2
Tracoma ⁽⁸⁾	1.769	2.471	3.006	3.059	92	226
Varicela	18.377	18.982	25.046	10.280	207	228
Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (excluídas as urbanas)	31.408	44.205 ⁽¹⁾	40.493	40.255 ⁽¹⁾	-	-
SURTOS CONFIRMADOS						
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações	40	88	39	30	5	3
Conjuntivite ⁽⁶⁾	9.041	776	292	254	76	69
Hepatite A	15	7	8	14	1	-
Varicela	2.745	3.002	3.686	1.518	74	69
Diarreia	137	138	55 ⁽³⁾	552	136	23

Fonte: SINAN Net (com correções)

⁽¹⁾ 2014 e 2015 dados provisórios - ⁽²⁾ Fonte: SIVEP_DDA/SVS/DATASUS - ⁽³⁾ atualização nos dados - ⁽⁴⁾ Fonte: SINAN Web (com correções) - SRAGH: Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado - dados a partir de abril/2009 - ⁽⁵⁾ Caso importado - Acum.(casos acumulados (com correções) - ⁽⁶⁾ Sinan Net surto e sistema de vigilância de conjuntivites - ⁽⁷⁾ Fonte: Vigilância Sentinela do Rotavírus e SINAN Net - ⁽⁸⁾ 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

SIMPÓSIO SOBRE OBESIDADE



A Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DDCNT), do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizou o *Simpósio sobre Obesidade*, no último dia 17 de agosto, em São Paulo/SP. A obesidade se constitui como um grave problema de saúde pública em todo o mundo. É um fator de risco para várias doenças crônicas sendo,

portanto, necessário atualizar toda a rede de atores sociais que atuam no controle da obesidade e doenças crônicas.

O Simpósio foi realizado no Auditório do Centro de Convenções Rebouças, com a participação de, aproximadamente, 600 pessoas, entre participantes, palestrantes e organizadores.

A cerimônia de abertura contou com as presenças do coordenador da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), Marcos Boulos, Mirian Matsura Shirassu, diretora do Centro de Promoção e Proteção à Saúde (Prevenir/IAMSPE), Arnaldo Sala, responsável pela área de Atenção Básica, Claudia Marina Flo, assessora do Grupo Condutor de Atenção às Doenças Crônicas, e de Africa Isabel de la Cruz Perez, da DDCNT e coordenadora do Simpósio.

Ao longo do dia, houve várias apresentações que abordaram os dados epidemiológicos, mundiais, nacionais e estaduais, por Ana Paula Bortoletto Martins, da Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP), Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e NUPENS (Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde). O assunto, Obesidade: novas descobertas relacionadas à fisiopatologia, complicações metabólicas, tratamento, linha de cuidados e intervenções inovadoras, contou com a participação de Marco Aurélio Santo, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Claudia Marina Flo, do Grupo Condutor de Atenção às Doenças Crônicas da SES/SP. O assunto Coaching em Saúde, inovação na intervenção da obesidade, foi abordado por Floracy Gomes Ribeiro, Gabinete do Secretário de Estado da Saúde e Integrative Nurse Coach pela International Nurse Coach Association.

No período da tarde, "*Ações de prevenção e controle da obesidade e processamento de alimentos*", contou com a presença de Maria Laura Louzada da (FSP/USP) do NUPENS (Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde) Ana Paula Bortoletto Martins.

As questões “Saúde, segurança alimentar e crise climática” contou com as contribuições de Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Vital de Oliveira Ribeiro Filho, Arquiteto, responsável pelo Programa Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde do Centro de Vigilância Sanitária da Coordenadoria de Controle de Doenças e do Conselho da Organização Projeto Hospitais Saudáveis e de Eric Slywitch, diretor do Departamento de Medicina e Nutrição da Sociedade Vegetariana Brasileira.

Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar, São Paulo e-mail:
ddcnt@saude.sp.gov.br

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

JORNADA DO DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA AS HEPATITES VIRAIS - 2015



Aconteceu nesse último dia 18 de agosto, a *Jornada do Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais, 2015*, organizada e coordenada pelo Programa de Hepatites Virais/CVE/SES SP, com a presença de aproximadamente 300 profissionais da saúde, entre eles servidores da saúde de diversos municípios e Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado, de diversos níveis, todos envolvidos na atenção aos pacientes portadores de Hepatites Virais B e C.

A abertura contou com a presença do secretário estadual da Saúde David Uip e do diretor da Coordenadoria de Controle de Doenças, Marcos Boulos, reunindo também os coordenadores dos programas de Hepatites Nacional (MS) e Estadual (SES/SP), respectivamente Marcelo Naveira e Maria do Carmo Camis.

Na programação, foram apresentados temas de grande relevância para o momento, que é muito favorável à luta contra as Hepatites Virais, principalmente a do tipo C, com destaque para a discussão do novo Protocolo Clínico de Diagnóstico e Tratamento, para as novas drogas recém-descobertas e incorporadas e para o empenho dos gestores em ampliar o acesso ao revolucionário tratamento, como está sendo chamado.

O Brasil e o Estado de São Paulo estão seriamente empenhados em atender ao chamado da OMS, que tem como objetivo a eliminação do HCV, até 2030.

Programa Estadual de Hepatites Virais, Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º, Cerqueira César, São Paulo/SP
dvhepa@saude.sp.gov.br

HANSENÍASE

ELIMINAÇÃO NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO – META 2018

O Programa Estadual e a Divisão de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE/CCD/SES-SP) realizaram no dia 17 de agosto, o evento “*Hanseníase, Eliminação nos Municípios - Meta 2018 , Estado de São Paulo*”, que contou com as equipes de vigilância epidemiológica e secretários municipais de Saúde de cerca de 200 municípios do estado de São Paulo.

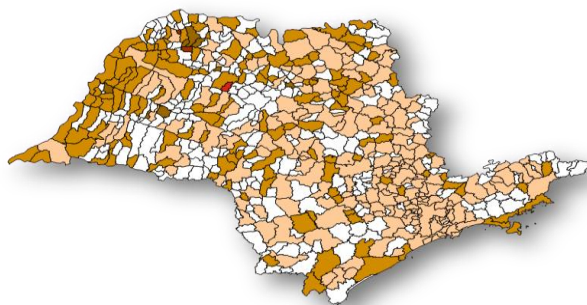
Um dos objetivos desse encontro foi destacar o desempenho de 34 municípios que, além de conquistarem os melhores resultados dos indicadores de pactuação da hanseníase, também alcançaram a meta de eliminação da hanseníase, de menos de um caso da doença por 10.000 habitantes.

Outro ponto importante da reunião foi o chamamento feito às equipes de vigilância e seus gestores para a situação de 157 outros municípios, que apresentam ainda coeficientes de prevalência maiores do que um caso de hanseníase por 10.000 habitantes.

O estado de São Paulo alcançou a meta de eliminação, em 2006 (coeficiente de prevalência 0,44 caso da doença por 10.000 habitantes, em 2014), porém permanece esse conjunto de 157 municípios que ainda não o fizeram, sendo que 144 apresentam coeficientes de prevalência entre um e cinco casos de hanseníase por 10.000 habitantes e 13 apresentam coeficientes maiores de 5 casos da doença por 10.000 habitantes, como mostra o mapa 1.

“Foi lançado o desafio: conquistar a homogeneidade de eliminação da hanseníase em todo o território paulista nos próximos quatro anos. Objetivo que só será atingido com a atuação proativa das vigilâncias estadual e municipais, com o apoio dos seus respectivos gestores”, segundo Mary Lise Marzliak, diretora da Divisão de Hanseníase do CVE.

Prevalência de Hanseníase segundo o Município de residência, Estado de São Paulo, 2014.



Divisão de Hanseníase/CVE/CCD/SES-SP, Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar, São Paulo/SP
dvhansen@saude.sp.gov.br

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

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 – Cecilia Santos Silva Abdalla

Conselho Editorial editorial

Marco Antonio de Moraes – Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis/CVE

Marilda Kersul Milagres – Divisão de Métodos/CVE

Norma Helen Medina - Divisão de Oftalmologia/CVE

Norma Farias - Divisão de Hepatites/CVE

Núbia Virgínia D Araujo – Divisão de Imunizações/CVE

Satiro Marcio Ignacio Jr. – CENTRAL/CIEVS/CVE

Editoração e arte final

Cecilia SS Abdalla – Comunicação/CVE

Zilda Souza – NIVE/CVE