



Situação Epidemiológica da Coqueluche. Paraíba 2015 a SE 30 de 2021.

Coqueluche

A Coqueluche é uma doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, apresenta distribuição universal, ocasionada pela bactéria *Bordetella Pertussis*. É a principal causa de morbimortalidade infantil. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e caracteriza-se por paroxismo de tosse seca. Em lactentes, pode resultar em um número alto de complicações e até a morte¹.

A transmissão se dá, principalmente, pelo contato direto entre pessoa doente e a pessoa suscetível, através de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas durante a fala, tosse e o espirro. O período de incubação ocorre em média, de 5 a 10 dias podendo variar de 4 a 21 dias, e raramente, até 42 dias. Para efeito de controle, considera-se que o período de transmissão se estende do 5º dia após a exposição do doente a 3ª semana do início das crises paroxísticas (acessos de tosse típicos da doença)¹.

A vigilância epidemiológica tem como objetivo monitorar o comportamento temporal da doença para identificação precoce da ocorrência de casos que podem levar a surtos e epidemias, visando adotar medidas de controle pertinentes; aumentar o percentual de isolamento do agente etiológico em cultura, com envio de 100% de amostras dos casos suspeitos para o Laboratório De Referência Estadual (LACEN – PB) para confirmação da circulação do agente infeccioso e redução de morbimortalidade no estado.

As informações contidas neste Boletim Epidemiológico, que trata da Coqueluche, foram consultadas no Sinan Net no período de 2015 – 2021* SE 30.

Tabela 1 – Distribuição dos casos notificados de acordo com a faixa etária. Paraíba, 2015 a 2021*.

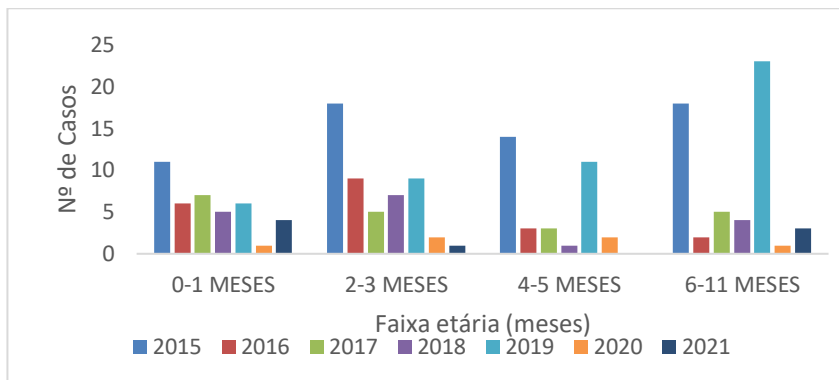
Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<1 ano	67	20	20	17	51	6	8
1 - 6 anos	30	4	8	13	23	6	1
7-12 anos	18	2	1	6	11	2	0
13 - 18 anos	2	0	1	3	4	0	0
19 - 24 anos	3	1	7	0	0	0	0
25 - 30 anos	0	1	3	1	0	0	0
≥31 anos	7	0	1	4	3	0	0

Fonte: Sinan Net PB, dados extraídos em 01/08/2021 SE 30*(Sujeitos à alteração).

A tabela 1 e gráfico 1- demonstram que a faixa etária de um ano de idade é a principal acometida pela coqueluche, destacando-se os menores de seis meses, devido não terem completado o

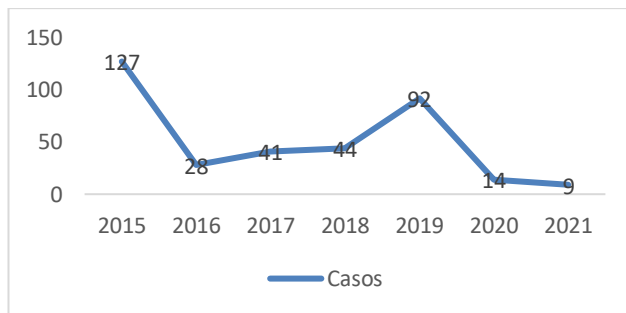
esquema de vacinação. Ressalta-se que a principal medida de prevenção de coqueluche é a vacinação

Gráfico1- Casos de coqueluche, segundo faixa etária estratificada, em menores de um (1) de idade. Paraíba, 2015 a 2021*.



Fonte: Sinan Net PB, dados extraídos em 01/08/2021 SE 30*(Sujeitos à alteração).

Gráfico 2 – Distribuição de casos suspeitos de coqueluche de acordo com o ano de notificação. Paraíba, 2015 a 2021*.



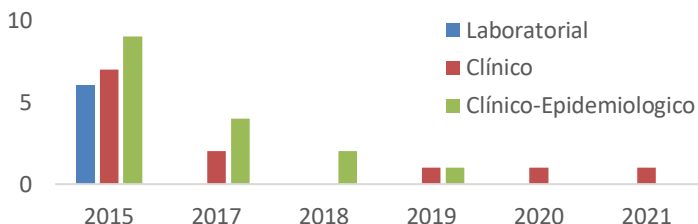
Fonte: Sinan Net PB, dados extraídos em 01/08/2021 SE 30*(Sujeitos à alteração)

De acordo com os dados do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), a Paraíba notificou no período de 2015 a 2021* (SE 30) 355 casos suspeitos de coqueluche, sendo 127 em 2015, 28 em 2016, 41 em 2017, 44 em 2018, 92 em 2019, 14 em 2020 e 9 casos em 2021* até SE 30. O cenário epidemiológico da coqueluche na Paraíba apresentou um número considerável de casos notificados nos anos 2015 e 2019, e entre os anos 2016 e 2020 observa-se uma diminuição significativa de notificação. (Gráfico 2).

Na Paraíba não se tem casos confirmados por laboratório desde o ano de 2019 de acordo com o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Os municípios que apresentaram casos confirmados pelo critério laboratorial foram: Campina Grande, Lagoa, Santa Rita e Uiraúna. É importante salientar que os critérios utilizados para confirmação/descarte nos anos seguintes

foram o clínico – epidemiológico e clínico.

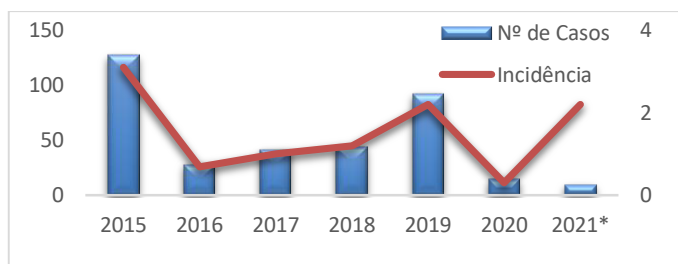
Gráfico 3 – Distribuição dos casos confirmados de coqueluche. Paraíba, 2015 a 2021.



Fonte: Sinan Net PB, dados extraídos em 01/08/2021 SE 30*(Sujeitos à alteração).

Em 2021 SE 30, foram notificados 09 casos suspeitos distribuídos nos municípios de Campina Grande, Catolé do Rocha, Juazeirinho, Piancó e Uiraúna.

Gráfico 3 - Distribuição de casos e coeficiente de incidência de Coqueluche. Paraíba, 2015 a 2021*.



Fonte: Sinan Net PB, dados extraídos em 01/08/2021 SE 30*(Sujeitos à alteração).

Observa-se que 2015 apresentou uma maior incidência de casos novos suspeitos de coqueluche, seguido de 2019, com subsequente queda de casos sinalizados, possivelmente influenciada pelo curso da pandemia da Covid- 19.

Foram encaminhadas para o LACEN-PB, no período de 2015 a 2021*, 198 amostras para análise, com resultado negativo para B.Pertussis. O diagnóstico laboratorial é realizado mediante isolamento da B.Pertussis pela cultura de material colhido da nasofaringe, sendo esta considerada como padrão ouro no diagnóstico da coqueluche. A coleta do espécime clínico deve ser realizada antes da antibióticoterapia ou, no máximo, até 3 dias após seu início, daí a importância de se procurar a unidade de saúde ou entrar em contato com a área técnica de vigilância epidemiológica, para que se possa tomar as medidas oportunas¹.

Ressalta-se que todo caso suspeito atendido nos serviços de saúde do estado da Paraíba deve ser imediatamente notificado e investigado, a fim de acompanhar o caso junto à

assistência, assim como adoção de medidas de controle oportunas para a população.

Referência

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 3. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Expediente:

Geraldo Antônio Medeiros

Secretário de Estado da Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos

Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Emanoel Lira

Gerente Operacional de Vigilância Ambiental

Luiz Francisco de Almeida

Chefe do Núcleo de Fatores Biológicos

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira

Chefe do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis

Maria da Glória de Sousa Sobreira

Área Técnica da Leptospirose.

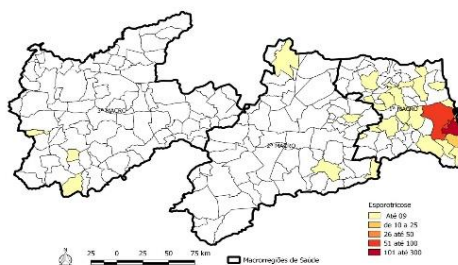
Situação Epidemiológica da Esporotricose Humana. Paraíba, 2018 - até SE30/2021.

Esporotricose Humana

A Esporotricose Humana é uma micose sistêmica causada pelo fungo *Sporothrix spp.* com transmissão comumente causada pela inoculação do fungo na pele ou mucosa, podendo se apresentar de forma cutânea, linfocutânea e disseminada. Em 2018, por meio da resolução nº80 - CIB/2018 tornou-se **compulsória a notificação** para Esporotricose Humana no estado da Paraíba. Devido a remoção do formulário para notificação no FormSUS, os dados retroativos foram solicitados ao DATASUS e como medida provisória a notificação pode ser realizada por meio do link: <<https://forms.gle/x3yfRc6dZZ789qeY6>>.

É necessário que a vigilância municipal esteja atenta e realizem a notificação para que tenhamos alinhamento de dados referente a este agravo.

Mapa 01. Distribuição de casos confirmados da Esporotricose Humana, Paraíba, 2018 a 2020.



Fonte: Formsus, Lacen-PB e Formulário Google docs. Sujeitos à alteração.

De 2018 a SE 30/2021 o estado da Paraíba possuía 536 casos notificados. Destes, 314 (58,58%) foram detectáveis, sendo majoritariamente na 1ª macrorregião de saúde (Mapa 01): sexo feminino - 184 (59%); sexo masculino - 116 (37%) e ignorado - 14 (4%). A maioria é parda - 108 (34,39%), seguido de ignorado -107 (34,07%), branca - 92 (29,29%), preta - 6 (1,91%) e indígena - 1 (0,31%). De zona urbana - 266 (84,71%), ignorado - 38 (12,10%) e zona rural - 10 (3,18%).

No ano de 2021, até a SE/30, foram notificados 36 casos suspeitos de Esporotricose Humana, sendo 11 (31,42%) detectáveis, distribuídos nos municípios de: João Pessoa (06), Sapé (02), Cabedelo (01), Marcação (01) e Pilões (01).

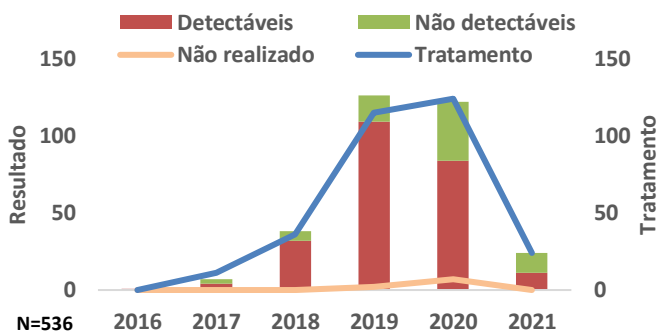
As lesões ocorreram em membros superiores - 191 (60,83%), membros inferiores - 54 (17,20%), outros - 37 (11,78%, ignorado - 23 (7,32%) e ambos os membros - 9 (2,87%). Sendo de maior frequência de natureza da lesão as úlceras, com 143 (45,54%) e dos 536 notificados, 523- (97,57%) realizaram tratamento, sendo em sua maioria 191 - (60,83%) utilizado o Itraconazol como primeira escolha.

O diagnóstico é realizado por meio de correlação entre dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. O Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba realiza o exame micológico para Esporotricose Humana (Nota Informativa Conjunta 02/2020).

Conforme o Gráfico 1, o resultado e tratamento estão interligados, sendo de grande importância a realização do exame micológico para direcionar corretamente o tratamento com o antifúngico. Percebe-se que por início de sintomas, do ano de 2016 a 2020, proporcionalmente há mais casos detectáveis em relação a não detectáveis. Em 2021 houve queda de registros, resultando em falta de informação e queda em resultados de isolamento.

Nos anos de 2017, 2020 e 2021 o tratamento sobrepôs os resultados de isolamento, isso é decorrente do não preenchimento do campo.

Gráfico 01 – Distribuição dos resultados de exames micológicos por tratamento para Esporotricose Humana, Paraíba, 2021.



Fonte: Formsus, Lacen-PB e Formulário Google docs. Sujeitos à alteração.

REFERÊNCIAS

Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis. Nota Informativa Nº01/2019. Notificação Compulsória de Doença Esporotricose Humana. 2019. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/noticias/secretaria-da-saude-orienta-municipios-sobre-a-micose-esporotricose/nota-tecnica-esporotricose.pdf>>.

Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Nota Informativa Resolução Nº80/18. 2019. Aprovação de Notificação Compulsória da Notificação Compulsória para a Doença Esporotricose Humana. Disponível em: <<http://static.paraiba.pb.gov.br/2018/02/Resolucao-80-Vigilancia-Esporotricose.pdf>>.

Expediente:

Geraldo Antônio Medeiros

Secretário de Estado da Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos

Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira

Chefe do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis

Silmara Pereira de Lima

Área Técnica da Vigilância Epidemiológica da Esporotricose Humana

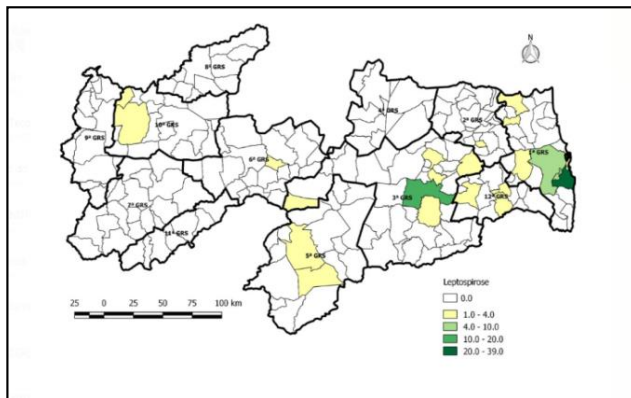
Situação Epidemiológica da Leptospirose. Paraíba 2015 a SE 30 de 2021.

Leptospirose

A leptospirose é uma zoonose endêmica em todo território nacional, causada por uma espiroqueta denominada *Leptospira interrogans* do gênero *leptospira*. Sua contaminação se dá através do contato humano direto com urina de roedores, ou através de contato com o solo ou água contaminadas, devido às precárias condições de infraestrutura sanitária, principalmente por ocasião de chuvas e enchentes¹.

As informações contidas neste Boletim Epidemiológico que trata da leptospirose foram consultadas no Sinan Net no período de 2015 – 2021* SE 30.

Mapa 1 – Casos confirmados de leptospirose por município de residência. Paraíba, 2015 a SE 30 2021.



Fonte: Sinan Net PB, dados extraídos em 01/08/2021 SE 30*(Sujeitos à alteração.)

No mapa 01, observa-se que na Paraíba, no período de 2015 a 2021* (até a SE 30 terminada em 31 de julho), foram notificados 424 casos suspeitos de Leptospirose, sendo confirmados 95 casos, cerca de 9,8% dos municípios (22/223), com 11 óbitos. Os dois municípios que apresentaram mais casos confirmados foram João Pessoa – 39 casos e 5 óbitos, seguido de Campina Grande - 20 casos e 3 óbitos.

Em 2021 SE 30, registrou-se 27 casos suspeitos notificados nos municípios de Alhandra, Cabedelo, Cajazeiras, Campina Grande, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Mamanguape, Santa Rita, Sapé e Sousa. Destes, confirmaram 04 casos, sendo 03 no município de João Pessoa com 01 óbito, e 01 caso no município de Santa Rita.

Entre os casos confirmados, os mais acometidos são os do sexo masculino (80%), na

faixa etária de 17 a 57 anos, ainda que não exista uma predisposição de gênero ou de idade para contrair a infecção. Do total de casos confirmados no período, 89% foram hospitalizados, o que sugere que o sistema de vigilância capta principalmente casos moderados e graves, com subnotificação de casos na fase precoce da doença. Em relação as características do local provável de infecção dos casos confirmados no período, 88,42% dos casos ocorreram em área urbana.

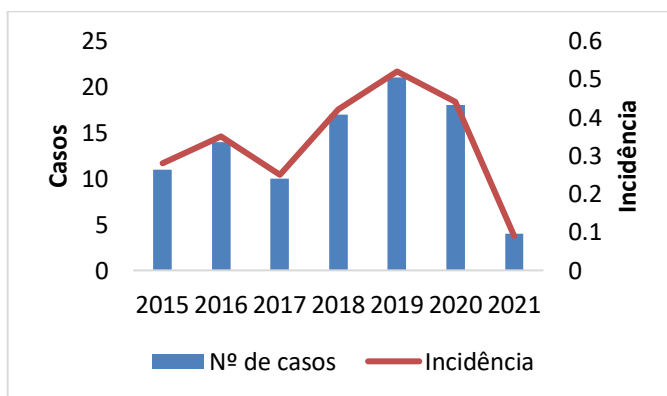
Tabela 01– óbitos de leptospirose por município de residência. Paraíba, 2015 a 2021*

Município	2015	2016	2017	2018	2019	2021*
Bayeux			1			
Campina Grande				2	1	
Itabaiana				1		
João Pessoa	1		2	1		1
Sapé		1				
Total	1	1	3	4	1	1

Fonte: Sinan Net PB, dados extraídos em 01/08/2021 SE 30*(Sujeitos à alteração.)

Na tabela acima, identifica-se um número absoluto de óbitos predominante no ano de 2018, distribuídos nas seguintes regiões de Saúde: 1ª, 12ª e 16ª.

Gráfico 01- Distribuição de casos e coeficiente de incidência de leptospirose. Paraíba, 2015 a 2021*.



Fonte: Sinan Net PB, dados extraídos em 01/08/2021 SE 30*(Sujeitos à alteração.)

Observa-se que 2019 apresentou uma maior incidência de casos novos de leptospirose,

seguido do ano 2020, com subsequente queda de casos sinalizados, possivelmente influenciada pelo curso da pandemia da Covid-19.

O método laboratorial de escolha depende da fase evolutiva em que se encontra o paciente. Na fase precoce, as leptospiros podem ser visualizadas no sangue por meio de exame direto, de cultura em meios apropriados, inoculação em animais de laboratório ou detecção do DNA do microrganismo pela técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR). A cultura finaliza-se (positiva ou negativa) após algumas semanas, o que garante apenas um diagnóstico retrospectivo. Na fase tardia, as leptospiros podem ser encontradas na urina, cultivadas ou inoculadas. No entanto, pelas dificuldades inerentes à realização dos exames de cultura, os métodos sorológicos são prioritariamente escolhidos para o diagnóstico da leptospirose².

Os mais utilizados são o ensaio imunoenzimático (ELISA-IgM) e a microaglutinação (MAT). A coleta deve acontecer a partir do 7º dia após início dos sintomas, recomenda-se a coleta de uma segunda amostra após o 14º dia do início dos sintomas, caso a primeira amostra seja não reagente e tenha sido colhida fora do período ideal³.

Entre 2015 e 2021*, o LACEN-PB analisou 551 exames, sendo 153 reagentes, 377 não reagentes, 21 indeterminados. Observa-se uma discrepância entre os dados laboratoriais e os registrados no Sinan Net, a leptospirose é uma doença de notificação compulsória no Brasil, tanto casos suspeitos isolados como ocorrência de surtos devem ser notificados, o mais rápido possível para que possibilite o desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica e de controle. A notificação deve ser registrada no sistema de informação de agravos de notificação (sinan), utilizando a ficha de investigação da leptospirose¹

As áreas de risco são definidas considerando os locais prováveis de infecção de cada caso, associada a áreas com antecedentes de ocorrência de doenças em humanos e ou/ animais, fatores ambientais predisponentes a doença, além de fatores socioeconômicos, culturais e nível de infestação de roedores.

Ressalta-se a importância da identificação e mapeamento das áreas de risco para leptospirose através da vigilância em saúde dos municípios. As ações de vigilância em leptospirose giram em torno basicamente do hospedeiro e seu ambiente, daí a importância de se conhecer as fontes de infecção para que assim se possam desenvolver métodos para a prevenção e controle, a investigação epidemiológica é o principal instrumento para subsidiar essas ações.

Como prevenir a leptospirose:

- Drenar as águas paradas da rede de coleta e abastecimento de água, construção e manutenção de galerias de esgoto e águas pluviais e limpar os canais e córregos;
- Evitar o contato com água ou lama de enchentes e impedir que crianças nadem ou brinquem nessas águas. Se necessário, usar botas e luvas de borracha (ou sacos plásticos duplos amarrados nas mãos e nos pés);
- Acondicionar o lixo, proteger os alimentos, vedar as caixas d'água. O uso de raticidas (desratização) deve ser feito por técnicos devidamente capacitados.

Referência

Boletim Epidemiológico: Doenças tropicais negligenciadas. Brasília - DF: Ministério da Saúde. 2021- . ISSN: 9352-7864.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 3. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Expediente:

Geraldo Antônio Medeiros

Secretário de Estado da Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos

Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Emanoel Lira

Gerente Operacional de Vigilância Ambiental

Luiz Francisco de Almeida

Chefe do Núcleo de Fatores Biológicos

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira

Chefe do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis

Maria da Glória de Sousa Sobreira

Área Técnica da Leptospirose.

Epidemiológica da Paralisia Flácida Aguda (PFA) /Poliomielite. Paraíba, 2015-2021*.

Poliomielite

A poliomielite é uma doença viral inflamatória decorrente da destruição dos neurônios motores, caracterizada clinicamente por paralisia flácida aguda (PFA), de início súbito, que ocorre em cerca de 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor se instala de forma imediata e o surgimento dessa manifestação frequentemente não ultrapassa 3 dias, acometendo, em geral, os membros inferiores de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e a arreflexia no segmento atingido, as crianças menores de 5 anos de idade costumam ser mais atingidas. Apesar de não existir cura para enfermidade, pode ser prevenida através da vacinação. (BRASIL, 2019)

Caso suspeito PFA, é todo aquele que apresenta deficiência motora flácida de início súbito, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite, e indivíduos de qualquer idade, com histórico de viagem a países com circulação do poliovírus selvagem nos últimos 30 dias que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período, com pessoas que viajaram para esses países que apresentem suspeitas diagnóstica de poliomielite.

Caso confirmado de PFA, em que houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra de fezes do caso, ou de seus contatos, independentemente de haver ou não sequela após 60 dias do início da deficiência motora. (BRASIL, 2019)

Cenário da Erradicação da Poliomielite

A Erradicação Global da Poliomielite projetada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os próximos anos é um horizonte possível. No entanto, ainda existem países endêmicos para o vírus selvagem (Afeganistão e Paquistão) e outros que são considerados com potencial de risco para a doença, localizados em sua maioria no continente africano. (BRASIL, 2019).

Devido às ações de vacinação em massa e vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis realizadas na década de 90, o Brasil recebeu o certificado de Área Livre de Circulação do Poliovírus Selvagem, assim como outros países da América. Desde então, o país assumiu o compromisso de manter as coberturas vacinais conforme preconizado, bem como monitorar a ausência da circulação viral através da manutenção de uma vigilância permanentemente ativa. (BRASIL, 2019).

As estratégias de erradicação da Pólio são eficazes se aplicadas de forma integral, sua erradicação trará inúmeros benefícios tanto em questões financeiras para os países, e mais importante ainda nenhuma criança voltará a sofrer os terríveis efeitos da paralisia provocados pela poliomielite ao longo da vida.

Vigilância Epidemiológica - VE

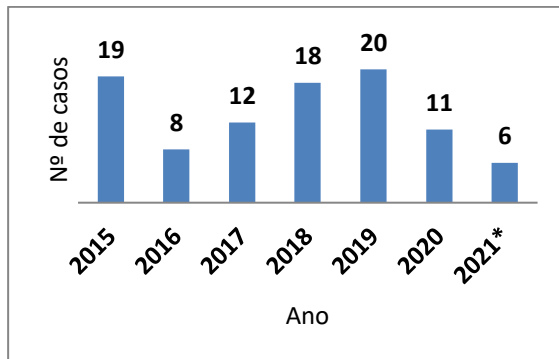
A Vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA) é o principal mecanismo para detectar eventos ou surtos de poliomielite. Fundamenta-se na vigilância sindrômica, com alta sensibilidade, na população em que existe um maior risco de acometimento da doença.

As informações contidas neste Boletim Epidemiológico que trata da Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite, apresentada, estão disponíveis no Sinan Net.

Na Paraíba, no período compreendido entre os anos de 2015 a SE 30 de 2021, foram notificados 94 casos suspeitos de PFA. No ano de 2016 foram notificados apenas 8 casos suspeitos de PFA, o equivalente a 80% do cumprimento da média anual (10), embora nesse período a meta não tenha sido alcançada, a tendência de notificação de casos se mantém dentro da meta nos anos seguintes. A taxa de notificação foi de 1,3 casos / 100.000 habitantes na população menor de 15 anos, a idade variou de 0 a 14 anos, com maioria proporcional do sexo masculino, 54,2% (n=51).

Em 2021 até SE 30, foram notificados 06 casos suspeitos de PFA, nos municípios de Gurinhém, João Pessoa, São Bento. Com ausência de casos confirmados e óbitos.

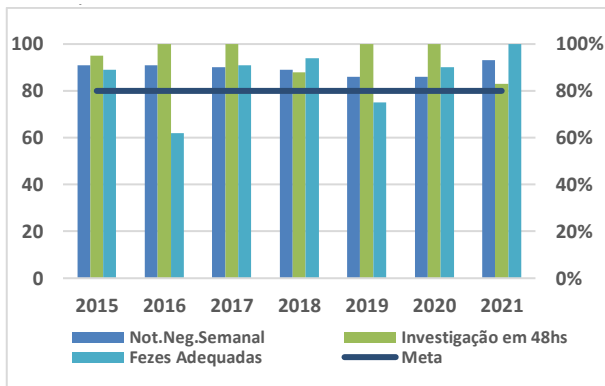
Gráfico 1 – Casos notificados de Paralisia Flácida Aguda. Paraíba, 2015 -2021*



Fonte: Sinan Net, dados extraídos 2015 -2021SE 30 01/08/2021. Sujeitos à alteração.

Observa-se que, dentre os casos suspeitos notificados segundo município de residência, os que apresentaram um maior número foram os municípios de João Pessoa (n=28), Santa Rita (n=12), Paulista (n=5) e Campina Grande (n=4).

Gráfico 2 – Percentual de Notificação Negativa, Investigação e Coleta oportunas de PFA. Paraíba, 2015 a 2021*



Fonte: Sinan Net, dados extraídos em até SE 30.01/08/2021. Sujeitos à alteração.

A qualidade da VE de PFA/Pólio é avaliada com base nos seguintes indicadores de desempenho operacional: Taxa de notificação anual de pelo menos 1 caso PFA para cada 100.000 menores de 15 anos; Investigação epidemiológica iniciada em até 48 horas; Coleta de amostras oportuna (até o 14º dia do déficit motor) e adequada de fezes; Encerramento oportuno de caso até 60 dias do início do déficit motor; Percentual de notificação positiva/negativa semanal recebida.

Na Paraíba, a taxa anual de notificação de casos de PFA é de no mínimo 1 caso/100.000 habitantes menores de 15 anos de idade. Para os demais indicadores a meta mínima esperada é de 80%. No período de 2015 a 2021*, apenas em 2016 a meta da notificação de casos de PFA não foi atingida. Observa-se na análise de oportunidade de notificação 88,2% ocorreram de maneira oportuna. A taxa de investigação oportuna ficou acima da meta de (80%), alcançando 95,2% dos casos notificados. Em relação a coleta de fezes oportuna para diagnóstico laboratorial foi de 85,9%. (Gráfico 2; Tabela 1)

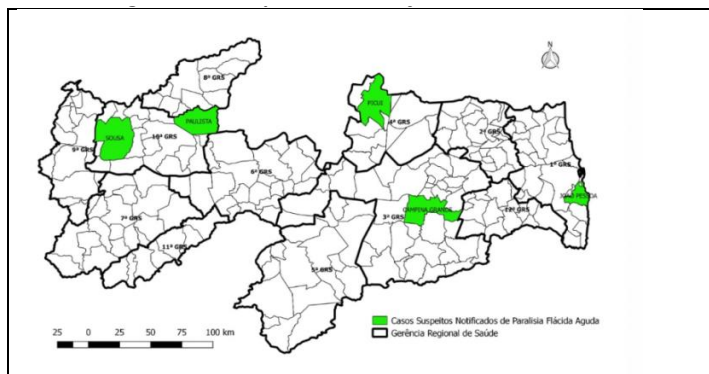
Tabela 1 – Resultados dos Indicadores da Vigilância Epidemiológicas das PFAs . Paraíba, 2015 - 2021*

Indicadores PFA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Nº de Casos esperados	10	10	10	10	10	10	10
Nº de Casos notificados	19	8	12	18	20	11	6
Not. Neg semanal %	91	91	90	89	86	86	93
Investigação em 48 hs	95	100	100	89	100	100	83
Taxa de notificação	1	0,8	1,2	1,8	2,0	1	0,6
Fezes oportunas	89	62	91	94	75	90	100

fonte: Sinan Net dados extraídos em 01/08/2021 SE 30. Sujeito a alteração

A realização das notificações dos casos suspeitos de PFA nos anos avaliados estiveram concentradas em serviços de saúde localizados, principalmente, no território do município de João Pessoa, com 68 casos notificados, Campina Grande (20), Paulista (4), seguidos dos municípios de Piancó e Sousa com 1 caso notificado cada.

Mapa 1 – Distribuição espacial dos casos suspeitos de Paralisia Flácida Aguda na Paraíba, segundo município de notificação, em 2015-2021*



Fonte: Sinan Net, dados extraídos em 01/08/2021 SE 30. Sujeitos à alteração

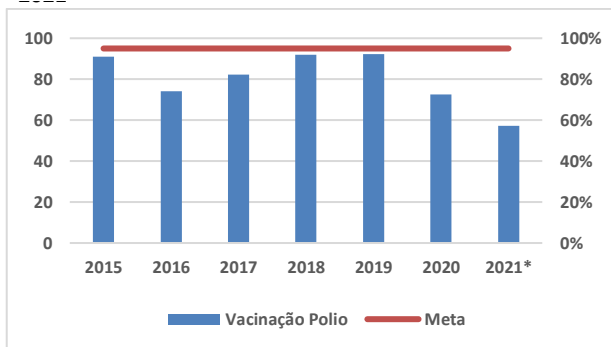
Recomenda-se intensificar as ações de notificação/investigação imediata, em até 48 horas, de todos os casos de paralisia flácida aguda, para garantir a coleta oportuna de fezes (até 14 dias após o déficit motor) para detecção viral.

Imunização

Em virtude das ações de imunização em massa realizada desde 1980 até 1994, o país recebeu a certificação da eliminação do póliovírus selvagem. Desde então o Brasil assumiu o compromisso de manter altas coberturas vacinais, de forma homogênea, com a finalidade de evitar a reintrodução do poliovírus e adotar medidas de controle capazes de impedir a sua disseminação. (BRASIL, 2019).

O Núcleo Estadual de imunização está inserido na Gerência Executiva de Vigilância em Saúde, na Gerência Operacional de Vigilância Epidemiológica, coordena as ações de imunização e realiza o monitoramento mensal das coberturas vacinais dos municípios, buscando cumprir com o compromisso de atingir a meta de vacinar no mínimo 95% das crianças menores de 1 ano com as 3 doses da vacina contra a pólio e assim garantir que o território paraibano permaneça livre do poliovírus.

Gráfico – 3 Série Histórica das coberturas da Vacina Contra Poliomielite na Paraíba, 2015-2021*



Fonte: Si-pni SES-PB. 2021* dados extraídos de Janeiro a Junho do ano corrente. Sujeitos à alteração.

A cobertura Estadual de vacinação contra a poliomielite no período avaliado demonstra queda acentuada nos anos 2016 e 2020. Ressalta-se a importância da vacinação, pois a mesma é a única forma de prevenção da poliomielite. Todas as crianças menores de 5 anos devem ser vacinadas, conforme preconizado pelo programa nacional de imunização.

Referência Bibliográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 3. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Expediente:

Geraldo Antônio Medeiros

Secretário de Estado da Saúde

Chefe do Núcleo de Imunização

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira

Chefe do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis

Maria da Glória de Sousa Sobreira

Área Técnica da Paralisia Flácida Aguda

Situação epidemiológica da Meningite na Paraíba

A meningite é um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus, parasitas e fungos, ou também por processos não infecciosos. As meningites bacterianas e virais são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, devido sua magnitude, capacidade de ocasionar surtos e, no caso da meningite bacteriana, a gravidade dos casos. No Brasil, a meningite é considerada uma doença endêmica. Deste modo, casos da doença são esperados ao longo de todo o ano, com a ocorrência de surtos e epidemias ocasionais, sendo mais comum a ocorrência das meningites bacterianas no inverno e das virais no verão.

Todas as faixas etárias podem ser acometidas pela doença, porém o maior risco de adoecimento está entre as crianças menores de 05 (cinco) anos, especialmente as menores de 01 (um) ano de idade. Nos anos avaliados observa-se que em 2016 ocorreu maior incidência de casos em menores de 5 anos, seguida de progressiva queda ao longo dos anos.

Tabela 01. Taxa de incidência da meningite bacteriana. Paraíba, 2015 a 2021

Idade	Coeficiente de incidência (casos/100.000<5 anos)						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
< 5 anos	0,00	4,58	4,33	3,72	2,06	1,40	0,35

Fonte: SINAN/NDAT/GEVS/SES-PB, 2021. Dados sujeitos a alterações.

Diante das taxas de mortalidade e letalidade da meningite, faz-se necessário o desenvolvimento de ações e medidas de controle rápidas e oportunas, visto a gravidade da doença

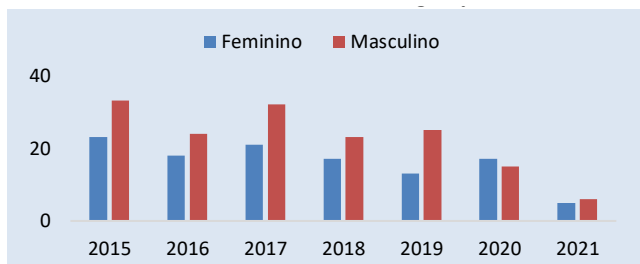
Tabela 02. Taxa de mortalidade e letalidade da meningite bacteriana em <5 anos. Paraíba, 2015 a 2021

< 5 anos	Coeficiente de incidência (casos/100.000<5 anos)						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mortalidade	3,54	4,58	4,33	3,72	2,06	1,40	0,35
Letalidade	0,0	28,6	15,4	18,2	50,0	50,0	100,0

Fonte: SINAN/NDAT/GEVS/SES-PB, 2021. Dados sujeitos a alterações, dados analisados até a SE 30ª/2021

Na doença causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*, além das crianças, os adolescentes e adultos jovens têm o risco de adoecimento aumentado em surtos. Na meningite pneumocócica (causada pelo *Streptococcus pneumoniae*), idosos e indivíduos portadores de quadros crônicos ou de doenças imunossupressoras também apresentam maior risco de adoecimento. O sexo masculino também é o mais acometido pela doença.

Gráfico 01. Casos confirmados de meningite por sexo. Paraíba, 2015 a 2021



Fonte: SINAN/NDAT/GEVS/SES-PB, 2021. Dados sujeitos a alterações, dados analisados até a SE 30ª/2021.

Os principais exames para o esclarecimento diagnóstico de casos suspeitos de meningite são: exame quimiocitológico do líquido; bacterioscopia direta (líquor); cultura (líquor, sangue, petéquias ou fezes); clínico; clínico-epidemiológico; contra-imunoeletroforese cruzada – CIE (líquor e soro); isolamento viral; PCR; aglutinação pelo látex (líquor e soro) e outros.

Tabela 03. Critério de confirmação laboratorial dos casos de meningite. Paraíba, 2015 a 202

Critérios	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cultura	8	14,3	3	7,1	6	11,3	4	10,0	9	23,7	1	3,1	3	27,3
CIE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ag. Látex	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Clínico	18	32,1	12	28,6	21	39,6	10	25,0	12	31,6	15	46,9	1	9,1
Bacterioscopia	7	12,5	3	7,1	0	0,0	1	2,5	1	2,6	1	3,1	0	0,0
Quimiocitológico do Líquor	22	39,3	20	47,6	25	47,2	22	55,0	11	28,9	12	37,5	6	54,5
Clínico-epidemiológico	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,5	1	2,6	1	3,1	0	0,0
Isolamento Viral	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PCR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Outros	1	1,8	2	4,8	0	0,0	1	2,5	4	10,5	2	6,3	0	0,0
Sem Informação	0	0,0	1	2,4	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	56	100	42	100	53	100	40	100	38	100	32	100	11	100

Fonte: SINAN/NDAT/GEVS/SES-PB, 2021 Dados sujeitos a alterações, dados analisados até a SE 30ª/2021.

O aspecto do Líquor, embora não considerado um exame, **funciona como um indicativo**. O Líquor normal é límpido e incolor, como “água de rocha”. Nos processos infecciosos, ocorre o aumento de elementos figurados (células), causando turvação, cuja intensidade varia de acordo com a quantidade e o tipo desses elementos.

Como medida preventiva e de controle da doença, utilizam-se a quimioprofilaxia com antibióticos e a vacinação. A primeira é recomendada para os contatos próximos, e deve ser realizado o mais precocemente possível, com o objetivo de prevenir a ocorrência de casos secundários, que, apesar de raros, costumam aparecer num prazo de 48 horas. Entretanto, a forma mais eficaz de prevenção da DM consiste na vacinação, a partir da administração das vacinas sorogrupo ou sorotipo específico.

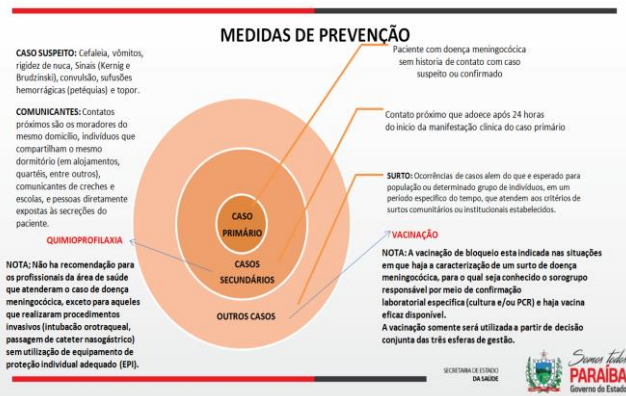
Quadro 01. Esquema quimioprofilático indicado para doença meningocócica:

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Droga	Idade	Dose	Intervalo	Duração
Rifampicina	< 1 mês	5mg/Kg/dose	12 em 12 h Via oral	2 dias
	Crianças ≥ 1 mês e adultos	10mg/Kg/dose (máximo 600mg)	12 em 12 h Via oral	
Ceftriaxona	< 12 anos	125mg	Dose única	Via intramuscular
	≥ 12 anos	125mg		
Ciprofloxacino	> 18 anos	500 mg	Dose única Via oral	

As vacinas estão disponíveis para prevenção das principais causas de meningite bacteriana no calendário de vacinação da criança do Programa Nacional de Imunização.

Figura 01. Medidas de Prevenção

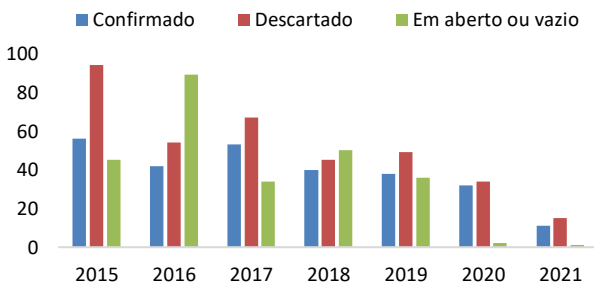


Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Na Paraíba, no período de 2015 a 2021 (até a SE 30ª) foram notificados 857 casos suspeitos de meningites. Destes menos da metade 31,73% foram confirmados (272/857) por critérios diferentes como: cultura, clínico, bacterioscopia, quimiocitológico e clínico

epidemiológico.

Gráfico 02. Casos de meningite por classificação



Fonte: SINAN/NDAT/GEVS/SES-PB, 2021. Dados sujeitos a alterações, dados analisados até a SE 30ª/2021

Dos casos confirmados, a meningite não especificada foi a que mais acometeu a população com 55,51% (151/272), seguida de meningites por outras bactérias com 21,69% (59/272), e meningite tuberculosa com 1,83% (5/272).

Tabela 04. Coeficiente de incidência de meningite por etiologia.

Etiologia *	Coeficiente de incidência (casos/100.000hab.)						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DM	0,10	0,15	0,02	0,15	0,25	0,25	0,02
MTBC	0,02	0,02	0	0,05	0	0	0,04
MOB	0,45	0,18	0,27	0,22	0	0,05	0,04
MNE	0,52	0,57	0,77	0,62	0,50	0,64	0,14
MOE	0	1,00	0	0	0	0,02	0,02
MH	0	0	0,05	0,02	0,07	0	0
MP	0,10	0,02	0,02	0	0	0,02	0
MA	0,17	0	0,02	0	0,07	0,04	0,02

Fonte: SINAN/NDAT/GEVS/SES-PB, 2021. Dados sujeitos a alterações, dados analisados até a SE 30ª/2021

(*) Doença Meningocócica, Meningite Tuberculosa; Meningite por outras Bactérias; Meningite não Especificada; Meningite por outra Etiologia; Meningite por Hemófilos; Meningite por Pneumococos e Meningite Asséptica;

No período de janeiro a julho de 2021 até SE nº 30, foram notificados 27 casos suspeitos de meningite em 9 municípios, sendo 11 casos confirmados por etiologias em que 9 tiveram alta, 2 óbitos, 15 descartados e 1 em investigação.

Tabela 05: Números de casos confirmados de meningite por etiologia segundo município de residência com altas e óbitos*, Paraíba, 2021.

MUNICÍPIOS	MTB*	MOB*	MNE*	MA*	MOE*
Barra de Santana*			1		
Cabedelo		1			
Campina Grande					1
Coxixola				1	
João Pessoa			3		
Pedras De Fogo			1		
Pocinhos			1		
Santa Rita	1				
Sobrado*					1
Total	1	1	6	1	2

Fonte: SINAN/NDAT/GEVS/SES-PB, 2021. Dados sujeitos a alterações, dados analisados até a SE 30ª/2021

(*) Meningite Tuberculosa; Meningite por outras Bactérias; Meningite não Especificada; Meningite Asséptica e Meningite por outra Etiologia.

Referência:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Meningite. Disponível em: < <http://portalsinan.saude.gov.br/meningite>>

Expediente:

Geraldo Antônio Medeiros

Secretário de Estado da Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos

Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Emanoel Lira

Gerente Operacional de Vigilância Ambiental

Luiz Francisco de Almeida

Chefe do Núcleo de Fatores Biológicos

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira

Chefe do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis

Taciana Mendonça Maia Wanderley

Área Técnica da Meningite.

Boletim Epidemiológico de Sarampo e Rubéola

Cenário Nacional

O Sarampo é uma doença viral aguda similar a uma infecção do trato respiratório superior. É uma doença grave, principalmente em crianças menores de cinco anos, desnutridas e imunodeprimidos. A transmissão do vírus ocorre a partir de gotículas de pessoas doentes ao espirrar, tossir, falar ou respirar próximo de pessoas sem imunidade contra o vírus sarampo.

No Brasil do ano de 2021, até a semana epidemiológica nº 30 (25/07 à 31/07/2021), foram notificados 1.672 casos de Sarampo e Rubéola, sendo confirmados 549 casos de sarampo, distribuídos em 06 Unidades Federativas (PA, AP, SP, RJ, AL, CE).

Das 06 unidades federativas com casos confirmados, o estado do Amapá é o que apresenta o maior número (423), logo após vem o Paraná (106), Alagoas (11), São Paulo (06), Rio de Janeiro (01), e Ceará (01), respectivamente.

Estratégia Nacional

Visando o enfrentamento do surto de sarampo e a interrupção da transmissão do sarampo no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que o bloqueio vacinal seletivo deve ser realizado em até 72 horas em todos os contatos do caso suspeito durante a investigação.

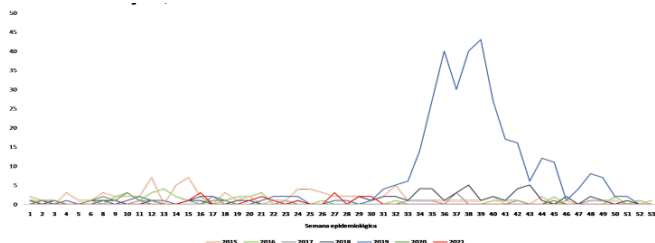
Para a interrupção da transmissão do vírus do sarampo, redução das internações e óbitos no país, a vacinação deve ser priorizada e adotada na seguinte ordem:

1. Instituir dose zero para crianças de seis meses a 11 meses e 29 dias;
2. Vacinar com a primeira dose aos 12 meses de idade, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação;
3. Vacinar com a segunda dose aos 15 meses de idade, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação;
4. Vacinar menores de 5 anos, (4 anos, 11 meses e 29 dias) não vacinados ou com o calendário vacinal incompleto;
5. Vacinar trabalhadores da saúde de qualquer idade que atuam no atendimento direto de pacientes com suspeita de infecções respiratórias;
6. Vacinar indivíduos de 6 a 29 anos não vacinados;
7. Vacinar indivíduos de 6 a 29 anos com esquema vacinal incompleto;
8. Vacinar indivíduos de 30 a 49 anos não vacinados;

A Paraíba

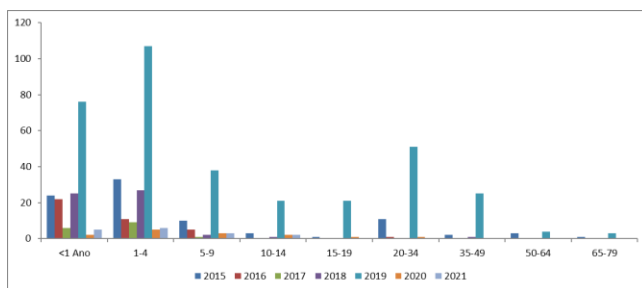
Na Paraíba, em 2021 até a 30ª Semana Epidemiológica terminada 31 de julho 2021, foram notificados 09 casos suspeitos de sarampo, nos municípios de João Pessoa (02), Bayeux (02), Campina Grande (02), Santa Rita (01), Malta (01), Uiraúna (01). Do total de casos suspeitos 08 foram descartados, e 01 segue em investigação.

Gráfico 01-Frequência de Notificação de casos suspeitos de sarampo por semana epidemiológica e ano de notificação, Paraíba 2015-2021.



Fonte: Sinan. Dados atualizados em 23/08/2021 e sujeitos a alterações.

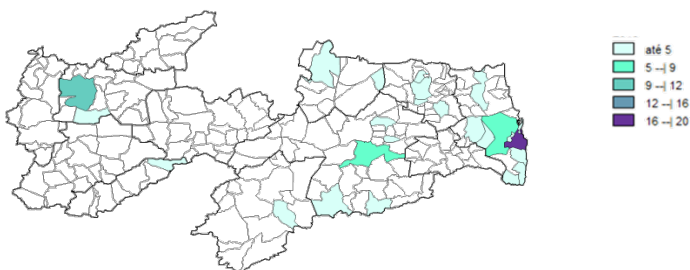
Gráfico 02 - Frequência de casos suspeitos de sarampo notificados segundo faixa etária e ano, Paraíba-PB 2015-2021.



Fonte: Sinan. Dados atualizados em 23/08/2021 e sujeitos a alterações.

De acordo com o gráfico 02 acima, verificamos uma elevação de casos suspeitos no ano de 2019, 2015, 2018 e 2016, respectivamente, nas faixas etárias de 01 – 04 anos, menor de 01 ano, e 05 – 09 anos. Embora o ano de 2019 também apresente elevação do número de casos nas faixas etárias subsequentes devido ao período de surto ocorrido neste ano.

Figura 01 - Distribuição dos casos confirmados de sarampo na Paraíba por município de residência no ano de 2019.

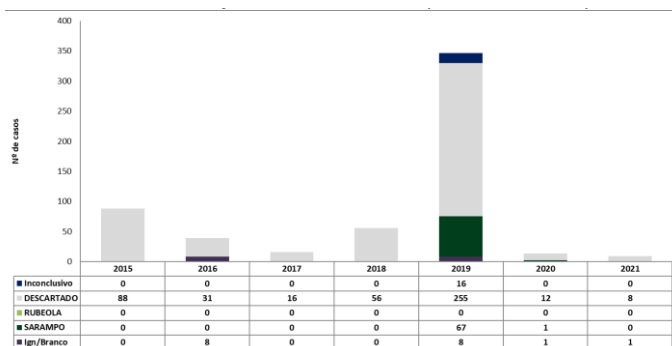


Fonte: Sinan e Boletim Semanal de Notificações (BNS). Dados atualizados em 23/08/2021 e sujeitos a alterações.

Conforme o gráfico 03, observamos que no período de 2015 até 2021 até a SE nº 30 forma notificados 568 casos suspeitos de sarampo, sendo em 2015 (88-15,49%), 2016 (39 - 6,86%), 2017 (16 - 2,81%), 2018 (56-9,85%), e 2019 (346- 60,91%). Quanto à situação de encerramento no período em análise tivemos 466 (82,04%) descartados, 16 (2,81%) inconclusivos, ignorados 18 (3,16%). Neste período, a maior ocorrência de casos foi no ano de 2019, em que foram confirmados 67 (11,79%) casos de sarampo, e nenhum caso de rubéola. Nos demais anos não houve confirmação. Mesmo que constem ainda no sistema alguns casos com inconsistências nos encerramentos, todos foram investigados e descartados laboratorialmente.

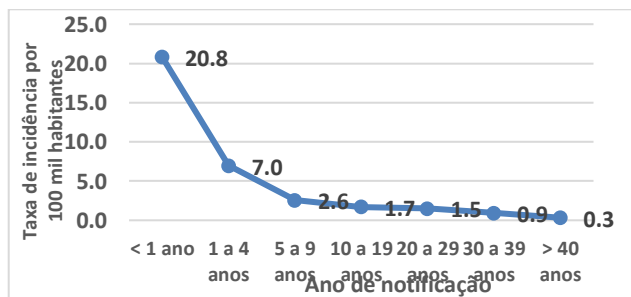
Aos municípios com notificação de casos ainda sem encerramento, cabe a responsabilidade em monitorar os casos e encerrar oportunamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Gráfico 03. Classificação final de casos suspeitos de Sarampo e Rubéola 2015 a 2021.



Fonte: Sinan. Dados atualizados em 23/08/2021 e sujeitos a alterações.

Gráfico 04. Distribuição da taxa de incidência de sarampo por faixa etária. Paraíba, 2019.



Fonte: Sinan. Dados atualizados em 23/08/2021 e sujeitos a alterações.

Ao analisarmos o gráfico 04, sobre a incidência de sarampo por faixa etária, no ano de 2019 notamos que houve o predomínio de casos em menores de 01 ano de idade, seguindo de 1 a 4 anos, e 5 a 9 anos. As faixas etárias subsequentes apresentaram casos com menos incidência. Este comportamento nos remete a situação vacinal desta população, especificamente em menores de 5 anos que no caso de não serem vacinados, estarão susceptíveis a doença.

Imunização

O Estado da Paraíba, até o momento, encontra-se com 59,26% de cobertura vacinal, até o mês julho de 2021. Quanto à homogeneidade de cobertura, dos 223 municípios paraibanos apenas 18,83% apresentam coberturas vacinais adequadas, conforme recomendação do Programa Nacional de Imunização – PNI.

Tal situação caracteriza a existência de bolsões de suscetíveis o que possibilita a reintrodução do Sarampo no Estado.

Dessa forma, se faz necessário alertar os Gestores Municipais para intensificarem a busca ativa na população para imunizar pessoas não vacinadas com a Tríplice Viral, principalmente aqueles municípios que não alcançaram a meta de 95%.

O objetivo é manter um alto nível de imunidade na população, reduzindo a possibilidade da ocorrência da doença.

Considerando que a vacinação é a única maneira de prevenir a doença e frente ao exposto, recomendamos aos gestores municipais:

Observar que o esquema vacinal vigente é de duas doses de vacina com componente sarampo para pessoas de 12 meses até 29 anos de idade. Uma dose da vacina também está indicada para pessoas de 30 a 49 anos de idade.

DOSE "ZERO":

Dose zero para crianças de seis meses a 11 meses e 29 dias. Essa dose não será considerada válida para fins do Calendário Nacional de Vacinação, devendo ser agendada a partir dos 12 meses com a vacina tríplice viral e aos 15 meses com a vacina tetraviral ou tríplice viral mais varicela, respeitando-se o intervalo de 30 dias entre as doses.

Cumprir o Esquema vacinal para o sarampo e vacinar:

- ✓ **Crianças de 12 meses a menores de 5 anos de idade:** uma dose aos 12 meses e outra aos 15 meses de idade.
- ✓ **Crianças de 5 anos a 9 anos de idade que perderam a oportunidade de serem vacinadas anteriormente:** duas doses da vacina tríplice viral.

IMPORTANTE: Quem já tomou duas doses durante a vida, da tríplice ou da tetra, não precisa mais receber a vacina. Se não há comprovação de vacinação nas faixas indicadas, há necessidade de adultos receberem a vacina. A caderneta de vacinação é um documento pessoal

muito importante e deve ser guardada por toda a vida.

Profissionais de saúde independentemente da idade:

- ✓ Administrar 2 (duas) doses, conforme situação vacinal encontrada, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 (duas) dose de vacina dupla viral ou tríplice viral.

Contra-indicação para a vacina

- ✓ Casos suspeitos de sarampo.
- ✓ Gestantes - devem esperar para serem vacinadas após o parto. Caso esteja planejando engravidar, assegure-se que você está protegida. Um exame de sangue pode dizer se você já está imune à doença. Se não estiver, deve ser vacinada um mês antes da gravidez. Espere pelo menos quatro semanas antes de engravidar.
- ✓ Menores de 6 meses de idade.
- ✓ Imunocomprometidos.

Viajantes

O vírus do Sarampo ainda circula intensamente em diversos países do mundo, incluindo o Brasil, por isso os paraibanos que estão com viagem programada para fora do país ou para Estados com surtos ativos devem estar vacinados com a Tríplice Viral seguindo o preconizado no calendário básico de vacinação para criança, adolescente e adulto até 49 anos de idade, com no mínimo 15 dias antes da data da vigem para serem avaliados e vacinados, caso necessário, conforme as indicações do [Calendário Nacional de Vacinação](#).

Campanha de vacinação contra Sarampo

O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, realiza anualmente campanha de vacinação contra o Sarampo, com o objetivo de interromper a circulação do vírus do sarampo no País.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil no ano de 2019 ultrapassou a meta de cobertura vacinal da tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) recomendada. No total, 99,4% das crianças de um ano de idade foram vacinadas no país. Entre os estados que atingiu a meta de vacinação contra o sarampo em 2019, a Paraíba foi o 4º estado que mais vacinou, atingindo a meta de 110,2%.

Recomendações da Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba

- Reforçar as equipes de investigação de campo para garantir a investigação oportuna e adequada dos casos notificados.

- A identificação e o monitoramento de todas as pessoas que tiveram contatos com caso suspeito ou confirmado durante todo o período de transmissibilidade (seis dias antes e quatro dias após o início do exantema) são determinantes para a adoção de medidas de controle.

- As ações de manejo clínico e epidemiológico devem ser realizadas de forma integrada entre a atenção primária e a vigilância epidemiológica.

- Produzir ampla campanha midiática, nos diversos meios de comunicação, para informar profissionais de saúde, população e comunidade geral sobre o sarampo.

- Estabelecer estratégias para a implementação de ações de resposta rápida frente a casos importados de sarampo.

- A vacina é a única medida preventiva eficaz contra o sarampo. No entanto, se você já é um caso suspeito, é importante reduzir o risco de espalhar a infecção para outras pessoas. Para isso, deve-se, evitar o trabalho ou escola por pelo menos 4 (quatro) dias a partir de quando desenvolveu a primeira erupção, além de evitar o contato com pessoas que são as mais vulneráveis à infecção, como crianças pequenas e mulheres grávidas, enquanto estiver doente.

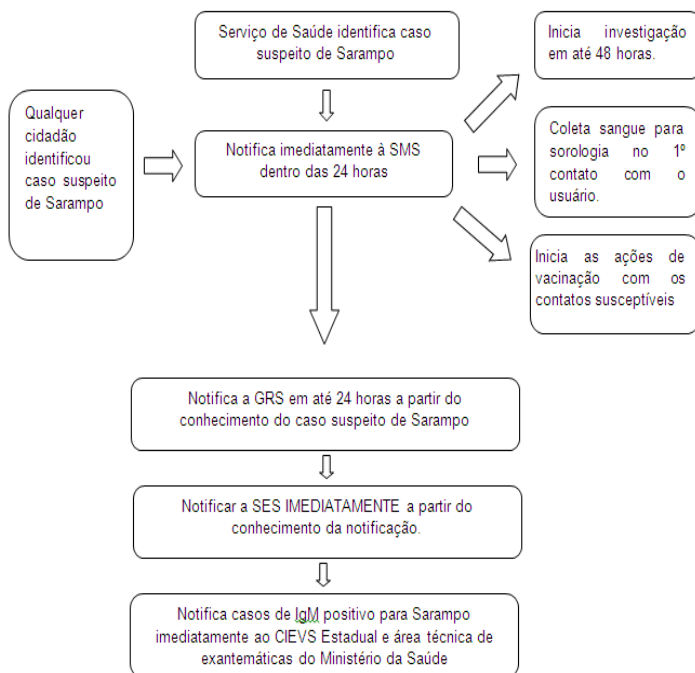
Orientações para a Vigilância Epidemiológica

Caso Suspeito de Sarampo: todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.

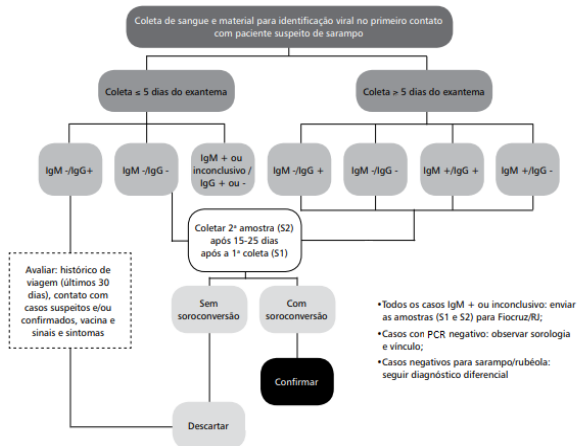
IMPORTANTE:

- **Notificação imediata - dentro das 24 horas;**
- **Bloqueio oportuno nas 72 horas de conhecimento da notificação;**
- **Coleta da primeira amostra- Soro 1 (S1) no primeiro contato com o paciente;**
- **Realizar a investigação epidemiológica.**

Fluxo para Casos Suspeitos de Sarampo



Roteiro para confirmação ou descarte do caso suspeito de Sarampo



Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 2019

Referencias

Plano de Ação para Interrupção da Circulação do Vírus do Sarampo no Brasil, 2020. Ministério da Saúde, 2020.

Boletim de Notificação Semanal, CGDT/DEIDT/SVS/MS. Emitido em 18/08/2021.

Expediente:

Geraldo Antônio Medeiros

Secretário de Estado da Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos

Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Diana de Fátima Alves Pinto

Gerente Operacional de Resposta Rápida

Ilsiane Queiroga Silva Candido

Chefe do Núcleo de Imunização

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira

Chefe do Núcleo de Doenças Transmissíveis Agudas

Alecsandra Bezerra Monteiro de Oliveira

Área Técnica das Exantemáticas

Situação Epidemiológica da Leishmaniose Visceral e Tegumentar Americana, Doença de Chagas Aguda. Paraíba, 2015 a 2021

Leishmaniose Visceral

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença infecciosa e sistêmica, causada por protozoários do gênero *Leishmania*, nas Américas, a *Leishmania (Leishmania) chagasi*. A espécie comumente envolvida na transmissão da leishmaniose visceral (LV). A Leishmaniose Visceral é transmitida pela picada de fêmeas de flebotomíneos infectadas (mosquito palha, birigui etc.), cujo principal reservatório é o cão. Não ocorre transmissão de pessoa a pessoa.

A LV é de notificação compulsória, conforme portaria vigente: **PORTARIA Nº 1.061, DE 18 DE MAIO DE 2020 - Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.** O sistema oficial é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O presente boletim apresentará a análise dos dados epidemiológicos da LV no estado da Paraíba, considerando o período de 2015 à 30ª semana epidemiológica (SE) do ano de 2021, onde mostrará a distribuição dos casos na Paraíba, incidência de casos e a distribuição de casos confirmados e óbitos.

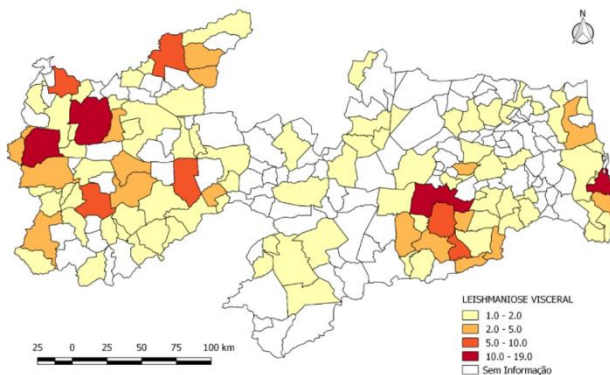
A vigilância epidemiológica do agravo LV tem como objetivo: Realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos humanos, reduzir o contato do vetor com os hospedeiros suscetíveis, reduzir as fontes de infecção para o vetor, promover o acesso ao diagnóstico e tratamento adequado, promover ações de educação em saúde e mobilização social.

Na Paraíba, no período de 2015 a 2021 (até a SE 30 terminada em 31 de julho), a LV apresentou 737 casos notificados distribuídos em 106 municípios, apresentando uma média de 38,85 casos por ano.

Ao longo dos anos acima citados, os casos ocorreram em 47,53% (106/223) dos municípios, totalizando 272 casos confirmados e 24 óbitos. Os quatro municípios que apresentaram maior número de casos foram: Catolé do Rocha - 10, Cajazeiras - 12, Sousa - 13, Campina Grande - 15 e João Pessoa - 19 casos

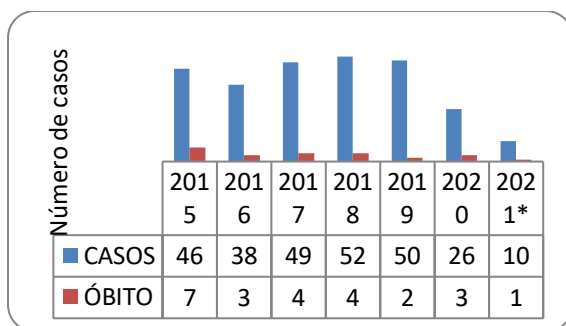
A seguir, traremos um mapa ilustrativo do estado da Paraíba, mostrando o número de casos confirmados e sua distribuição pelos municípios do estado. Podemos observar que a LV está distribuída por toda Paraíba, tendo uma grande concentração de casos confirmados nos municípios de João Pessoa (19 casos), Campina Grande (15 casos), Sousa (13 casos) e Cajazeiras (12 casos).

Figura 1 - Distribuição do número de casos confirmados da leishmaniose visceral por município de infecção. Paraíba, 2015 à 30ª SE ano 2021.



Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

Gráfico 01 - Distribuição de casos confirmados e óbitos de Leishmaniose Visceral. Paraíba, 2015 a 2021*

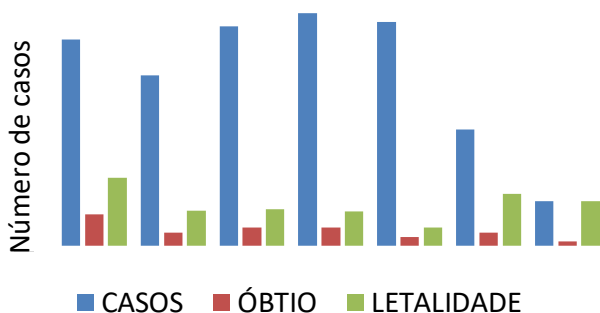


Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

Este gráfico nos retrata o número de casos confirmados e óbitos distribuídos por ano, tendo os anos de 2015 a 2021, apresentando o ano de 2018, o ano com maior número de casos (52), o ano

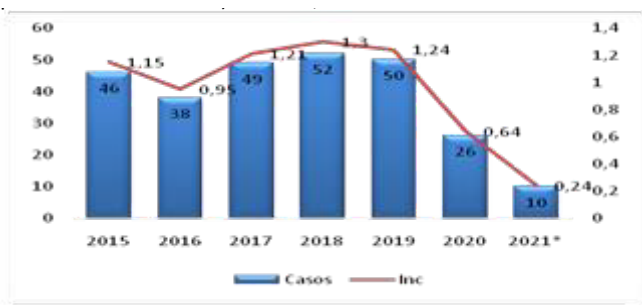
de 2015 com maior número de óbito (07 óbitos) e nos chamando a atenção no ano de 2020, que teve uma queda expressiva no número de casos confirmados (26). O ano de 2021 apresenta um total de 10 casos, por estar sendo avaliado até a semana epidemiológica 30 (data 31/07/2021), distribuídos nos seguintes municípios: Campina Grande (01), Catolé do Rocha (01), João Pessoa (02), Lucena (01), Maturéia (01), Nova Olinda (01), Salgado de São Felix (01), Santa Inês (01), Santa Rita (01). A queda no número de casos nos leva a uma indagação, se ocorreu devido à doença ter reduzido seus números ou se houve subnotificação devido a pandemia da COVID 19.

Gráfico 2. Distribuição de casos confirmados, óbito e taxa de letalidade da Leishmaniose Visceral por 100 mil habitantes). Paraíba, 2015 a 2021*



A taxa de letalidade foi calculada em cima do número de casos e óbitos de acordo com os anos avaliados, apresentando o valor de 15,21, ano de 2015; 7,98, ano de 2016; 8,16, ano de 2017; 7,69, ano de 2018; 4,0, ano de 2019; 11,11, ano de 2020 e 10 no ano de 2021 (até a SE 30).

Gráfico 3. Distribuição de casos confirmados e Coeficiente de Incidência de Leishmaniose Visceral por 100 mil habitantes). Paraíba, 2015 a 2021*



Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

No gráfico acima foi avaliada a incidência de casos/100.000, distribuída por ano de notificação, tendo como base o número de casos novos e população estimada (IBGE), no mesmo local e período, sendo observada que a incidência varia de 0,2 no ano de 2021* (ainda em curso) até 1,3 no ano de 2018, o ano de maior número de casos da leishmaniose visceral no estado da Paraíba no período avaliado.

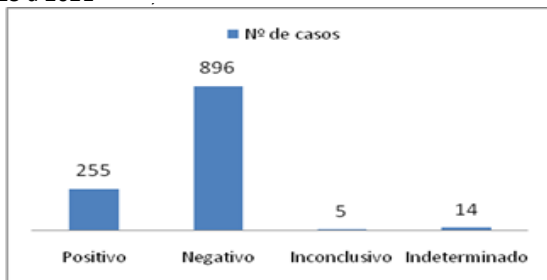
Tabela 1 - Distribuição de casos confirmados de Leishmaniose Visceral por faixa etária. Paraíba, 2015 a 2021*

FAIXA ETÁRIA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
<1 Ano	5	2	2	2	4	0	0
1-4	12	9	11	17	11	4	1
5-9	1	6	8	4	2	0	0
10-14	0	2	3	7	5	2	2
15-19	3	2	1	3	2	1	1
20-34	8	6	6	3	6	3	2
35-49	11	4	12	5	11	9	3
50-64	3	5	3	5	5	3	0
65-79	3	2	1	6	4	4	1
80 e+	0	0	2	0	0	0	0
Total	46	38	49	52	50	26	10

Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

A distribuição dos casos confirmados se dá entre todas as faixas etárias, tendo maior número de casos na faixa etária de 1 a 4 anos, variando de acordo com os anos avaliados. A faixa etária de 35 - 49 anos apresentou o maior número de casos, totalizando 55 casos, distribuídos da seguinte forma: Ano de 2015 - 11 casos, 2016 - 04 casos, 2017 - 12 casos, 2018 - 05 casos, 2019 - 11 casos, 2020 - 9 casos e 2021 (até SE 30) - 03 casos, embora não exista uma predisposição de idade para se contrair a infecção.

Gráfico 3. Distribuição do número de exames realizados pelo LACEN/PB, para Leishmaniose Visceral. Paraíba, 2015 a 2021*



Fonte: GAL - PB, *até SE 30

Os exames realizados pelo Laboratório Central da Paraíba (LACEN) para Leishmaniose Visceral são: Exame direto, Imunocromatografia, Imunofluorescência Indireta e Reação em cadeia de Polimerase.

A primeira conduta frente a um caso suspeito, tanto na rede pública como na rede privada, é notificar o caso para investigação epidemiológica, por tratar-se de uma doença de notificação compulsória por meio da Ficha de Investigação da Leishmaniose Visceral do Sinan e conforme o fluxo de assistência e investigação de caso suspeito.

A detecção de casos de LV pode ocorrer por intermédio de:

- Demanda espontânea à unidade de saúde;
- Busca ativa de casos no local de transmissão;
- Visitas domiciliares dos profissionais do Programa de Agente Comunitário de Saúde e Estratégia de Saúde da Família;
- Encaminhamento de suspeitos, através da rede básica de saúde.

A investigação epidemiológica faz-se necessária para:

- Identificar se o caso é autóctone ou importado;
- Verificar se a área é endêmica ou se é um novo local de transmissão (Área endêmica na Paraíba: Litoral, Zona da Mata, Sertão e Agreste - Fonte: Gerência Operacional de Vigilância Ambiental);
- Conhecer as características epidemiológicas do caso;
- Realizar busca ativa de novos casos e caracterizá-los clínico e laboratorialmente;
- Orientar medidas de controle, conforme a situação epidemiológica da área.

Figura 2. Fluxo de assistência e investigação de caso suspeito de Leishmaniose Visceral no Estado da Paraíba.



Fonte: NDAT 2019

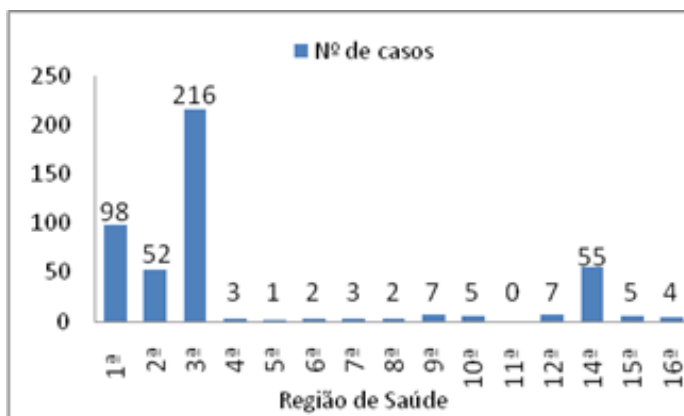
Leishmaniose Tegumentar Americana

A leishmaniose tegumentar (LTA) é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Leishmania sp*, de transmissão vetorial, que acomete pele e mucosas. Sinonímia Úlcera de Bauru, nariz de tapir, botão do Oriente. A transmissão ao ser humano é pela picada das fêmeas de flebotomíneos infectadas. É considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pelo seu alto coeficiente de detecção e a capacidade de produzir deformidades.

Na Paraíba, no período de 2015 a 2021 (até a SE 30 terminada 31 de julho), a LTA apresentou 460 casos positivos e 1 óbito distribuídos em 53 municípios, apresentando uma média de 65,71 casos por ano. Ao longo dos anos acima citados, os casos ocorreram em 23,76% (53/223) dos municípios, sendo importância reforçar que apenas os casos confirmados são notificados. Os quatro municípios que apresentaram maior número de casos foram Alagoa Nova - 70 casos, Alagoa Grande - 60 casos, Areia e Pilões - ambos com 38 casos. Os casos notificados no ano de 2021, até semana epidemiológica 30 (data de 31/07/2021), estão distribuídos nos seguintes municípios: Alagoa Grande (04), Alagoa Nova (09), Alagoinha (01), Areia (03), Baía da Traição (2), Bananeiras (01), Cajazeiras (01), Cruz do Espírito Santo (01), Ingá (01), João Pessoa (03), Marcação (01), Matinhas (02), Natuba (01), Pilões (01), Queimadas (01), Santa Rita (02), Sapé (01), totalizando 35 casos.

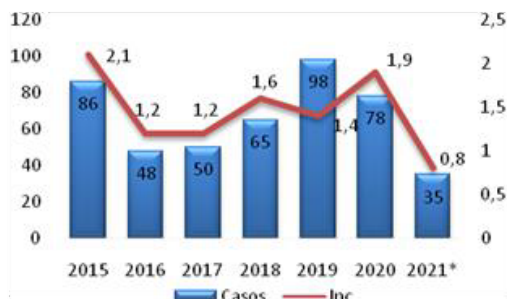
No gráfico 01 observaremos a distribuição dos casos de LTA por Gerência Regional de Saúde no estado, ficando evidenciado que os maiores números de casos se dão na 3ª GRS - 216 casos, 1ª GRS - 98 e 14ª GRS - 55 casos.

Gráfico 1. Distribuição de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por Gerência Regional de Saúde. Paraíba, 2015 a 2021*.



Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

Gráfico 02. Distribuição de casos e Coeficiente de Incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana por 100 mil habitantes). Paraíba, 2015 a 2021*



No gráfico acima foi avaliada a incidência de casos/100.000, distribuída por ano de notificação, tendo como base o número de casos novos e população estimada (IBGE), no mesmo local e período, sendo observada que a incidência varia de 0,8 no ano de 2021* (ainda em curso) e 1,9 no ano de 20120, sendo o ano de maior número de casos da Leishmaniose Tegumentar Americana no estado da Paraíba no período avaliado.

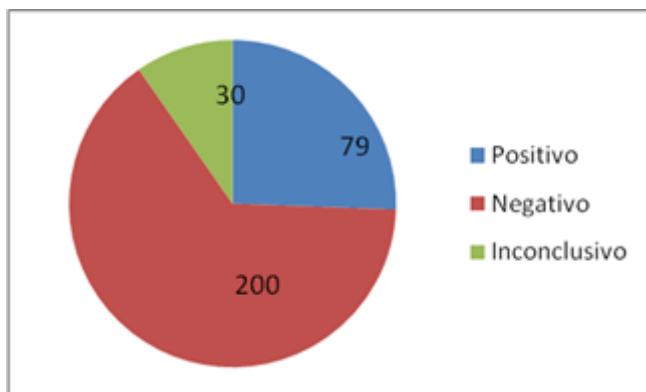
Tabela 01. Distribuição de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por faixa etária. Paraíba, 2015 a 2021*

FxEtaria SINAN	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	Total
<1 Ano	2	1	3	1	1	1	0	9
1-4	3	3	1	1	6	0	0	14
5-9	5	3	2	4	6	2	1	23
10-14	7	3	3	4	9	5	3	34
15-19	9	0	5	4	5	8	1	32
20-34	17	10	12	15	22	18	5	99
35-49	27	11	7	17	25	29	15	131
50-64	10	7	13	9	17	10	6	72
65-79	3	9	4	8	5	3	4	36
80 e+	3	1	0	2	2	2	0	10
Total	86	48	50	65	98	78	35	460

Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

A distribuição dos casos confirmados se dá entre todas as faixas etárias, tendo maior número de casos nas faixas etárias: 20 - 34 - 99 casos, 35 - 49 - 131 casos e 50 - 64 - 72 casos. Observamos que as faixas etárias mais acometidas pela Leishmaniose Tegumentar Americana são os adultos e idosos, diferentemente da Leishmaniose Visceral que apresentou um acometimento maior em crianças de 1 - 4 e adultos de 35 - 49 anos. Sendo importante ressaltar que não existe uma predisposição de gênero ou de idade para contrair a infecção.

Gráfico 3. Distribuição do número de exames realizados pelo LACEN/PB, para Leishmaniose Tegumentar Americana. Paraíba, 2015 a 2021*



Fonte: GAL - PB, *até SE 30

Os exames realizados pelo Laboratório Central da Paraíba (LACEN) para leishmaniose Tegumentar Americana são o Exame direto e Intradermorreação.

Mediante os casos diagnosticados, a primeira conduta do profissional de saúde, seja na rede pública como na privada, é realizar a notificação do caso, onde o agravo LTA apresenta um diferencial, pois a notificação se dá mediante a confirmação do caso.

A detecção de casos de LTA pode ocorrer por intermédio de:

- Demanda espontânea à unidade de saúde;
- Busca ativa de casos no local de transmissão;
- Visitas domiciliares dos profissionais do Programa de Agente Comunitário de Saúde e Estratégia de Saúde da Família;
- Encaminhamento de suspeitos, através da rede básica de saúde;

A investigação epidemiológica faz-se necessária para:

- Verificar se é área endêmica ou se é um novo local de transmissão;
- Conhecer as características epidemiológicas do caso;
- Realizar busca ativa de novos casos e caracterizá-los clínico e laboratorialmente;
- Orientar medidas de controle, conforme a situação epidemiológica da área.

Investigação na área de transmissão, para se conhecer e buscar estabelecer determinantes, tais como:

- 1 - Presença de animais, a fim de verificar possíveis fontes alimentares e ambiente favorável ao estabelecimento do vetor;
- 2 - Presença de lixo, que poderá atrair animais sinantrópicos para as proximidades do domicílio;
- 3 - Identificação de condições de moradia que facilitam o acesso do vetor;
- 4 - Delimitação e a caracterização da área de transmissão.

Doença de Chagas Aguda

A Doença de Chagas Aguda é uma antropozoonose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade. Apresenta curso clínico bifásico, composto por uma fase aguda (cl clinicamente aparente ou não) e uma fase crônica, que pode se manifestar nas formas indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva.

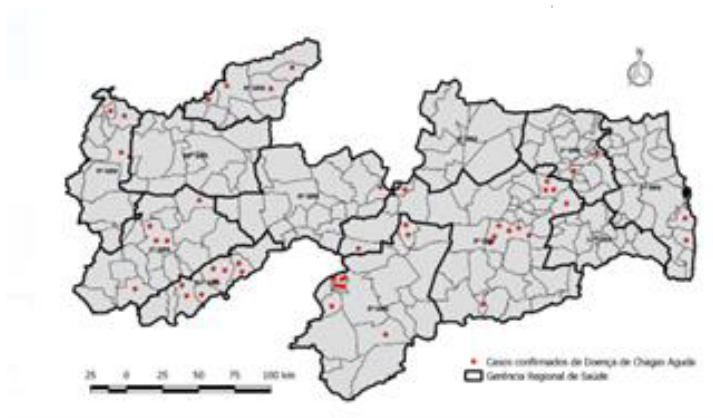
O vetor da doença de chagas são insetos da subfamília Triatominae (Hemiptera, Reduviidae), conhecidos popularmente como barbeiro, chupão, procotó ou bicudo. Tanto os machos quanto as fêmeas, em todas as fases de seu desenvolvimento, são hematófagos.

A Doença de chagas Aguda é de notificação compulsória, conforme portaria vigente: PORTARIA Nº 1.061, DE 18 DE MAIO DE 2020 - *Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional*¹.

A notificação da Doença de chagas Aguda deve ser imediata (24h) a partir da suspeita de caso e a Doença de Chagas Crônica até o momento não está sendo notificada, onde o Estado aguarda orientação do Ministério da Saúde quanto ao início e sistema que será utilizado para as notificações da Doença de Chagas Crônica. Importante ressaltar que os casos de transmissão vertical identificados até dois anos de idade também devem ser notificados como DCA. Os surtos de doença de Chagas aguda deverão ser também notificados ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS). O sistema oficial é o **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**.

Na Paraíba a Doença de Chagas não difere do cenário Nacional, que em decorrência a ações e estratégias da vigilância para controle vetorial e transfusional a partir da década de 70, onde promoveu mudanças nas ações e estratégias da vigilância. Ressaltando ainda que nos deparamos com o risco de transmissão vetorial em função da existência de triatomíneos autóctones com elevado potencial de colonização, da presença de reservatórios de Trypanosoma Cruzi e da aproximação cada vez mais frequente das populações humanas a esses ambientes. Em relação às notificações, entre os anos de 2015 a 2021 até a SE 2021 houveram - 445 notificações, sendo destas 48 casos confirmados, distribuídos em 29 municípios, apresentando uma média de 6,85 casos por ano. Ao longo dos anos acima citados, os casos ocorreram em 21,5% (48/223) dos municípios. As Regiões de Saúde que apresentaram o maior número de casos foram: 3ª RE - 15 casos, distribuídos nos municípios de Alagoa Grande, Areia, Campina Grande, Livramento, Riacho de Santo Antônio, Santo André e Tenório; 5ª RE - 09 casos, distribuídos nos municípios de Amparo, Camalaú, Coremas e Prata; e a 11ª RE - 08 casos, distribuídos nos municípios de Água Branca, Juru, Princesa Isabel e Tavares.

Figura 1. Distribuição de municípios com casos positivos de Doença de Chagas Aguda por Regional de Saúde. Paraíba, 2015 a 2021*.



Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

Gráfico 02. Distribuição de casos confirmados e óbitos da Doença de Chagas Aguda. Paraíba, 2015 a 2021*



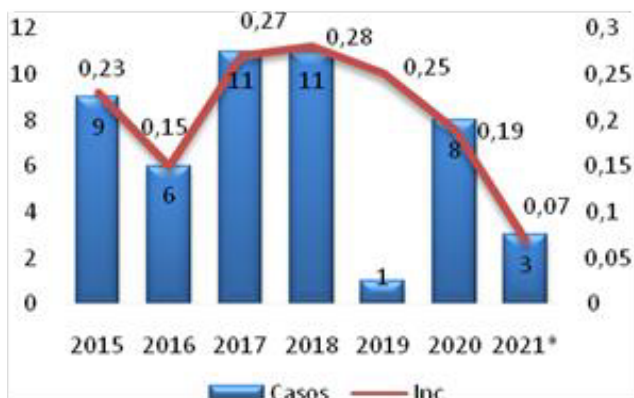
Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

A Doença de Chagas Aguda tem uma média anual de 6,85 casos anuais, apresentando pico em 2017 e 2018, ambos com 11 casos confirmados e 01 óbito por Doença Chagas Aguda no ano

de 2016. Mediante a avaliação dos anos trabalhados podemos observar que a Doença Chagas Aguda tem uma baixa letalidade, mas isso não quer dizer que a Doença Chagas Aguda deve ser negligenciada, pois se não tratada, leva o paciente a cronicidade ou ao óbito.

No ano de 2021, até a semana epidemiológica (data 31/07/2021), os casos estão distribuídos nos seguintes municípios: Campina Grande (01), Coremas (01) e Santo Andre (01), totalizando 03 casos confirmados.

Gráfico 03. Distribuição de casos e Coeficiente de Incidência da Doença de Chagas Aguda por 100 mil habitantes. Paraíba, 2015 a 2021*



Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

No gráfico acima foi avaliada a incidência de casos/100.000, distribuídos por ano de notificação, tendo como base o número de casos novos e população estimada (IBGE), no mesmo local e período, sendo observada que a incidência varia de 0,07 no ano de 2021* (ainda em curso) e 0,28 no ano de 2018, sendo o ano de maior número de casos novos da Doença de Chagas Aguda no estado da Paraíba no período avaliado.

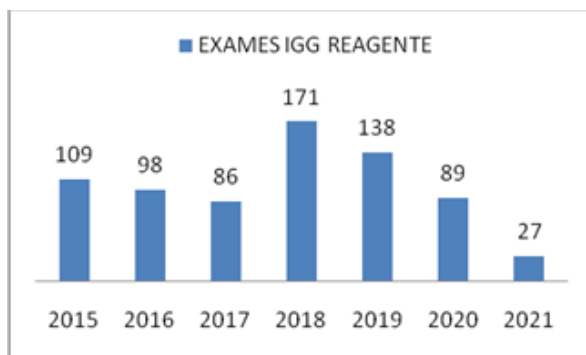
Tabela 01. Distribuição de casos de Doença de Chagas Aguda por faixa etária. Paraíba, 2015 a 2021*

FxEtaria	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
1-4	0	0	0	0	0	1	0	1
5-9	0	0	0	0	0	0	1	1
10-14	0	0	0	0	0	1	0	1
15-19	0	0	0	0	0	0	1	1
20-34	0	1	1	0	0	1	0	3
35-49	3	1	3	2	0	2	0	11
50-64	3	1	6	4	0	3	0	17
65-79	3	1	1	5	1	0	1	12
80 e+	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	9	5	11	11	1	8	3	48

Fonte: SINAN NET/SES - PB, *até SE 30 (dados sujeitos a alteração)

A distribuição dos casos confirmados se dá entre todas as faixas etárias, tendo maior número de casos nas faixas etárias: 35 - 49 com 11 casos, 50 - 64 com 17 casos e 65 - 79 com 12 casos, sendo observada que as faixas etárias mais acometidas pela Doença de Chagas Aguda são os adultos e idosos. Sendo importante ressaltar, que não existe uma predisposição de gênero ou de idade para contrair a infecção.

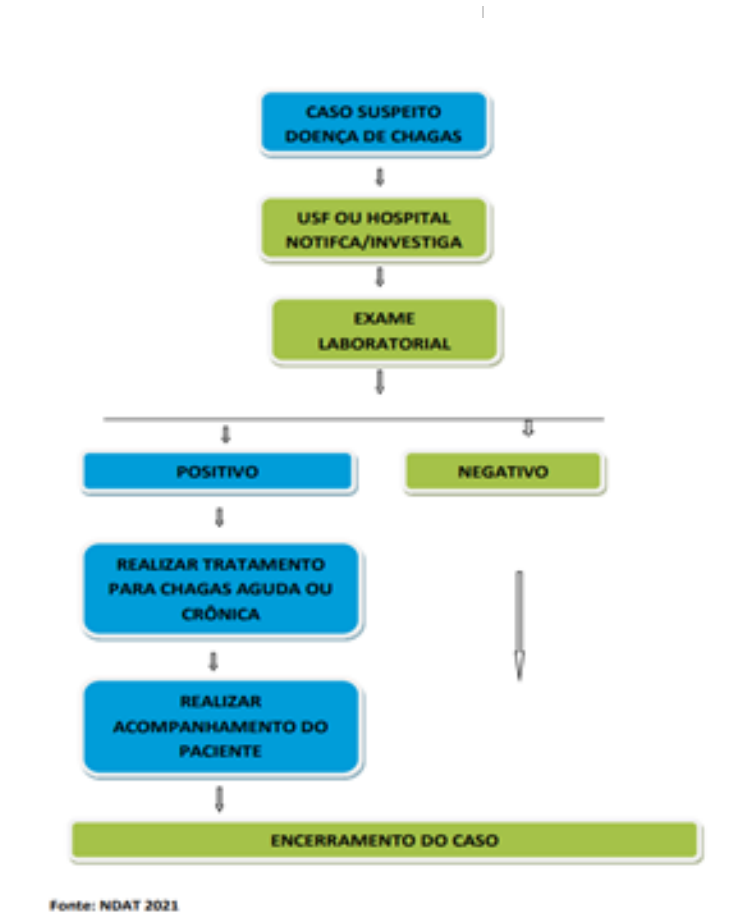
Gráfico 04. Distribuição do número de exames realizados pelo LACEN/PB, IGG reagentes para Doença de Chagas. Paraíba, 2015 a 2021*



Fonte: Gal/ PB, *até SE 30

O gráfico acima demonstra o número de exames realizados para Doença de Chagas no período de 2015 a 2021 (até a SE 30) pelo Laboratório Central da Paraíba (LACEN). Atualmente o LACEN realiza exame para chagas IGG pelos métodos: Hemaglutinação Indireta, Imunofluorescência Indireta e Enzimaimunoensaio, onde a Hemaglutinação Indireta passou a ser realizada a partir do ano de 2020. E exame de gota espessa e distensão sanguínea (esfregaço), exame para diagnóstico da Doença de Chagas Aguda.

Figura 2. Fluxo de assistência e investigação de caso suspeito de Doenças de Chagas no Estado da Paraíba.



Faz-se necessária a realização da vigilância passiva e a sua priorização é fundamental nos municípios, não somente devido ao momento de pandemia que estamos vivendo, mas para melhorar a busca ativa de novos casos. Quanto mais precoce o diagnóstico e tratamento (de acordo com PCDT da Doença de Chagas), mais chance de cura o paciente terá. É necessário apontar alternativas para a manutenção tanto das atividades de vigilância epidemiológica e entomológica, quanto para o cuidado e proteção às pessoas com doença de Chagas enquanto grupo de risco, não só pelo fator biológico, mas considerando a vulnerabilidade socioeconômica.

Em áreas com transmissão vetorial, se faz necessário instituir as práticas de manejo sustentável do ambiente, higiene e medidas corretivas em locais com infestação e melhoria nas condições de moradia. A transmissão oral ocorre de forma acidental, pela ingestão principalmente de alimentos contaminados geralmente pelo próprio vetor infectado macerado e ingerido juntamente com os alimentos. Essa transmissão está diretamente ligada à ocorrência de surtos da doença, acometendo principalmente adultos jovens. As principais medidas de prevenção são:

- Intensificar ações de vigilância sanitária e inspeção, em todas as etapas da cadeia de produção de alimentos suscetíveis à contaminação, com especial atenção ao local de manipulação de alimentos;
- Instalar a fonte de iluminação distante dos equipamentos de processamento do alimento para evitar a contaminação acidental por vetores atraídos pela luz;
- Realizar ações de capacitação para manipuladores de alimentos e de profissionais de informação, educação e comunicação;
- Resfriamento ou congelamento de alimentos não previne a transmissão oral por *T. cruzi*, mas sim o cozimento acima de 45°C, a pasteurização e a liofilização .

Referências

1. PORTARIA Nº 1.061, DE 18 DE MAIO DE 2020, Ministério da Saúde (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, Publicado em: 29/05/2020 | Edição: 102 | Seção: 1 | Página: 229).
2. Guia de Vigilância em Saúde, Volume único, 3ª Edição, 2019, Brasília -DF.
3. Boletim Epidemiológico nº especial, setembro de 2019, Vigilância em Saúde no Brasil 2003|2019, Da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais.
4. Boletim Epidemiológico, Número Especial | Mar. 2021, Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde - Doenças tropicais negligenciadas.
5. Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Número Especial | Abr. 2020. Doença de Chagas
6. Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Número Especial | Abr. 2021. Doença de Chagas - Ano 2

Expediente:

Geraldo Antônio Medeiros

Secretário de Estado da Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos

Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Emanoel Lira

Gerente Operacional de Vigilância Ambiental

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira

Chefe do Núcleo de Doenças Transmissíveis Agudas

Karina Nunes Ribeiro

Área Técnica

**Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba Av. Pedro II, 1826 - Torre
João Pessoa/PB, CEP 58.040-440**

Situação Epidemiológica das doenças de transmissão hídrica e alimentar. Paraíba, 2015 - até SE 30/2021.

As doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA) são causadas por água ou alimentos contaminados por vírus, bactérias, parasitos intestinais oportunistas, produtos químicos ou toxinas.

A **vigilância epidemiológica das DTHA** é composta por algumas doenças de **notificação é compulsória**: Botulismo, Cólera, Febre Tifoide e Toxoplasmose gestacional e congênita. Também em unidades sentinelas como: Doenças Diarreicas Agudas (DDA), Rotavírus, Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU) e notificação compulsória de surtos de qualquer DTHA. As DDA são notificadas no Sivep DDA, as demais DTHA, incluindo surtos são notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Febre Tifoide é uma doença causada pela bactéria *Salmonella entericas* sorotipo Typhi. Está associada à vulnerabilidade social, principalmente em lugares com condições precárias de saneamento básico, higiene pessoal e ambiental.

Na Paraíba, de 2015 até SE 30/2021, foram notificados 7 casos suspeitos, destes: 1 caso foi confirmado por laboratório, no ano de 2017, na 6ª Região de Saúde, no município de Junco do Seridó, que compõe a 6ª Gerência Regional de Saúde. Sendo do sexo masculino, 30 anos, com cefaleia, astenia e esplenomegalia, com evolução de cura.

Rotavirose é uma doença causada pelo Rotavírus, sendo uma das mais importantes causas de DDA em menores de 5 anos no mundo. A vigilância epidemiológica de rotavírus é sentinela.

Devem ser notificados no Sinan Net somente os casos atendidos em unidades sentinelas, que atendam a definição de caso suspeito de rotavírus e ser encerrado somente por critério laboratorial, com exame realizado no Lacen.

Na Paraíba, há 2 unidades sentinelas, Hospital da Clipsi em Campina Grande e Hospital Arlinda Marques, não há registro de notificação do Hospital da Clipsi.

No período de 2017 a SE30/2021, o Hospital Arlinda Marques notificou 175 casos suspeitos, destes, 165 (94,29%) são menores de 5 anos. Conforme Tabela 1, o percentual de casos confirmados foi de 16,36% (27 casos), com 96,30% (26 casos) encerrado por critério laboratorial.

Tabela 1. Classificação de casos notificados para Rotavírus.

Menor de 5 anos	2017	2018	2019	2020	2021
Casos confirmados	26	1	0	0	0
Descartados	16	20	7	0	6
Ignorados ou vazio	4	45	6	32	2
Total	46	66	13	32	8

Fonte: Sinan net, 2021. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Dos 27 casos confirmados: 55,56% (15) são do sexo masculino, 96,3% (26) parda, 96,3% (26) residentes em zona urbana, 62,96% (17) apresentaram vômito, 48,15% (13) febre e 100% (27) tiveram diarreia, 11,11% (3) com presença de sangue, 33,33% (9) tinham vacina para rotavírus, porém 17 estavam com campo não preenchido.

Toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii*, com maioria dos casos sendo assintomática, mas se torna de grande importância durante a gravidez (Toxoplasmose Gestacional), pois pode causar a Toxoplasmose Congênita, gerando sequelas. Além de recrudescimento ou reativação da doença em imunocomprometidos.

De 2015 até a SE 30/2021, 335 gestantes foram notificadas para Toxoplasmose, sendo 241 confirmadas. Enquanto que para Toxoplasmose Congênita, 73 foram notificados, destes 28 foram confirmados e 7 seguem em investigação.

Em novembro de 2020 foi realizada uma qualificação para Fortalecimento da vigilância da Toxoplasmose Gestacional e Congênita no estado da Paraíba o acesso está disponível para consulta sobre o tema.

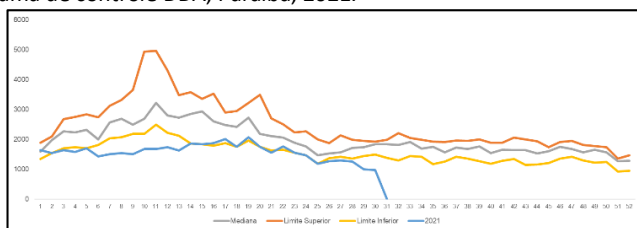
As notificações para Toxoplasmose Gestacional e Congênita são compulsórias e devem ser notificadas com o CID correto - O98.6 para Toxoplasmose Gestacional e P37.1 para Toxoplasmose Congênita.

Todo RN nascido de mãe com Toxoplasmose Gestacional deve ser notificado para Toxoplasmose Congênita e investigado por pelo menos 12 meses.

Doenças Diarreicas Agudas (DDA) corresponde a um grupo de doenças infecciosas, caracterizada pela ocorrência de no mínimo três episódios de diarreia aguda em 24 horas e aumento do número de evacuações, acompanhada ou não de vômito, náuseas, febre e dor abdominal.

Na Paraíba, no período de 2015 a SE 30/2021 foram registrados 738.403 casos de DDA. Conforme Figura 1, no ano de 2021, até a SE 30 a Paraíba registrou 47.354 casos de DDA, percebe-se que no início do ano os registros estiveram abaixo do limite inferior, equiparando da SE14 a SE25, seguindo de queda.

Figura 1. Diagrama de controle DDA, Paraíba, 2021.

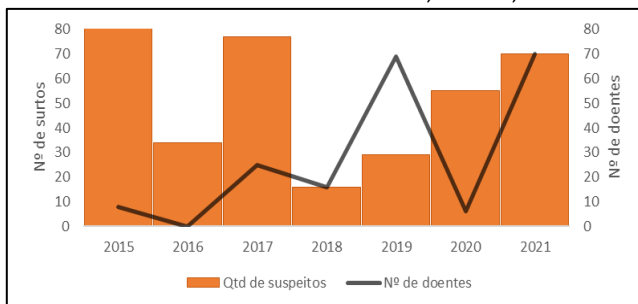


Fonte: Sivep DDA, 2021. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) são eventos em que duas ou mais pessoas adoecem após ingerirem alimentos e/ou água contaminados da mesma origem.

Na Paraíba, no período de 2015 até SE 30/2021 foram notificados 13 surtos, conforme Figura 2, totalizando 387 suspeitos e 194 (50,13%) adoeceram, sendo: 8 em 2015, 25 em 2017, 16 em 2018, 69 em 2019, 6 em 2020 e 70 em 2021.

Figura 2. Número de surtos de DTA e doentes envolvidos, Paraíba, 2015 a SE30/2021.



Fonte: Sinan Net, 2021. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Medidas de prevenção e controle das DTHA- Conforme Boletim Epidemiológico, número especial de março de 2021, do Ministério da Saúde, as ações de prevenção incluem práticas de higiene pessoal e coletiva e manejo adequado de alimentos para consumo, tais como:

- Lavar as mãos com água limpa e sabão, principalmente antes de preparar ou ingerir alimentos, após o manuseio de carnes cruas ou terra, após ir ao banheiro, após utilizar transporte público ou tocar superfícies que possam estar sujas, após tocar em animais, sempre que voltar da rua, antes e depois de amamentar e trocar fraldas;
- Promover medidas que visem à redução do risco de contaminação de alimentos, em especial no comércio ambulante;
- Consumir carnes bem cozidas/assadas, água tratada e alimentos, cujas condições higiênicas, de preparo e acondicionamento, sejam adequadas;
- Lavar e desinfetar as superfícies, os utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos;
- Ensacar e manter a tampa do lixo sempre fechada; quando não houver coleta de lixo, este deve ser enterrado em local apropriado;
- Usar sempre o vaso sanitário, mas se isso não for possível, enterrar as fezes sempre longe dos cursos de água;
- Eliminar fezes de felinos em lixo seguro;
- Expor as caixas de areia para fezes de gatos ao sol, preferencialmente, todos os dias diariamente ou sempre que possível;
- Higienizar adequadamente os vegetais, dando ênfase à esfregação mecânica em água corrente, antes de consumi-los ou prepará-los;

- Distribuir frascos de hipoclorito de sódio a 2,5% para a população sem acesso a água tratada;
- Orientar a população sobre o tratamento e armazenamento da água no domicílio filtrando e utilizando-se a solução de hipoclorito de sódio a 2,5% e, na falta do insumo, orientar quanto à necessidade de ferver a água durante 5 minutos (após a fervura) após filtração;
- Garantir o acesso da população aos serviços de saúde;
- Vacinar crianças contra o rotavírus humano – VORH;
- Incentivar o aleitamento materno;
- Promover atividades de educação em saúde;
- Cobrir as caixas de areia, para recreação infantil, a fim de evitar a contaminação por fezes de animais ou mantê-las expostas ao sol diariamente;
- Impedir a contaminação ambiental com vísceras de animais caçados por enterramento para evitar a alimentação de animais, especialmente gatos;
- Promover a educação de mulheres em idade fértil e pessoas imunocomprometidas com informações sobre a prevenção da transmissão de T. gondii, incluindo a higiene alimentar e evitando a exposição a fontes ambientais contaminadas

REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Doenças Tropicais Negligenciadas/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Número Especial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Expediente:

Geraldo Antônio Medeiros

Secretário de Estado da Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos

Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira

Chefe do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis

Silmara Pereira de Lima

Área Técnica da Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar.