



Doenças de Notificação Compulsória

“No período de Janeiro à Setembro de 2012, o NHE/HB/FAMERP fez o total de 2182 notificações de DNC conforme aponta a tabela abaixo.”

Tabela 3 - Número de DNC notificadas e investigadas no NHE/HB/FAMERP, de janeiro a 24 de setembro de 2012

Doenças	Nº de notificações
AIDS adulto	37
AIDS criança	1
Ac.Trabalho Exposição Material Biológico	128
Acidente de Trabalho grave	198
Acidente Animal Peçonhentos	101
Atendimento Anti-rábico	33
Botulismo	0
Coqueluche	62
Criança Exposta ao HIV	19
Dengue	376
Difteria	0
Doença de Chagas Aguda	0
Doença de Creutzfeldt-Jacob	4
Doenças Exantemáticas	2
Esquistossomose	0
Eventos Adversos Pós-vacina	11
Febre Amarela	5
Febre Maculosa	11
Febre Tifóide	4
Gestante HIV+	9
Hanseníase	6
Hantaviruses	18
Hepatite Virais	136
Influenza H1N1	147
Intoxicações Exógenas	316
Leishmaniose Tegumentar Americana	2
Leishmaniose Visceral	10
Leptospirose	49
Malaria	26
Meningite	314
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	7
Sífilis Congênita	20
Tétano Acidental	0
Tuberculose	97
Violência doméstica,sexual e/ou outras violências	34
Total	2182

Fonte: SINAN-FIE-NHE/HB/FAMERP - 2012* - Dados provisórios

Os dados da tabela 5 são referentes a casos suspeitos NOTIFICADOS e INVESTIGADOS pelo NHE/HB/FAMERP e não necessariamente confirmados.

Nas próximas edições serão abordados temas de interesse dos diversos problemas de saúde da população que acontecem no Hospital de Base.

Contamos com a colaboração dos profissionais interessados em indicar temas e/ou participar da elaboração dos próximos boletins epidemiológicos do NHE/HB/FAMERP. - e-mail: nhe@hospitaldebase.com.br



Segundo a Portaria Nº 104, DE 25 de janeiro de 2011 do Ministério da Saúde

Lista de Doenças de Notificação Compulsória

01. Acidentes por animais peçonhentos;
02. Atendimento antirrábico;
03. Botulismo;
04. Carbúnculo ou Antraz;
05. Cólera;
06. Coqueluche;
07. Dengue;
08. Difteria;
09. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Profissional de Saúde do HB, NOTIFIQUE ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia a ocorrência dos agravos relacionados acima.

Ramal 1380 (Segunda à Sexta-Feira das 8 às 17hs)

À noite, finais de semana e feriados notificar nos telefones de plantão da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde disponíveis com a telefonista do HB.



Expediente

Diretor Executivo

Dr. Horácio José Ramalho

Diretor Administrativo

Dr. Jorge Fares

Coordenação Técnica:

Dra. Maria Lúcia Machado Salomão

Dr. Moacir Fernandes de Godoy

Equipe de elaboração deste Boletim:

Enfº Aprim. André Luiz Gonçalves

Enfª Aprim. Caroline Mazza Benini

Dra. Fátima Grisi Kuyumjian

Enf. Gislaine Buzzini Fernandes

Dr. Irineu Luis Maia

Dra. Márcia Wakai Catelan

Dra. Maria Lúcia Machado Salomão

Enfª Vera Trefiglio Rollemberg Eid

Equipe de investigação do NHE/HB/2011:

Enf. Ana Maria Celestino Gonçalves

Enf. Aprim. André Luiz Gonçalves

Aux. Enf. Ariane Machado de Oliveira Torres

Enfª Aprim. Caroline Mazza Benini

Aux. Enf. Fabiana Cristina Moraes

Dra. Fátima Grisi Kuyumjian

Enf. Gislaine Buzzini Fernandes

Enf. Lais Dellamagna Maria

Dra Márcia Wakai Catellan

Dra. Maria Lúcia Machado Salomão

Projeto Gráfico: **Intermídia** Publicações

Patrocínio: Ministério da Saúde



Apoio: Secretaria de Estado da Saúde

Tiragem: 1.500 exemplares

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA NHE / HB / FAMERP



Leishmaniose

Boletim Epidemiológico
NHE/HB/FAMERP
Nº 7 – Ano 5 - 2012



Este é o sétimo Boletim Epidemiológico do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital de Base e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (NHE/HB/FAMERP). Trata-se de uma publicação periódica voltada aos profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiros e acadêmicos da área que atuam na interface com os principais problemas de saúde da população. Seu objetivo é divulgar e analisar os indicadores de saúde disponíveis na instituição, em especial os relacionados às principais Doenças de Notificação Compulsória (DNC) investigadas pelo NHE/HB/FAMERP. Neste exemplar apresentam-se os dados de Leishmaniose visceral notificados no HB nos últimos 6 anos, utilizando a base de dados do SINAN-Net do NHE/HB/FAMERP e do Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José do Rio Preto (GVE XXIX).

LEISHMANIOSE

Introdução

As leishmanioses são doenças causadas por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitidas por meio de vetores flebotomíneos infectados, possuem um espectro grande de manifestações clínicas, e essas diferenças estão relacionadas à espécie de *Leishmania* envolvida.

Há dois tipos de leishmaniose: Tegumentar Americana ou Cutânea (LTA) e a Visceral ou Calazar (LV).

Neste exemplar será abordada a Leishmaniose Visceral e oportunamente serão apresentados os dados de Leishmaniose Tegumentar Americana.

A LV era uma zoonose caracterizada como doença eminentemente rural, vem se expandindo para áreas urbanas de médio e grande porte e se tornou crescente problema de saúde pública no país e áreas do continente americano, sendo uma endemia em franca expansão geográfica.

Leishmaniose Visceral (LV)

Também conhecida como Calazar, esplenomegalia tropical, febre dundun, dentre outras denominações menos conhecidas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que ocorrem 500.000 casos novos de LV anualmente, sendo 90% em Bangladesh, Brasil, Índia, Nepal e Sudão.

O primeiro caso descrito no Brasil foi no ano de 1913 no município de Boa Esperança-MT e no ano de 1934, 41 casos foram identificados em indivíduos oriundos das Regiões Norte e Nordeste. A doença, desde então, vem sendo descrita em vários municípios brasileiros, apresentando mudanças importantes no padrão de transmissão.

Agente etiológico

É um protozoário tripanosomatídeo do gênero *Leishmania* sendo que, nas Américas, a *Leishmania chagasi* é a espécie comumente envolvida na transmissão da LV. O ciclo evolutivo apresenta duas formas, a amastigota, que é obrigatoriamente parasita intracelular em mamíferos e a promastigota, presente no tubo digestivo do inseto transmissor.

O cão é a principal fonte de infecção na ocorrência de casos humanos. No ambiente silvestre, os reservatórios são as raposas e os marsupiais.

Quanto aos Vetores no Brasil duas espécies até o momento estão relacionadas com a transmissão da doença, *Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia cruzi*. A primeira é considerada a principal espécie transmissora da *Leishmania chagasi* e a *Lutzomyia cruzi* detectada em área específica no Mato Grosso do Sul. São insetos denominados flebotomíneos, conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquiras, birigui, entre outros. Este vetor adapta-se facilmente ao peridomicílio e a variadas temperaturas, podendo ser encontrada no interior dos domicílios e em abrigos de animais domésticos. O período de maior transmissão da LV ocorre durante e logo após a estação chuvosa, quando há aumento da densidade populacional do inseto.

Período de incubação: Variável tanto para o homem, como para o cão. No homem, é de 10 dias a 2 anos, (média 2 a 6 meses). No cão, varia de 3 meses a vários anos (média de 3 a 7 meses). A suscetibilidade em crianças e idosos é maior. Uma pequena parcela de indivíduos infectados desenvolve sinais e sintomas da doença.

Modo de transmissão: No Brasil, a forma de transmissão é através da picada dos vetores infectados pela *Leishmania chagasi*.

Clínica

Os sintomas mais frequentes são febre e aumento do volume do fígado e do baço, emagrecimento, complicações cardíacas e circulatórias, desânimo, prostração, apatia e palidez. Quando não tratada, a doença pode levar à morte até 90% dos doentes.

Diagnóstico laboratorial

Exame Parasitológico: Mielograma com encontro de formas amastigotas do parasito, em material biológico obtido preferencialmente da medula óssea. Exame sorológico: imunofluorescência indireta de detecção mais fácil para o diagnóstico da LV, sendo considerados positivos titulação a partir da diluição 1:80.

Tratamento

O tratamento específico é a base de antimônio associado ao repouso e boa alimentação. A droga de primeira escolha é o antimoniato de N-metil glucamina. Para gestantes e pacientes que tenham contra-indicação ou que tenham apresentado toxicidade ou refratariedade ao uso dos antimoniais pentavalentes, é indicada a anfotericina B. No caso de pacientes com mais de 50 anos de idade, transplantados renais, cardíacos e hepáticos, sugere-se a anfotericina B lipossomal. É importante reforçar que o diagnóstico e tratamento precoce estão associados ao sucesso na recuperação e cura.

Medidas de Controle

As estratégias de vigilância e medidas de controle são diferenciadas conforme o risco epidemiológico. As áreas de transmissão da LV são classificadas, a partir da média de casos dos últimos três anos em: esporádica (< 2,4 casos), moderada (2,4 a < 4,4 casos) e intensa (4,4 casos). As ações recomendadas são: diagnóstico oportuno e tratamento adequado dos casos humanos, vigilância e monitoramento caninos, com eutanásia de cães soro reagentes, vigilância entomológica, manejo ambiental e controle químico.

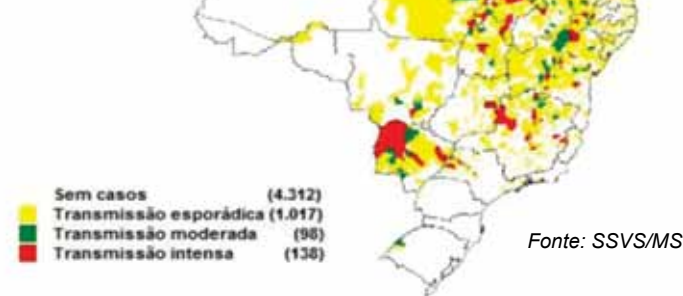
Epidemiologia

De 2001 a 2010 foram registrados 33.315 casos de LV no país, com média anual de 3.332 casos confirmados. Nesse mesmo período, ocorreram 2.287 óbitos por LV, representando uma letalidade de 6,9%. Em 2010, a região Nordeste representou 47,1% dos casos, seguida pelas regiões Norte (18,0%), Sudeste (17,8%), Centro-Oeste (8,6%) e Sul (0,1%). Atualmente, está distribuída em 21 estados, atingindo as cinco regiões brasileiras. É mais frequente no sexo masculino (62,2%) e em crianças menores de 10 anos (46,2%).



Áreas com transmissão de Leishmaniose Visceral (LV) no Brasil – Mapa da estratificação de LV segundo município de residência de casos de 2008 a 2010.

Figura 2. Mapa de transmissão de casos de LV no Brasil – 2008 a 2010



A tabela 1 aponta que 86% dos casos notificados no GVE 29 são municípios de residência pertencentes ao Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto – DRS15, e os demais são de outras DRS ou outras Unidades Federativas (UF). Acessado em 18/09/2012

Tabela 1: Casos de Leishmaniose Visceral distribuídas por municípios de residências das regiões de saúde (DRS) e outras UF, notificados no GVE 29 - São José do Rio Preto. no período de 2007 a 2012*.

municípios	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	Total
DRS XV-SJRP	5	7	10	6	19	13	60
Outras DRS	0	0	0	2	4	0	6
Outras UF	1	1	0	1	0	1	4
Total	6	8	10	9	23	14	70

Fonte: SINAN Net - GVE29

* Agosto de 2012

A tabela 2 distribui os casos confirmados atendidos pelo NHE/HB/FAMERP por município de residência destacando os três municípios com maior frequência no período de 2007 à agosto de 2012, mostra que os três municípios pertencem à DRSXV e aponta Jales com 33,3% seguido por São José do Rio Preto com 15% no período.

Tabela 2: Casos confirmados de Leishmaniose Visceral nos três municípios de residência com maior nº de casos, notificados no NHE/HB/FAMERP, no período de 2007 a 2012*.

Municípios	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Jales	0	2	5	4	4	2	17
SJRPreto	3	1	0	1	2	1	8
Votuporanga	0	0	0	0	2	0	2
Outros Municípios	2	5	4	3	9	1	24
Total	5	8	9	8	17	4	51

Fonte: SINAN Net/NHE-HB

* Setembro de 2012

Na tabela 3 observa-se a distribuição das notificações de LV realizadas no NHE/HB/FAMERP segundo critério de confirmação, apontando 60,7% de positividade no período levantado.

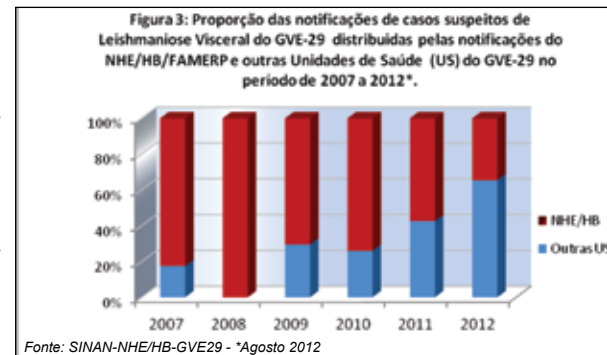
Tabela 3: Nº de casos suspeitos de Leishmaniose Visceral, distribuídos por classificação final, notificados pelo NHE/HB/FAMERP no período de 2007 a 2012*.

Classificação Final	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	Total
Confirmado	5	8	9	8	17	4	51
Descartado	0	1	3	9	14	6	33
Total	5	9	12	17	31	10	84

Fonte: SINAN-NHE/HB

* Setembro 2012

A figura 3 mostra a proporção das notificações realizadas pelo NHE/HB/FAMERP em comparação às outras Unidades de Saúde do GVE-29, correspondendo à média/ano de 69,9% das notificações no período.



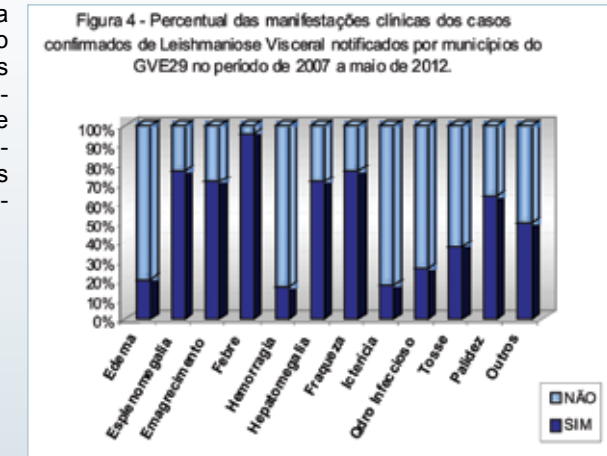
Quanto à distribuição das frequências dos casos confirmados por idade no período, conforme tabela 4, nota-se que 41,2% estão voltadas para as idades de 1 a 19 anos e destes a maior frequência é na faixa etária de 1 a 4 anos. Entre os casos de 20 a 59 anos, considerados faixa etária economicamente ativa, representa 43,1% e 15,7% para os casos com 60 anos e mais, conforme tabela abaixo.

Tabela 4: Casos confirmados de Leishmaniose Visceral notificado pelo NHE/HB, por faixa etária e ano da notificação no período de 2007 a 2012*.

Faixa Etária	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
1 a 4 anos	1	1	4	1	3	1	11
10 a 14 anos	0	0	1	1	2	2	6
15 a 19 anos	0	2	0	0	0	0	2
20 a 29 anos	2	1	1	2	2	0	8
30 a 39 anos	0	0	0	0	0	1	1
40 a 49 anos	1	1	1	2	2	0	7
5 a 9 anos	0	0	1	0	1	0	2
50 a 59 anos	0	1	0	0	5	0	6
60 a 69 anos	0	1	1	1	1	0	4
70 a 79 anos	1	0	0	0	1	0	2
80 e mais	0	1	0	1	0	0	2
Total	5	8	9	8	17	4	51

Fonte: SINAN-NET-NHE/HB/FAMERP - *Setembro 2012

A figura 4 aponta o levantamento do percentual de sinais e sintomas informados nas fichas de investigação epidemiológica dos casos confirmados no período em estudo.



Importante:

Os casos suspeitos de Leishmaniose Visceral são de notificação compulsória (Portaria Nº. 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011 do Gabinete do Ministro da Saúde).

O NHE/HB ramal=1380 recebe as notificações dos profissionais de saúde que atendem no Hospital de Base (emergências, ambulatórios, consultórios, internações) e realizam as investigações seguindo protocolo e fluxo das informações de acordo com MS.

Referências Bibliográficas

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Guia de Vigilância Epidemiológica, 6ª edição, série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF, 2005,

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561n – acessado em 18/09/2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_leishvis.html – acessado em 18/09/2012.