



**GOVERNO DO DISTRITO
FEDERAL**

SECRETARIA DE SAUDE

**SUBSECRETARIA DE
VIGILÂNCIA À SAÚDE**

Produção e edição:
Núcleo de Doenças
Imunopreveníveis e Agudas
Núcleo de Doenças de
Transmissão Hídrica e Alimentar

Gerência de Vigilância
Epidemiológica e Imunização

Diretoria de Vigilância
Epidemiológica

Elaboração, textos, revisão final
e diagramação:
Ana Carolina Tardin Martins,
Ana Luiza Sturion Grisoto,
Cleidiane Santos R. de Carvalho,
Marília Higino de Carvalho e
Rosa Maria Mossri Silva.

Apoio:
Suênia Sampaio.

Endereço:
SBN Quadra 2, Bloco "P", Lote
4, Loja 1. CEP 70.040-020

Contato:
Telefone: (61) 3905-4639

Endereço eletrônico:
nucdia@gmail.com
nathadf@gmail.com

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS E DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR



APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Controle de Doenças Imunopreveníveis e Doenças Agudas (NCDIA) juntamente com o Núcleo de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (NATHA), subordinados à Gerência de Vigilância Epidemiológica e Imunização, executam ações de controle de doenças imunopreveníveis, agudas e de transmissão hídrica e alimentar sob vigilância epidemiológica, além de supervisionar o fluxo de informações relacionadas a estas doenças. Adicionalmente, possuem a atribuição de identificar, controlar e investigar situações de interesse de saúde pública.

O NCDIA e o NATHA propõe, por intermédio deste boletim

epidemiológico, divulgar informações e dados que possibilitem o conhecimento e a análise de fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, a fim de que possam ser adotadas medidas de controle e prevenção das doenças relacionadas, função primordial da vigilância epidemiológica.

Os dados apresentados a seguir são um compilado de informações com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e outras referências da situação de

TÉTANO

O tétano é uma doença infecciosa aguda, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani*, que provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. Clinicamente, a doença manifesta-se com febre baixa ou ausente, hipertonia muscular mantida, hiperreflexia e espasmos ou contraturas paroxísticas. Em geral, o paciente mantém-se consciente e lúcido.

A doença continua existindo como problema de saúde pública apenas em países de menor desenvolvimento econômico e social, principalmente no continente Africano e no Sudeste Asiático. No Brasil ela continua

agravos comunicados pela rede de núcleos de vigilância epidemiológica regionais, Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e da rede privada de saúde do Distrito Federal.

Esta publicação apresenta a situação epidemiológica ocorrida no Distrito Federal, referente ao 1º semestre de 2015, de algumas das doenças imunopreveníveis que são acompanhadas pelo NCDIA e das doenças de transmissão hídrica e alimentar acompanhadas pelo NATHA.

ocorrendo e fazendo vítimas todos os anos.

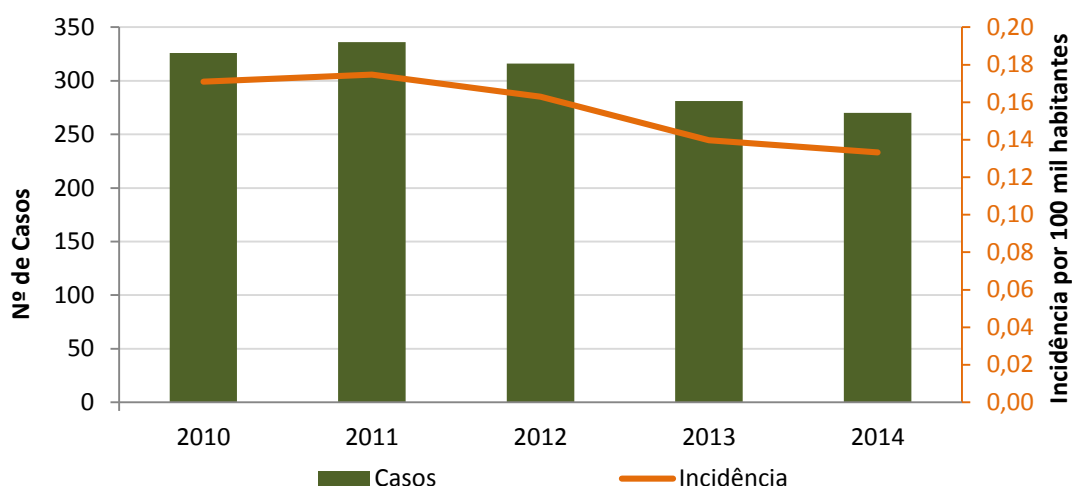
A doença não confere imunidade, a imunidade conferida pelo soro antitetânico (SAT) dura cerca de 2 semanas e a conferida pela imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT) dura cerca de 3 semanas. A imunidade permanente é conferida pela vacina, desde que sejam observadas as condições ideais inerentes ao imunobiológico e ao indivíduo. A vacina contra o tétano foi desenvolvida em 1924 e está disponível no SUS para pessoas de qualquer idade.

Com relação ao tétano acidental, segundo dados do Ministério da Saúde,

observa-se um declínio do número de casos no Brasil. Na década de 1990, foram registrados em média mais de 1.000 casos por ano, caindo em média para 460 casos por ano na década de 2000. A maior proporção ocorre na região nordeste e atinge com maior frequência a faixa etária entre 40 e 59 anos, seguida pela faixa acima de 60

anos. A maioria dos casos de tétano acidental ocorre nas categorias dos aposentado-pensionistas, trabalhadores agropecuários, seguida pelos grupos de trabalhador da construção civil (pedreiro) e dona de casa. Em 2013 o Brasil teve 281 casos confirmados, em 2014 foram 270 casos com 74 óbitos. (Figura1)

Figura 1 - Casos confirmados e taxa de incidência do tétano acidental, no Brasil, 2010 a 2014



Fonte: SVS/ MS em 17/09/2015.

A vigilância epidemiológica do tétano consiste em reduzir a incidência dos casos. Para isso se faz necessário uma vigilância ativa a fim de conhecer todos os casos suspeitos e investigar, com o objetivo de assegurar diagnóstico e tratamento precoce. É necessário ainda que as medidas de controle sejam feitas sempre oportunamente para que se identifique a população sob risco e se

avaliar a recomendação de vacinação além de promover educação continuada em saúde.

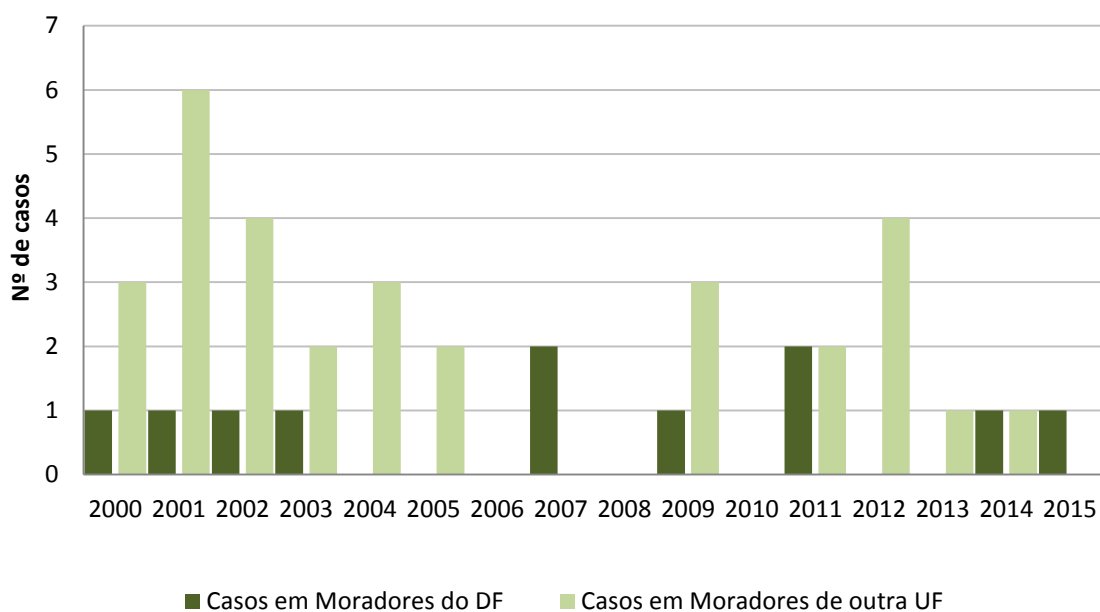
No DF a vigilância do tétano, tanto acidental como neonatal, contempla a notificação dos casos no SINAN além da notificação semanal da ocorrência ou não de casos suspeitos chamado de semana negativa, que é realizada pelas quinze regionais de

saúde. Essa notificação negativa mostra que a unidade está em alerta para captar casos da doença.

O último caso de tétano neonatal em morador do DF ocorreu em 2000. De 2000 a 2014 ocorreram 10 casos de

tétano acidental em moradores do DF, sendo que o último óbito por tétano acidental ocorreu em 2007. Em 2015, até a SE 25 tivemos 1 caso de tétano acidental notificado. (Figura 2)

Figura 2 – Série histórica dos casos de tétano acidental, DF, 2000 – 2015*



Fonte: SINAN. Acesso em 14/09/2015.

*Dados parciais até a SE 25/2015.

O caso de tétano notificado até a SE 25/2015, ocorreu em morador do DF, adulto, sexo feminino, devido a um corte no pé, com histórico de uma dose de vacina contra o tétano em 1995. Houve falhas no momento da prevenção e do diagnóstico resultando em um caso grave, porém a paciente evoluiu para cura.

É importante ressaltar a importância do conhecimento do

esquema de condutas profiláticas para o tétano e das recomendações para a neutralização da toxina tetânica (Quadro 1 e 2) a fim de instituir a profilaxia e tratamento adequados e evitar casos graves da doença.

Tais informações constam do Guia de Vigilância em Saúde, disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/nove27/a-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>.

Quadro 1 – Esquema de condutas profiláticas para o tétano de acordo com o tipo de ferimento e situação vacinal.

História de Imunização contra tétano	Ferimento com Risco Mínimo de Tétano ^a		Ferimentos com Alto Risco de Tétano ^b	
	Vacina	Soro Antitetânico (SAT)/ Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)	Vacina	Soro Antitetânico (SAT)/ Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)
Incerta ou menos de 3 doses	Sim ^c	Não	Sim ^c	Sim
Vacinação completa (3 doses ou mais):				
Última dose há menos de 5 anos	Não	Não	Não	Não ^d
Última dose entre 5 e 10 anos	Sim	Não	Sim (1 reforço)	Não ^d
Última dose há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim (1 reforço)	Não ^e

- a) Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.
- b) Ferimentos profundos ou superficiais sujo; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas, branca e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.
- c) Vacinar e aprazar as próximas doses, para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra risco de tétano por ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.
- d) Para pacientes imunodeprimidos, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicado a IGHAT ou SAT.
- e) Se o profissional que presta o atendimento suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

Quadro 2 - Recomendação para a neutralização da toxina tetânica e uso profilático.

Imunobiológico	Dosagem	Via de Administração	Observações
Imunoglobulina Humana Antitetânica IGHAT ^a	Dose profilática e terapêutica 250 UI	Intramuscular	Aplicar em grupo muscular diferente daquela no qual for aplicada a vacina que contenha o toxoide tetânico
Soro Antitetânico SAT ^b	Dose profilática 5.000 UI	Intramuscular ou endovenosa	Se intramuscular administrar em duas massas musculares diferentes
	Dose terapêutica 20.000 UI	Intramuscular ou endovenosa	Se endovenosa, diluir em soro glicosado a 5%, com gotejamento lento

^a Trabalhos recentes mostram que a dose de 250UI é tão eficaz quanto doses maiores.

^b A posologia deve ser individualizada e a critério médico.

RAIVA HUMANA / PROFILAXIA

A raiva é uma doença infecciosa aguda. No homem se manifesta sob a forma de encefalite, em geral de evolução rápida, sendo seu prognóstico fatal em praticamente todos os casos. É uma doença grave e quase sempre letal. As manifestações clínicas iniciam com sintomas gerais inespecíficos (febre, cefaléia, tontura, sensação de mal estar, dores generalizadas), alterações locais de sensibilidade, e evolui para sintomas relacionados a orofaringe e deglutição, gastroentéricos, até alterações relacionadas ao sistema nervoso central que geralmente evolui para o coma e morte.

Há muitas interfaces entre a raiva humana e a animal. Na vigilância

da raiva, os dados epidemiológicos são essenciais tanto para os profissionais de saúde, para que seja tomada a decisão de profilaxia de pós-exposição em tempo oportuno, como para os veterinários, que devem adotar medidas de bloqueio de foco e controle animal. Assim, a integração entre assistência médica e a vigilância epidemiológica são imprescindíveis para o controle dessa zoonose. Para a vigilância epidemiológica, um dos principais objetivos, é normatizar as condutas de atendimento antirrábico humano e garantir a assistência e realização do esquema profilático da raiva, em tempo oportuno.

Em 2015 a área responsável pela vigilância epidemiológica da raiva humana no DF revisou o Manual de Normas Técnicas de Tratamento Profilático Antirrábico Humano do Distrito Federal de 2006, que foi adaptado do Manual de Normas Técnicas de Tratamento Profilático Antirrábico Humano elaborado pelo Ministério da Saúde. Foi realizada uma revisão ampliada, atualizando os conhecimentos na profilaxia humana, atualmente utilizada no Brasil incluindo as atualizações contidas Manual de Normas Técnicas de Tratamento Profilático Antirrábico Humano elaborado pelo Ministério da Saúde em 2011 e do Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde de 2014. O manual deve ser uma referência para os profissionais das unidades de saúde como um instrumento básico e fundamental para a orientação de prática individual e em processos de capacitação, além de padronizar as ações da vigilância epidemiológica raiva humana em todo o Distrito Federal.

No Brasil, no período de 2005 a 2015, foram registrados 75 casos de raiva humana. As maiores incidências ocorreram nas regiões Norte e Nordeste. Neste período, houve uma tendência de declínio do número de casos

notificados. Na região Centro-oeste, no mesmo período, ocorreram 3 casos, um no estado de Goiás, 1 em Mato Grosso e 1 em Mato Grosso do Sul. O Distrito Federal não registra caso autóctone de raiva humana desde 1978, mas, de acordo com registros internos, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal tem assistido casos oriundos de outras unidades da federação. (Tabela 1)

Tabela 1 – Casos confirmados de raiva humana no Brasil, região Centro-Oeste e DF de 2000 a 2015*

Ano	Brasil	Centro Oeste	Distrito Federal
2005	44	0	0
2006	9	0	0
2007	1	0	0
2008	3	1	0
2009	2	0	0
2010	3	0	0
2011	2	0	0
2012	5	1	0
2013	5	0	0
2014	0	0	0
2015	1	1	0
Total	75	3	0

Fonte: SVS/MS.

*Dados parciais ate SE 21/2015.

Até o ano de 2014, o DF não tinha no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN) o registro dos atendimentos antirrábicos,

essa notificação era feita através de fichas preenchidas manualmente no local do atendimento, com repasse mensal da estatística para vigilância epidemiológica distrital. A notificação do atendimento antirrábico humano foi implementada em janeiro de 2015. No período de janeiro a julho utilizamos as duas estatísticas até que todos já estivessem plenamente organizados para inclusão dos casos no sistema, a partir de agosto de 2015 os dados passarão a ser informados somente pelo SINAN.

Com a utilização do SINAN para acompanhamento do agravo erros em relação à notificação foram corrigidos, como duplicidade e possibilitará a busca de pacientes submetidos a tratamento anteriores evitando assim utilização desnecessária de soros e vacinas.

Para a profilaxia da raiva humana, o Distrito Federal, tem realizado, em média, 14.800 atendimentos por agressão ou por pré-exposição nos últimos três anos. Em

2012 foram notificados 14.279 atendimentos; em 2013 com 14.954 e em 2014, 15.120 atendimentos. Cerca de mais de 96% destes casos decorreram de agressão por animal.

Em 2015, até a SE 25, foram realizados 4.681 atendimentos por agressão ou por pré-exposição, 92% dos atendidos necessitou de tratamento com vacina e 14% fez uso do soro antirrábico. O percentual de abandono de tratamento foi de 4%, abaixo do esperado (5%).

Segundo dados do Ministério da Saúde, até a SE 21/2015 correram dois casos de raiva animal no DF, ambos em equinos de área rural. A ocorrência de raiva animal deixa o alerta para a importância da avaliação correta da agressão para a profilaxia adequada, a fim de minimizar o risco de casos humanos.

Abaixo segue o quadro de avaliação do esquema profilático antirrábico humano com vacina de cultivo celular em caso de agressão por animal transmissor de raiva. (Quadro 3)

Quadro 3 – Avaliação esquema profilático antirrábico humano com vacina de cultivo celular em caso de agressão por animal transmissor de raiva.

TIPO DE EXPOSIÇÃO	CONDIÇÕES DO ANIMAL AGRESSOR		
	CÃO OU GATO SEM SUSPEITA DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO ¹	CÃO OU GATO CLINICAMENTE SUSPEITO DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO	CÃO OU GATO RAIVOSO, DESAPARECIDO OU MORTO; ANIMAIS SILVESTRES ² (INCLUSIVE OS DOMICILIADOS), ANIMAIS DOMÉSTICOS DE INTERESSE ECONÔMICO OU DE PRODUÇÃO
Contato Indireto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar com água e sabão. ✓ Não tratar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar com água e sabão. ✓ Não tratar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar com água e sabão. ✓ Não tratar.
Acidentes Leves <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto em mãos, polpas digitais e planta dos pés); podem ocorrer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. ✓ Lamedura de pele com lesões superficiais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar com água e sabão. ✓ Observar o animal durante 10 dias após a exposição. ✓ Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. ✓ Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 5 doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar com água e sabão. ✓ Iniciar o tratamento com 2 (duas) doses (dias 0 e 3). ✓ Observar o animal durante 10 dias após a exposição. ✓ Se a suspeita de raiva for descartada após o período de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso. ✓ Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema com as 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar com água e sabão. ✓ Iniciar imediatamente o tratamento com 5 (cinco) doses de vacina a serem administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.
Acidentes Graves <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé. ✓ Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos em qualquer região do corpo. ✓ Lamedura de mucosas. ✓ Lamedura de pele onde já existe lesão grave. ✓ Ferimento profundo causado por unha. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar com água e sabão. ✓ Observar o animal durante 10 dias após a exposição. ✓ Iniciar o tratamento com 2 (duas) doses (dias 0 e 3). ✓ Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. ✓ Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao tratamento, administrando o soro³ e completando o esquema com as 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar com água e sabão. ✓ Iniciar imediatamente o tratamento com soro⁴ e 5 doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28. ✓ Observar o animal durante 10 dias após a exposição. ✓ Se a suspeita de raiva for descartada após o período de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar com água e sabão. ✓ Iniciar imediatamente o tratamento com soro e 5 doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.

- (1) É preciso avaliar sempre os hábitos dos cães e gatos e os cuidados recebidos. Podem ser dispensados do tratamento as pessoas agredidas por cão ou gato que, com certeza, não tem risco de contrair a infecção rábica. Por exemplo, animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente); não tenham contato com outros animais desconhecidos, que somente saiam à rua acompanhados de seus donos e **que não circulem em área com a presença de morcegos**. Em caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. **Não dispensando a necessidade de observação do animal por 10 dias.**
- (2) Nas agressões por morcegos deve-se **sempre** indicar soro e vacinação independentemente da gravidade da lesão. Em caso de adentramento de morcego. A profilaxia da raiva, com uso de soro e vacina, deve ser indicada no caso de contato com o morcego, e também nos casos duvidosos, em que não é possível descartar o contato. E caso de reexposição avaliar a necessidade de nova aplicação de soro.
- (3) **O soro heterólogo (SAR) ou soro homólogo (imunoglobulina)**, quando indicado, **sempre deve ser administrado até o 7º dia após a 1ª dose da vacina no esquema atual (independente de já ter sido administrada a 2ª dose)**, após 7 dias da 1ª dose não há mais necessidade da aplicação. Para aplicação do soro a dose deve ser calculada por quilo de peso. Para o soro heterólogo a dose indicada é de 40UI/kg, sendo a dose máxima de 3000UI, no caso da imunoglobulina (soro homólogo) a dose indicada é de 20UI/Kg, sendo a dose máxima de 1500UI.
- (4) Tanto o soro heterólogo quanto o soro homólogo devem ser aplicados em dose única, ou seja, em um mesmo momento. Aplicar o soro na(s) porta(s) de entrada (ferimento, lesão). Quando não for possível infiltrar toda a dose, a quantidade restante deve ser aplicada pela via intramuscular, sempre aplicar em local diferente do que aplicou a vacina.

INFLUENZA / SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

A influenza ou gripe é uma doença viral, altamente transmissível que afeta principalmente o nariz, a garganta, a boca, os brônquios e, ocasionalmente, os pulmões. Em geral é causada pelo vírus influenza, a transmissão da doença ocorre de pessoa para pessoa através das vias respiratórias e a doença dura cerca de uma semana, ocorre durante todo o ano, mas é mais frequente nos meses do outono e do inverno, quando as temperaturas caem.

A síndrome respiratória aguda grave (SRAG) é uma complicação, um quadro de agravamento da gripe, onde além de apresentar os sintomas gripais como febre, tosse, dor de garganta, dor de cabeça ou no corpo a pessoa passa a apresentar também dispneia, desconforto respiratório.

A vigilância epidemiológica da influenza é realizada em diversos países do mundo. Surgiu em 1947, voltada inicialmente para a identificação da circulação dos vírus influenza, com a incorporação, posteriormente, do monitoramento das cargas de morbidade e mortalidade por essa doença. Os objetivos dessa vigilância são: monitorar as cepas dos vírus influenza que circulam nas regiões brasileiras, avaliar

o impacto da vacinação contra a doença, acompanhar a tendência da morbidade e da mortalidade associadas à doença, responder a situações inusitadas, detectar e oferecer resposta rápida à circulação de novos subtipos que poderiam estar relacionados à pandemia de influenza e produzir e disseminar informações epidemiológicas.

A gripe também pode ser causada por outros vírus que não o vírus influenza, entre os mais comuns está o vírus sincicial respiratório (VSR), que causa infecção aguda do trato respiratório em indivíduos de todas as idades. A maioria das crianças é infectada no primeiro ano de vida e, provavelmente, todas as crianças serão expostas a ele até o segundo ano de idade. Re-infecções ocorrem durante toda a vida, entretanto o acometimento de vias aéreas inferiores é predominante na primo-infecção.

As infecções causadas pelo VSR tem distribuição universal e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é responsável por cerca de 60 milhões de infecções com 160.000 mortes anuais em todo o mundo.

No Brasil, em 2015, até a semana epidemiológica (SE) 25 as unidades

sentinelas de Síndrome Gripal (SG) coletaram 9.155 amostras. Destas, 1.724 (18,8%) tiveram resultado positivo para influenza ou outros vírus respiratórios, sendo 437 para influenza A (H3N2), 162 positivas para influenza B, 55 para influenza A não subtipado e 13 para A (H1N1)pdm09. Dentre os outros vírus respiratórios, houve destaque para a circulação de VSR em menores de 5 anos.

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em UTI (659), 196 (29,7%) foram positivas para influenza ou outros vírus respiratórios, sendo 25 casos de influenza A (H3N2), 05 de influenza B, 02 de influenza A não subtipado, 03 de influenza A (H1N1)pdm09 e 02 de influenza A não subtipado. Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação do VRS. Quanto a notificação de SRAG no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN até a SE 25 de 2015 foram notificados 7.347 casos em todo o Brasil, dos quais 6,1% (446) classificados como SRAG por influenza. A maioria dos casos de influenza distribuiu-se entre influenza A(H3N2) (61,2% - 273/446), influenza A não

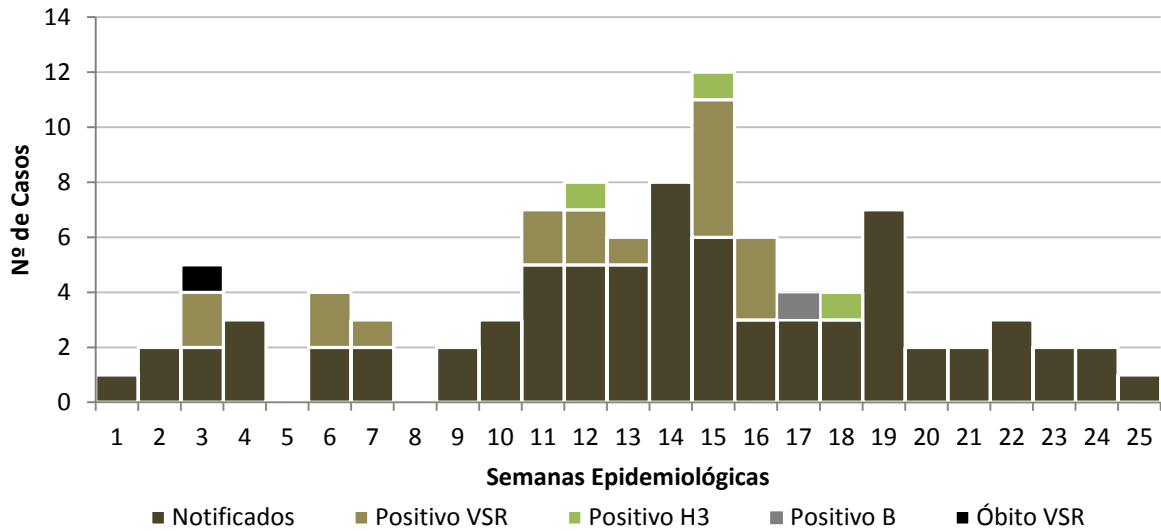
subtipado (15,7% - 70/446) e influenza B (15,0% - 67/446). Também foram confirmados 36 casos por A(H1N1)pdm09.

No Distrito Federal - até a SE nº 25/2015 já foram notificados 74 casos de SRAG no SINAN influenza, desses 60 foram notificados pelas unidades sentinelas SRAG, sendo confirmados 3 (4%) caso de SRAG por Influenza A H3 e 1 (1,3%) caso de SRAG por influenza B e 18 (24,3) casos de SRAG causada por VSR e 52 (70,2%) foram negativos para as pesquisa de vírus respiratório.

Dos 18 casos confirmados por VSR, 17 casos ocorreram em crianças menores de 1 ano, 17 casos sem relato de comorbidades. Os casos apresentaram quadro inicial compatível com SG e depois evoluíram com sinais de agravamento. Em 10 casos os pacientes necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva sendo que um evoluiu para óbito.

No Distrito Federal, os casos de SRAG, causados por VSR durante os anos de 2012, 2013 e 2014 foram respectivamente 5, 8, 6 casos, com um óbito em 2013, cuja sazonalidade ocorre entre os meses de março a junho. (Figura 3 e 4)

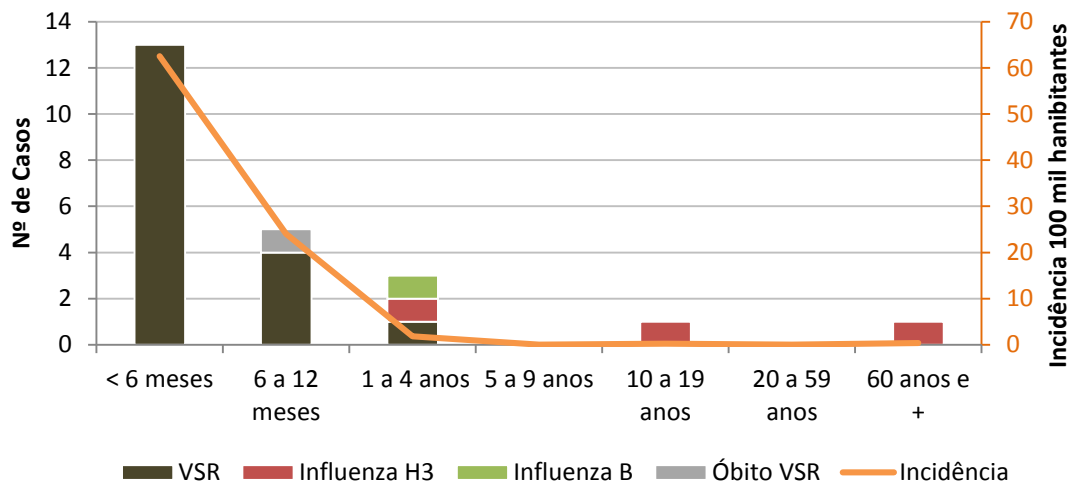
Figura 3 – Casos notificados, confirmados e óbito de SRAG, por SE, residente do DF, 2015*



Fonte: SINAN_Influenza. Acesso em 15/09/2015.

*Dados parciais até a SE 25 de 2015.

Figura 4 – Taxa de incidência e óbito de SRAG, por faixa etária, em residentes do DF, 2015*



Fonte: SINAN_Influenza. Acesso em 15/09/2015.

*Dados parciais até a SE 25 de 2015.

COQUELUCHE

A coqueluche, causada pela transmissibilidade, de distribuição Bordetella pertussis, é uma doença universal. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e

brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Em lactentes, pode resultar em um número elevado de complicações, inclusive à morte.

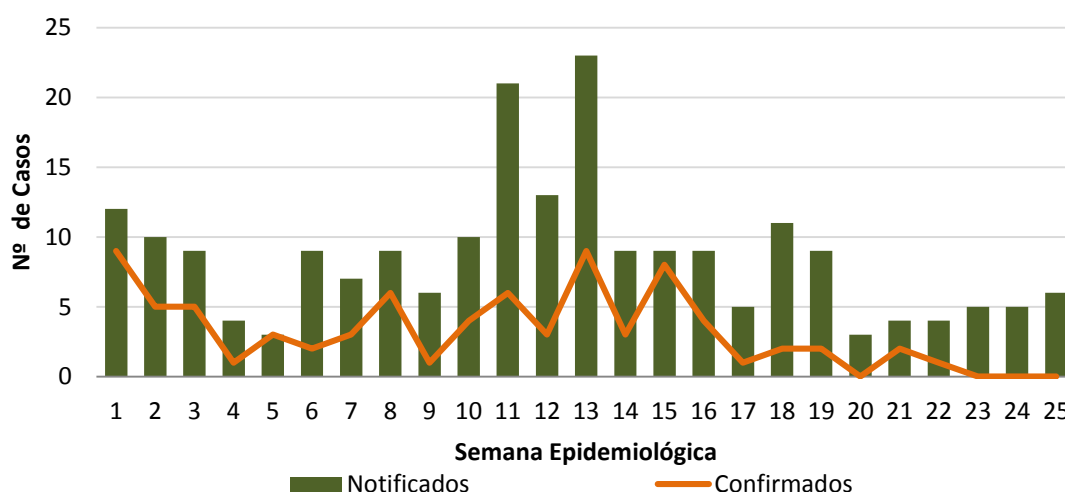
As manifestações clínicas típicas da doença evoluem em três fases sucessivas: catarral, paroxística e de convalescença. Uma das características da coqueluche é a ciclicidade. A coqueluche corresponde a picos epidêmicos entre três e cinco anos.

No Brasil, a vigilância da coqueluche é universal, doença contemplada na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, da Portaria Ministerial nº 1.271, de 06 de junho de 2014, a vigilância epidemiológica da coqueluche visa acompanhar a tendência temporal da doença, para detecção precoce de surtos

e epidemias, visando adotar medidas de controle pertinentes.

Segundo registros dos dados do SINAN, no Distrito Federal, foram notificados, em 2014, até a semana 25, 221 casos suspeitos, dos quais 40,3% (89/221) foram confirmados. No mesmo período de 2015, foram notificados 215 casos suspeitos, com 37,2% (80/215) de casos confirmados. Enquanto no Brasil observou-se uma redução importante na incidência da coqueluche (de 2,3casos/100mil habitantes para 0,8casos/100mil habitantes), no Distrito Federal não foi observada essa tendência (3,1casos/100mil habitantes em 2014 e 2,7casos/100mil habitantes em 2015). (Figura 5)

Figura 5 – Casos notificados e confirmados de coqueluche no DF, 2015*



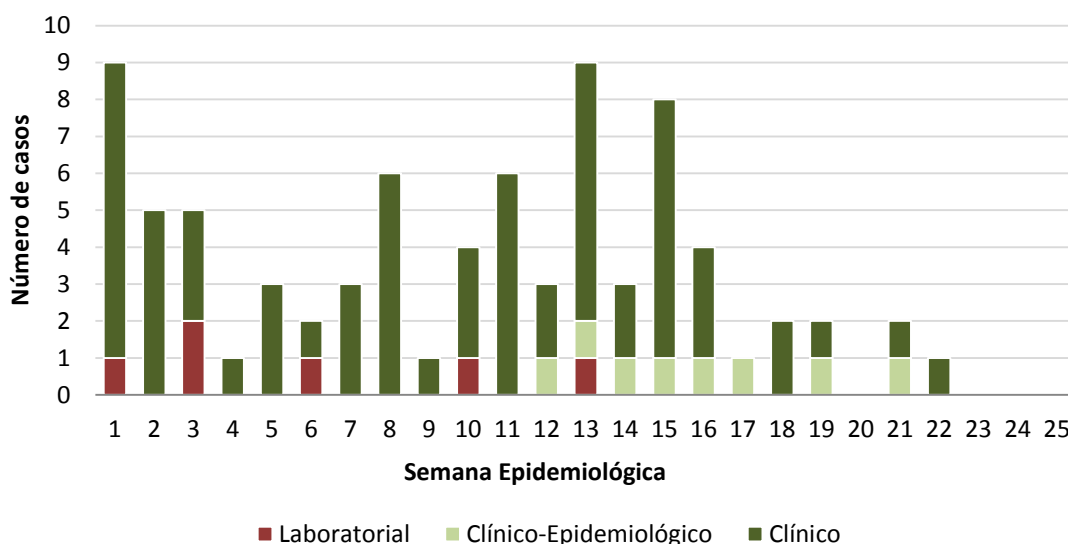
Fonte: SINAN. Acesso em 15/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Dos 80 casos confirmados de coqueluche em moradores do DF no primeiro semestre de 2015, 6 (7,5%) foram por critério laboratorial, 66 (82,5%) por critério clínico e 8 (10%) por clínico epidemiológico. Porém, observa-se que dos 215 casos notificados no DF até a semana 25, foram colhidos swab de nasofaringe para realização de cultura

para pesquisa de *B. pertussis* em 48,3% (n=104) dos pacientes. Talvez essa baixa adesão à coleta de swab para o diagnóstico da coqueluche justifique a manutenção da incidência da doença na população geral, uma vez que o diagnóstico da doença não foi realizado pelo padrão-ouro, apresentando assim baixa sensibilidade. (Figura 6)

Figura 6 – Casos confirmados de coqueluche segundo critério confirmatório, DF, 2015*



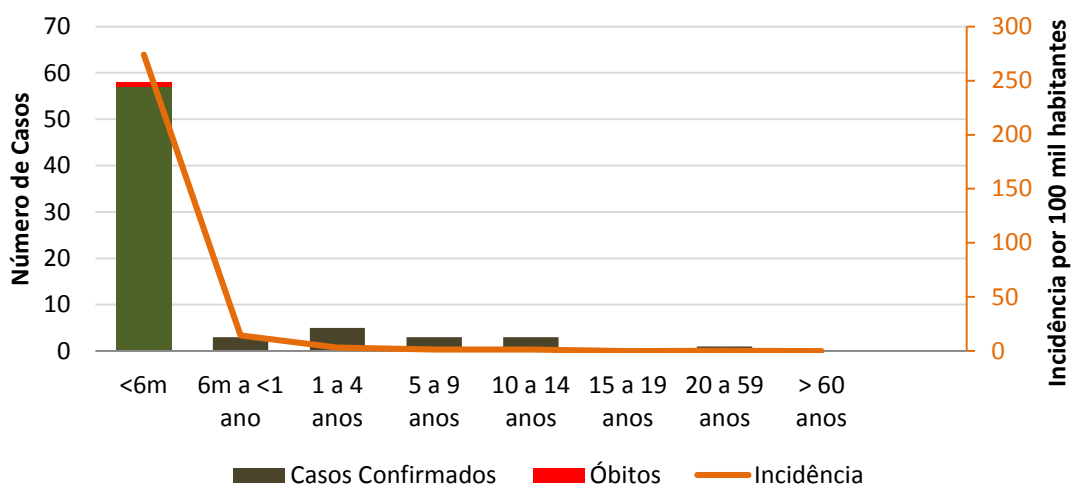
Fonte: SINAN. Acesso em 15/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Quanto à faixa etária dos casos confirmados, observa-se que 71,3% (n=57) dos casos ocorreram em menores de um ano de idade, 6,3% (n=5) dentre as crianças de 1 a 4 anos, conforme figura 3. Tivemos 1 óbito de coqueluche, em uma

criança de 17 dias de vida, na semana 13 de 2015. Esse padrão se mantém estável ao longo dos anos pelo Distrito Federal, sem alterações no padrão epidemiológico da doença. (Figura 7)

Figura 7 – Casos confirmados de coqueluche, taxa de incidência e óbitos, distribuídos por faixa etária, DF, 2015*.



Fonte: SINAN. Acesso em 15/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

SARAMPO E RUBÉOLA

O sarampo, assim como a rubéola, é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, transmissível e extremamente contagiosa, muito comum na infância.

A vigilância epidemiológica desses dois agravos visa detectar a circulação do vírus em determinado tempo e área geográfica; identificar a população sob risco e proteger a população suscetível.

Em abril de 2015 a Região das Américas foi declarada a primeira do mundo a ser livre da transmissão endêmica da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC). O esforço de 15 anos na vacinação contra sarampo,

rubéola e caxumba em todo o continente culmina neste resultado histórico. A declaração se baseou nas as informações epidemiológicas fornecidas a OPAS/OMS e por seus Estados-Membros, concluindo que não há mais evidências da transmissão endêmica de rubéola e SRC por cinco anos consecutivos, o que ultrapassa o requerimento de três anos para a declaração de que uma doença está eliminada.

É necessário ainda consolidar a erradicação do sarampo, através de uma vigilância epidemiológica sensível, ativa e oportuna, permitindo a identificação e notificação imediata de todo e qualquer

caso suspeito na população, com adoção das medidas de controle pertinentes, assim como monitorar as demais condições de risco.

Diferentes regiões do mundo estão definindo metas para a eliminação do sarampo e da rubéola. No entanto, surtos recentes de sarampo em países como o Reino Unido, Alemanha, Itália e Holanda constituem uma ameaça para a eliminação, além da circulação endêmica em países da África, Ásia e Oceania.

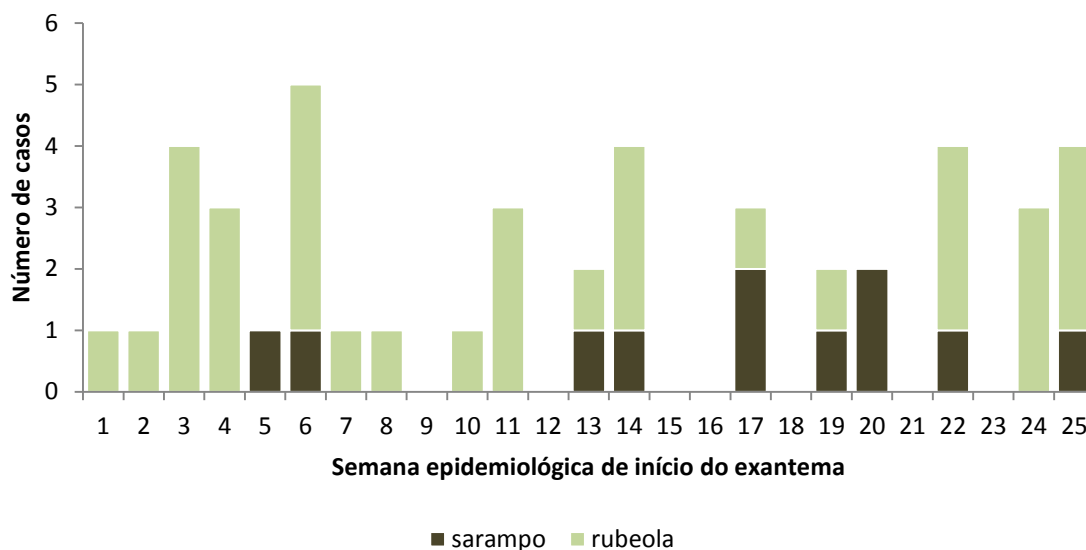
Durante o período de novembro de 2012 a outubro de 2013, a União Européia registrou 12.096 casos de sarampo, com oito casos de encefalite e três óbitos. Na Nigéria, 4.000 casos de sarampo resultaram em 36 óbitos. No início de junho de 2015, a Organização Mundial de Saúde emitiu um comunicado expressando preocupação com o crescente número de doenças transmissíveis, incluindo casos de sarampo na Síria, onde cerca de 7.000 casos conhecidos foram relatados até agora.

No Brasil, há evidências da interrupção da transmissão autóctone do vírus do sarampo desde o ano 2000. Porém, o Ministério da Saúde confirmou vários casos importados de sarampo entre os anos de 2001 e 2013. Em 2010, foram confirmados 68 casos (3 no Pará, 8 no Rio Grande do Sul e 57 na Paraíba).

Em 2011, foram confirmados 43 casos (1 no Piauí, 1 na Bahia, 1 no Distrito Federal, 1 em Minas Gerais, 1 no Mato Grosso do Sul, 4 no Rio de Janeiro, 7 no Rio Grande do Sul e 27 em São Paulo). Em 2012, foram confirmados casos em Pernambuco e São Paulo. Em 2013, foram notificados 621 casos suspeitos e 220 confirmados, sendo este número cinco vezes maior que em 2011. Foram confirmados casos de Sarampo em Minas Gerais (02 casos), Distrito Federal (01 caso), Pernambuco (200 casos), São Paulo (05 casos), Paraíba (09 casos), Santa Catarina (01 caso), Espírito Santo (01 caso) e Ceará (01 caso). Em 2014, até a semana epidemiológica 53 (01/01 a 31/12/2014), foram confirmados casos no Ceará (695 casos), em Pernambuco (24 casos) e em São Paulo (7 casos). Em 2015, até o momento, foram confirmados casos no Ceará (164 casos) e em Roraima (1 caso).

No Distrito Federal, tivemos 45 casos de doenças exantemáticas febris notificadas em residentes do DF até a SE 25/2015. Destes, apenas 11 foram considerados casos suspeito de sarampo, e todos foram descartados por critério laboratorial (Figura 8). Podemos observar que há poucas notificações, mesmo com ocorrência de surto no Ceará.

Figura 8 – Distribuição de casos suspeitos de sarampo e rubéola por semanas epidemiológicas de início do exantema, no Distrito Federal, 2015*



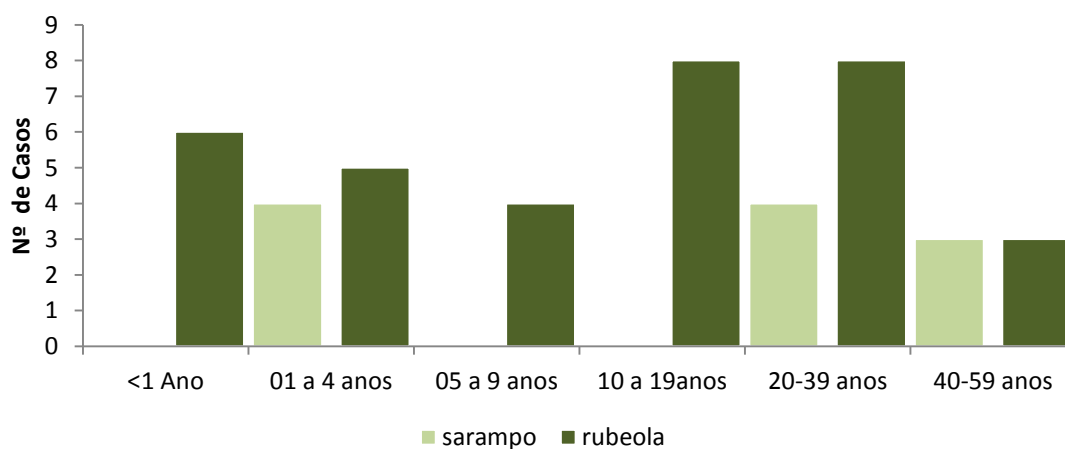
Fonte: SINAN. Acesso em 15/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Analisando a faixa etária, verifica-se que até a SE 25 de 2015, a maioria dos casos suspeitos de sarampo estão na faixa etária abaixo de 5 anos e

na faixa de 20 e 39 anos; diferindo um pouco dos suspeitos de rubéola em que o predomínio é em adultos. (Figura 9)

Figura 9 – Distribuição de casos suspeitos de sarampo e rubéola, por faixa etária, no Distrito Federal, em 2015*



Fonte: SINAN. Acesso em 15/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Embora outras doenças exantemáticas façam parte do diagnóstico diferencial, como exantema súbito, enterovioses, dengue, Zika e outros, havendo critérios para caso

suspeito de sarampo e/ou rubéola, estes devem ser investigados laboratorialmente para que possam ser descartados.

POLIOMIELITE / PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

A vigilância epidemiológica da poliomielite no Brasil ocorre por meio da notificação dos casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos de idade. Apesar de erradicada no Brasil, a Poliomielite permanece como uma doença atual, de grande importância em Saúde Pública, pela sua ocorrência endêmica ou epidêmica em vários países.

Em 2014, segundo dados da Organização Polio Global Eradication Initiative foram relatados 358 casos de pólio em todo o mundo, sendo 305 somente no Paquistão. Em 2015, foram relatados 39 casos de poliomielite causada por poliovírus selvagem, sendo desses 30 no Paquistão. No total foram 53 casos de poliomielite no mundo, até a data de 15 de agosto de 2015. (Tabela 2)

A Vigilância epidemiológica das PFA visa manter erradicada a poliomielite no Brasil, através do monitoramento da ocorrência de casos de PFA em menores de 15 anos de idade.

A notificação negativa dos casos de PFA consiste em no mínimo 80% das unidades de saúde notificantes (regionais de saúde) informar semanalmente a ocorrência ou não de casos da doença. Em 2014, tivemos 96,2% das semanas com notificação negativa acima de 80%. No presente ano, até a semana 25, também obtivemos 96% das semanas, ou seja, apenas na semana 1 3 regionais deixaram de enviar os dados (Gama, Núcleo Bandeirantes e Recanto das Emas).

O indicador de taxa de notificação de PFA consiste em se obter, no mínimo, a notificação de um caso de PFA para cada 100 mil habitantes menores de 15 anos, o que corresponde a 6 casos de moradores do Distrito Federal. Até a semana 25 de 2015, obtivemos a notificação de 5 casos de paralisia flácida aguda em residentes do DF, sendo que desses, todos tiveram coleta oportuna de fezes para detecção do *Poliovirus*.

Tabela 2 – Número de casos notificados de paralisia flácida e aguda (PFA) no mundo, em 2015*.

País	2015*		Data do caso mais recente	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Mali	0	1	NA	20/07/2015
Ucrânia	0	2	NA	07/07/2015
Paquistão	30	0	17/08/2015	13/12/2014
Afeganistão	9	0	07/08/2015	NA
Nigéria	0	1	NA	16/05/2015
Somália	0	0	11/08/2014	NA
Guiné Equatorial	0	0	NA	NA
Iraque	0	0	NA	NA
Camarões	0	0	NA	NA
Síria	0	0	NA	NA
Etiópia	0	0	NA	NA
Sudão do Sul	0	0	NA	12/09/2014
Madagascar	0	9	NA	07/07/2015

WPV- Poliovírus selvagem

VDPV – Poliovírus derivado de vacina

NA: Último caso ocorrido anterior a agosto 2014.

Madagascar & Ukraine cVDPV1, all others cVDPV2.

Fonte: <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>

*Dados preliminares até SE 32/2015.

A meta de coleta oportuna de fezes preconizada é de 80% dos casos notificados. A amostra é considerada oportuna quando ocorre a coleta de uma amostra de fezes até 14 dias do início do déficit motor. Em 2014, conseguimos coletar as fezes de 100% dos pacientes em tempo hábil, em 2015 até a SE 25 também foi alcançado 100% de coleta até o 14º dia dos 5 casos notificados.

A coleta não oportuna diminui a sensibilidade da vigilância epidemiológica, visto que este exame é de vital importância para diferenciação dos quadros de paralisia flácida aguda devido a outros enterovírus, os quais se manifestam de forma muito semelhante ao causado pelo poliovírus selvagem, ou pela mutação do poliovírus vacinal.

MENINGITE

Meningite é um processo inflamatório das leptomeninges que pode

ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus e

fungos, dentre outros, e agentes não infecciosos. As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos.

Nas meningites infecciosas, a transmissão se dá através dos doentes e/ou portadores assintomáticos, havendo necessidade de contato íntimo (residentes da mesma casa, pessoas que compartilham o mesmo dormitório ou alojamento, comunicantes de creche ou escola, namorado) e prolongada (mais de 6 horas) ou contato direto com as secreções respiratórias do paciente (profissionais de saúde que realizaram procedimentos invasivos sem uso de equipamentos de proteção individual). O grupo etário mais vulnerável é o de crianças menores de 5 anos, especificamente as menores de 1 ano e adultos maiores de 60 anos. Os neonatos raramente adoecem, em virtude da proteção conferida pelos anticorpos maternos.

E considerada uma doença endêmica, por isso, espera-se a ocorrência de casos da doença durante todo o ano. E de notificação compulsória, sendo os surtos e os aglomerados de casos ou óbitos de

doença meningocócica e meningite viral de notificação imediata.

A doença meningocócica tem distribuição global, podendo ocorrer surtos ocasionais epidemias em qualquer país do mundo.

Os casos suspeitos de meningite são considerados quando crianças acima de 1 ano e adultos com febre, cefaleia intensa, vômitos em jato, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo. Em crianças abaixo 1 ano de idade, os sintomas clássicos, acima referidos, podem não ser tão evidentes. É importante considerar, também, para a suspeita diagnóstica, sinais de irritabilidade, como choro persistente e verificar a existência de abaulamento de fontanela.

A vigilância das meningites visa monitorizar a situação epidemiológica das meningites no país, orientar a utilização das medidas de prevenção e controle disponíveis e avaliar a efetividade do uso dessas tecnologias, além de detectar surtos de doença meningocócica e de meningite viral.

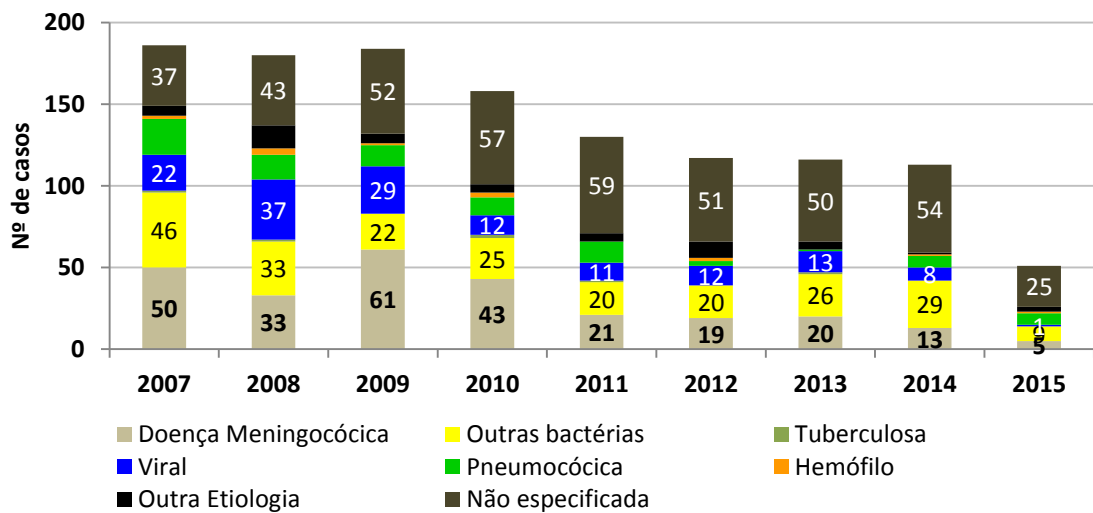
No Distrito Federal, entre os anos de 2007 a 2015, observa-se uma redução do número de casos confirmados de meningite. Até a semana 25 de 2015

temos 47 casos confirmados de meningite.

Observa-se que nos últimos anos a maior parte dos casos tem sido de meningite são classificadas como

nãoespecificada, seguido de meningite por outras bactérias e doença meningocócica. Destaca-se a manutenção da redução do numero de casos de DM. (Figura 10)

Figura 10 – Distribuição dos casos confirmados de meningites, segundo etiologia, em residentes do DF, 2007-2015*

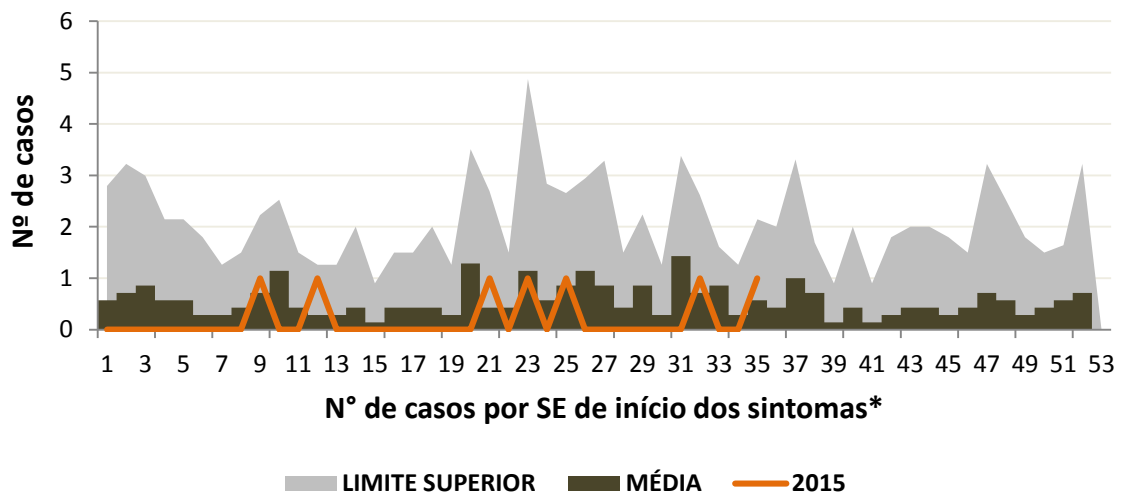


Fonte: SINAN. Acesso em 22/09/2015.
* Dados parciais até a SE 25/2015.

O diagrama de controle da doença meningocócica demonstra que no ano de 2015, o número de casos

esperados não ultrapassou o limite superior nas semanas epidemiológicas, podendo-se verificar a não ocorrência de surto no período analisado. (Figura 11)

Figura 11 – Diagrama de controle da doença meningocócica no DF, 2008-2015*

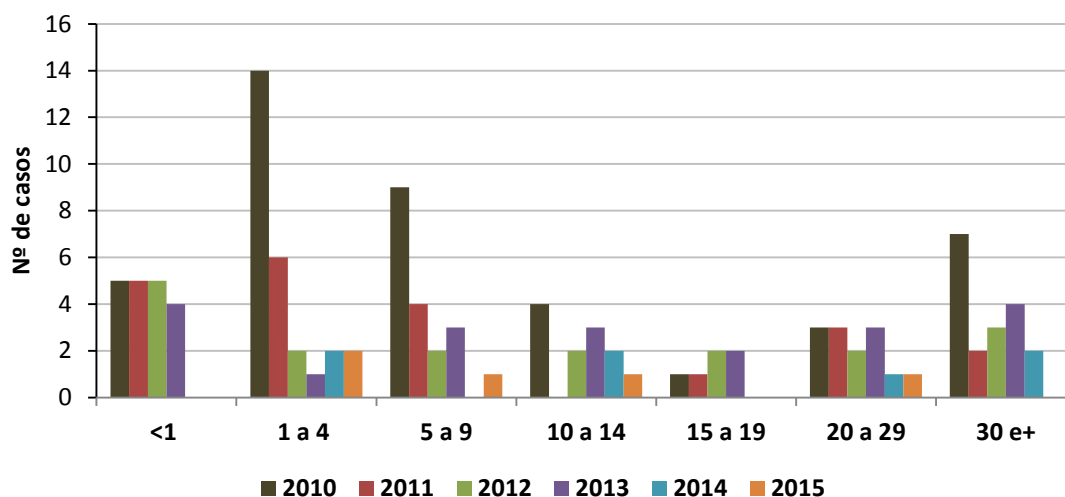


Fonte: SINAN. Acesso em 22/09/2015.
* Dados parciais até a SE 25/2015.

Em relação à faixa etária, em 2015, observa-se que não houve casos em menores de 1 ano, e o aparecimento nas outras faixas etárias, com predomínio

a faixa de 1 a 4 anos, mas em geral uma redução do número de casos em relação aos anos anteriores. (Figura 12)

Figura 12 – Distribuição do número de casos de doença meningocócica, por faixa etária em residentes do DF, 2010-2015*



Fonte: SINAN. Acesso em 22/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

LEPTOSPIROSE

A leptospirose é uma zoonose causada por leptospiras patogênicas transmitidas pelo contato com urina de animais infectados ou água e lama contaminadas pela bactéria. No meio urbano, os principais reservatórios são os roedores (especialmente o rato de esgoto); outros reservatórios são os suínos, bovinos, equinos, ovinos e cães. O homem, hospedeiro terminal e acidental da doença, infectam-se ao entrar em contato com a urina de animais infectados de modo direto ou indireto, por meio do contato com água, lama ou

solo contaminados. A penetração do microrganismo ocorre através da pele com lesões, pele íntegra quando imersa em água por longo tempo ou mucosas.

É uma doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro clínico pode variar desde quadros oligossintomáticos, leves e de evolução benigna a formas graves. A síndrome de Weil, comumente descrita como icterícia, insuficiência renal e hemorragias, é a manifestação clássica de leptospirose grave. No entanto, a síndrome de hemorragia

pulmonar vem sendo reconhecida como uma forma grave e emergente da doença.

A letalidade de formas graves de leptospirose e de aproximadamente 10% e chega a 50% quando ocorre a síndrome de hemorragia pulmonar.

Um dos objetivos do Sistema Nacional de Vigilância da Leptospirose e diagnosticar e tratar de modo oportuno com vistas à redução da letalidade.

A doença tem uma elevada incidência no país, com uma média de 13.000 casos notificados por ano, sendo 3.500 confirmados e letalidade média de 10,8%. Atinge, em sua maioria, pessoas na faixa etária produtiva, dos 20 aos 49 anos. Entre os casos confirmados, o sexo masculino com faixa etária entre 20 e 49 anos estão entre os mais atingidos, embora não exista uma predisposição de gênero ou de idade para contrair a

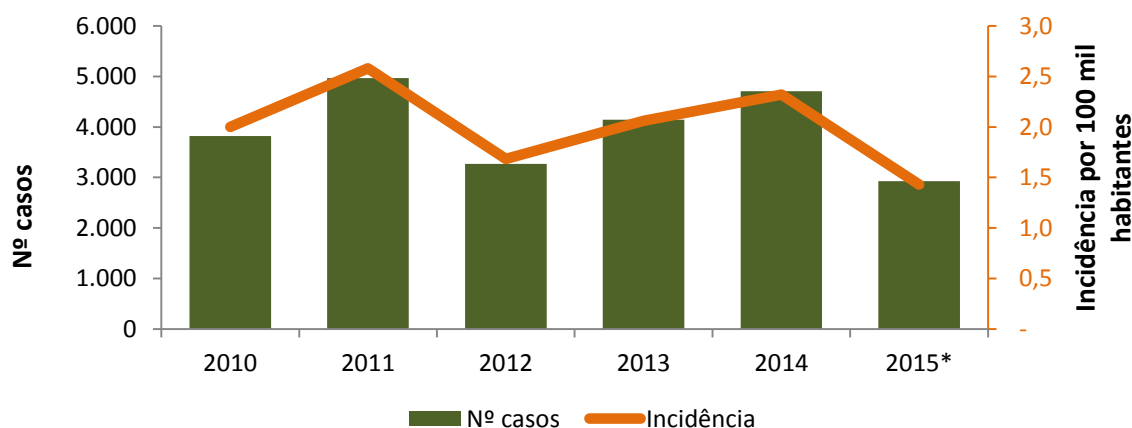
infecção. Quanto às características do local provável de infecção (LPI), a maioria ocorre em área urbana, e em ambientes domiciliares.

A média de internações de pacientes chega a 75 %, mostrando a gravidade da maioria dos casos detectados pelo sistema de vigilância. Isto destaca a importância para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, como forma de reduzir a gravidade da doença.

Em 2014 o Brasil teve 4.7061 casos confirmados com 327 óbitos e em 2015, até 26 de agosto, foram 2.928 casos com 198 óbitos. (Figura 13)

No Distrito Federal de 2010 a 2015* ocorreram 122 casos de Leptospirose entre os moradores do DF com 15 óbitos. (Figura 14)

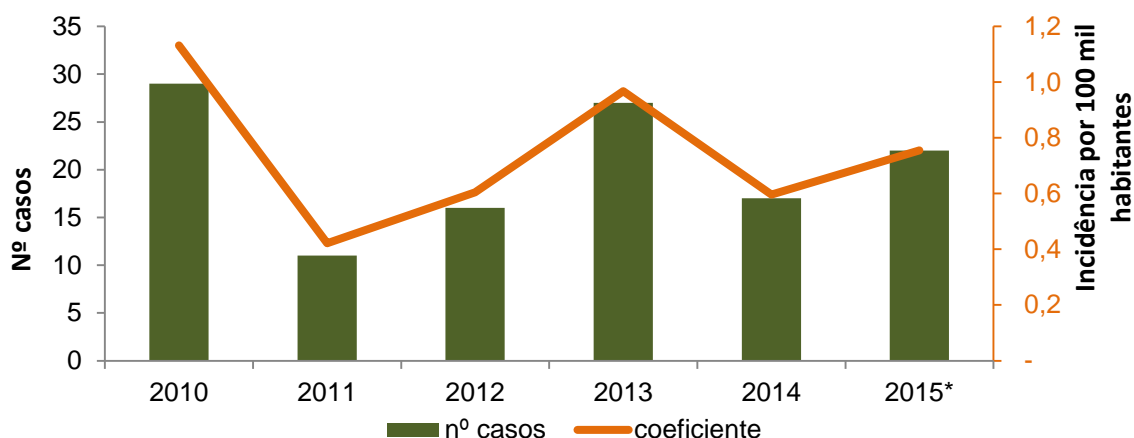
Figura 13 – Casos confirmados e taxa de incidência da Leptospirose no Brasil, 2010 a 2015*



Fonte: Portal saúde e IBGE.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Figura 14 – Incidência de casos confirmados de Leptospirose, DF, 2010 a 2015*



Fonte: SINAN. Acesso em 22/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Em relação ao ano de 2015, 81 casos de Leptospirose foram notificados entre os residentes do DF. Destes, 21 (26%) foram confirmados, 15 (73%)

pacientes foram infectados no DF (autóctones), um incremento de mais de 100% em relação ao ano de 2014. (Tabela 3)

Tabela 3 – Incremento de casos de Leptospirose investigados entre os moradores do DF, 1º semestre de 2014 e 2015*

Casos	2014	2015*	Incremento (%)
Notificados	51	81	59
Confirmados	11	21	91
Autóctones DF	7	15	114

Fonte: SINAN. Acesso em 22/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Este incremento pode estar associado a alguns fatores, como: o aumento da precipitação pluviométrica ocorrido nos meses de março e abril no DF, que ultrapassou a média dos últimos 10 anos; e a interrupção por diversas vezes nos primeiros meses deste ano do serviço de coleta de lixo, limpeza das

áreas verdes e a remoção de entulhos nas vias públicas que contribuíram para proliferação das colônias de ratas. Isto refletiu nas situações de riscos que ocorreram com os pacientes e nas características do local provável de infecção (LPI). (Tabelas 4 e 5)

Tabela 4 – Incremento de casos de Leptospirose quanto à situação de risco ocorrida, DF, 1º semestre de 2014 e 2015*

Contato/ Limpeza de:	2014	2015*	Incremento (%)
Terreno baldio	1	4	300
Fossa/caixa gordura/esgoto	2	6	200
Roedores diretamente	3	7	133
Água/lama de enchente	3	7	133
Lixo/entulho	4	8	100
Local com sinais roedores	7	11	57

Fonte: SINAN. Acesso em 22/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Tabela 4 – Incremento de casos de Leptospirose quanto às características do local provável de infecção, DF 1º semestre de 2014 e 2015*

LPI	2014	2015	Incremento (%)
Área urbana	05	11	120
Ambiente domiciliar	03	08	167
Doença não tem relação trabalho paciente	03	08	167

Fonte: SINAN. Acesso em 22/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Na análise dos casos autóctones no DF, em relação ao sexo, 87% são do

sexo masculino e a média de idade é de 41 anos e 73% moram na zona urbana.

DOENÇA DIARREICA AGUDA-DDA

A diarreia aguda é uma síndrome clínica de diversas etiologias que se caracteriza por alterações de volume, consistência e frequência das fezes, podendo frequentemente, ser acompanhada de vômitos, febre, cólica e dor abdominal, ou apresentar muco e sangue. Os agentes etiológicos mais comuns são bactérias, vírus, parasitas e outros agentes entéricos. Sua via de transmissão é oro fecal, o que possibilita múltiplos veículos de transmissão, tais como, os alimentos, a água e transmissão

de pessoa a pessoa. Alguns agentes podem ser transmitidos por via respiratória, fixando-se posteriormente no trato gastrintestinal e causando a diarreia.

A doença diarreica aguda (DDA) é considerada como um grave problema de saúde pública de países em desenvolvimento atingindo, principalmente, crianças menores de cinco anos de idade.

Desde 1994, o Brasil realiza a Monitorização das Doenças Diarreicas

Agudas (MDDA). Atualmente a vigilância é realizada através do Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica das DDA (Sivep-DDA). Essa vigilância é realizada pelas unidades sentinelas e, através do sistema de informação é possível obter tabelas de agregados dos casos de DDA atendidos em cada unidade sentinela por semana epidemiológica, segundo faixa etária e plano de tratamento.

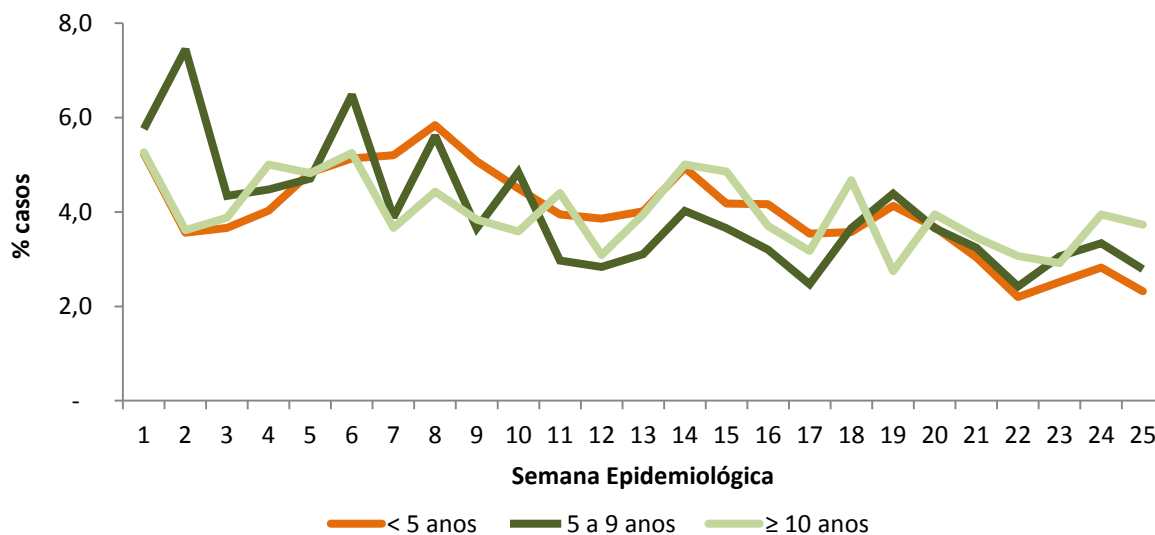
No Brasil, entre 2010 e 2014 foram notificados ao Ministério da Saúde (MS), através do Sivep-DDA, cerca de 21 milhões de casos de diarreia,

a maioria em menores de cinco anos de idade. Nos últimos anos, tem sido observada redução dos indicadores de morbimortalidade das diarreias.

No DF, entre 2010 e 2014 foram notificados 381.111 casos de diarreia através do SIVEP-DDA, sendo que 169.721 (44,5%) casos e 14 óbitos ocorreram em menores de cinco anos.

Em 2015, até a SE 25, 19.277 casos de diarreia foram notificados através do SIVEP-DDA, sendo 5.956 (30%) em menores de 5 anos. (Figura 15)

Figura 15 – Proporção de número de casos de DDA por faixa etária e SE, DF, 2015*



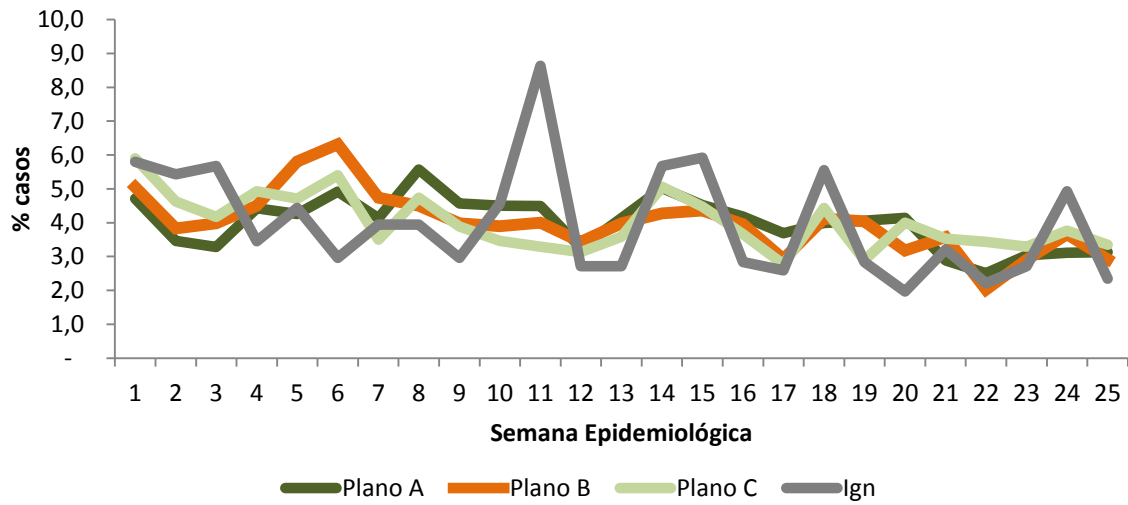
Fonte: SIVEP DDA. Acesso em 22/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Em relação aos planos de tratamento, verificamos que proporcionalmente o tratamento

ignorado foi o que mais ocorreu. (Figura 16)

Figura 16 – Proporção de plano de tratamento para os casos de DDA, DF, 2015*

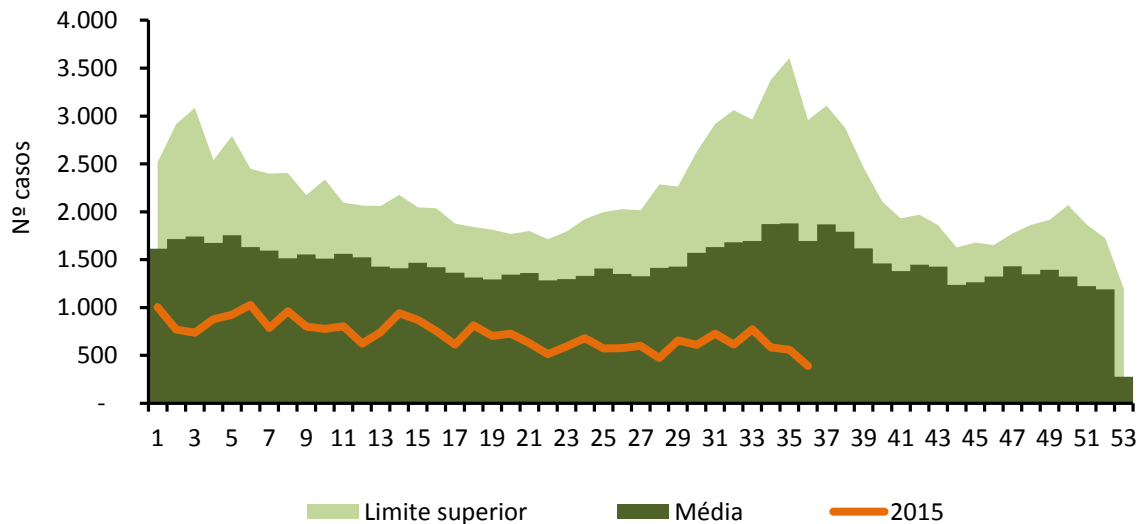


Fonte: SIVEP DDA. Acesso em 22/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

Analisando a curva de acompanhamento dos casos DDA por SE verificamos que está abaixo da média dos últimos 7anos. (Figura 17)

Figura 17 – Curva de acompanhamento dos casos DDA, DF de 2007 a 2015*



Fonte: SIVEP DDA. Acesso em 22/09/2015.

* Dados parciais até a SE 25/2015.

ROTAVIROSE

As gastroenterites representam um dos mais expressivos problemas de saúde pública em todo o mundo, particularmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde se constituem em uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantis.

A rotavirose é a principal causa mundial de gastroenterites graves em crianças, sendo responsável por 29,2% a 40% dos casos hospitalizados por diarreia aguda. Em países subdesenvolvidos 20 a 25% dos óbitos por diarreia aguda são causados por rotavírus e no Brasil a prevalência de óbitos é de 33%.

A rotavirose, por se tratar de doença de grande magnitude é de notificação compulsória, apenas em unidades de vigilância sentinela.

CÓLERA

A cólera é uma doença infecciosa intestinal aguda causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae* O1 ou O139 e de transmissão predominantemente hídrica. As manifestações clínicas ocorrem de

Com o objetivo específico de implantar a Vigilância das doenças diarreicas agudas causadas por rotavírus no Distrito Federal com vistas ao aprimoramento das medidas de prevenção e controle, em outubro de 2014 iniciou-se a implantação da Unidade Sentinela do Rotavirus no DF na Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital Regional da Asa Norte. Todas as *crianças menores de 5 anos atendidas com DDA, submetidas a tratamento tipo C e residentes no DF* devem então ser investigadas pela equipe do NUVEP e amostras de fezes coletadas e encaminhadas ao LACEN.

De outubro de 2014 a junho de 2015, 14 casos suspeitos de Rotavirose foram investigados e 14 amostras de fezes encaminhadas para o LACEN. Nenhum destes casos de DDA foram confirmados para rotavirus.

formas variadas, desde infecções inaparentes ou assintomáticas até casos graves com diarreia profusa, podendo assinalar desidratação rápida, acidose e colapso circulatório, devido a grandes perdas de água e eletrólitos corporais. Os

quadros leves e as infecções assintomáticas são mais frequentes do que as formas graves.

Os primeiros casos de cólera no Brasil foram registrados em abril de 1991, no Estado do Amazonas, disseminou pela Região Norte, Nordeste até atingir as Regiões Sul e Sudeste em 1993. Os últimos registros de casos autóctones de cólera no Brasil foram em 2005 no Estado do Pernambuco.

No Distrito Federal, no período de 1991 a 2006 foram registrados 21 casos confirmados, todos alóctones. De 2007 a 2010 não houve nenhum caso suspeito no DF.

Nos anos de 2011 a 2014, respectivamente, foram notificados quatro casos suspeitos de cólera:

- a) sexo feminino, 49 anos com história de viagem para Angola;
- b) sexo feminino, 25 anos, com história de deslocamento para a Índia;
- c) sexo masculino, 29 anos, natural e procedente da Índia;
- d) sexo masculino, idade 33 anos, procedente das ilhas de São Tomé e Príncipe e de Gana.

Após a investigação epidemiológica e realização de exames laboratoriais específicos os quatro casos foram descartados.

A SVS/SES-DF por meio do VIGIAGUA vem desenvolvendo desde

2013 o Programa de Monitoramento Ambiental do *Vibrio* ssp, visando a detecção precoce da circulação do *Vibrio cholerae* no DF. Em 2014 foram coletadas 69 amostras no período de 14/04 a 08/12, todas com resultados negativos para a presença de *Vibrio cholerae*.

Em 2015, de maio a junho foram coletadas 65 amostras e dentre elas uma (1) amostra coleta da estação de tratamento de esgoto na Asa Norte (ETE-NORTE), foi identificado o *Vibrio cholerae* sorogrupo O1, sorotipo Ogawa, pelo laboratório de referencia da (FIOCRUZ/RJ).

A partir da identificação do *Vibrio cholerae* sorogrupo O1, sorotipo Ogawa e de acordo com o Manual Integrado de Vigilância Epidemiológica da Cólera e das Orientações Técnicas para o Monitoramento ambiental do *Vibrio cholerae*⁵ do Ministério da Saúde, considera-se situação de alerta para Cólera no DF.

Frente a esta situação foram adotadas ações estratégias conjuntas da SVS:

- Definição de caso suspeito de Cólera: *todo indivíduo acima de 10 anos atendido na unidade de saúde com quadro de diarreia súbita, líquida e abundante submetido à hidratação venosa. A presença de desidratação*

rápida, acidose e colapso circulatório reforça a suspeita;

- Alerta para todos os profissionais de saúde da rede pública e privada do DF, para casos de diarreia aguda atendidos nas unidades de saúde e que possam significar casos suspeitos de Cólera;
- Notificar imediatamente à equipe do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – CIEVS/DF;
- Realizar investigação epidemiológica do caso,
- Coleta de amostras e fezes para exames específicos;

RECOMENDAÇÕES

- Disseminar aos serviços de saúde públicos e privados esse boletim.
- Divulgar amplamente à população as medidas de profilaxia do tétano, da raiva humana e da leptospirose.
- Manter as unidades de saúde alerta para notificações de casos suspeitos de sarampo, paralisia flácida aguda e cólera.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, 2015, disponível em

- Manter e intensificar o acompanhamento semanal do monitoramento das doenças diarreicas agudas (MDDA) na busca ativa de casos suspeitos;
- Manter e intensificar o monitoramento ambiental do *Vibrio cholerae* em oito pontos diferentes do DF por um período de 1 ano;
- Criação dos grupos técnicos intersetoriais para o acompanhamento e elaboração de normas e diretrizes no âmbito do DF.

- Atentar para a importância da coleta de exames que possibilitam a confirmação laboratorial dos casos de meningite, influenza, coqueluche e rotavírus evitando a confirmação clínica dos mesmos.
- Manter o calendário vacinal atualizado conforme a idade, visando eliminar suscetíveis.

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilnacia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>.

2. Ministério da Saúde. ABC Tétano <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/25/Tabela-casos-tetano-acidental-21-05-2014.pdf>
3. Ministério da Saúde. ABC Raiva <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/08/MAPAS-ATUALIZADOS-RAIVA-2015.pdf>
4. Sociedade Brasileira de Pediatria, Diretrizes para o manejo da infecção causada por Vírus Sincicial Respiratório, 2011. http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes_manejo_infec_vsr_versao_final_1.pdf.
5. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica 25 de 2015. <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/07/Boletim-Epidemiol--gico-Influenza-SE25-2015--2-.pdf>
7. OSM. www.paho.org.
8. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. www.saude.ce.gov.br
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Doenças Diarreicas Agudas. Análise da situação das doenças transmissíveis no Brasil no período de 2000 a 2010, p-59-60. In: Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.444 p.
10. TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M.L.; COSTA, M.C. N. Áreas Sentinelas: uma Estratégia de Monitoramento em Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, set./out. 2002, vol.18, no. 5, p.1189-1195
11. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de morbidade e fatores de risco. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd02_3.htm>. Acesso em 20/02/2014.
12. http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_integrado_vigilancia_colera2ed.pdf
13. [http://bvms.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/23/Orientações - Técnicas-para-o-Monitoramento-Ambiental-do-V-cholerae-FINAL-versão-eletronica-21-10.pdf](http://bvms.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/23/Orientações-Técnicas-para-o-Monitoramento-Ambiental-do-V-cholerae-FINAL-versão-eletronica-21-10.pdf)