



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto Nacional de Infectologia

Evandro Chagas

BOLETIM DO

SEVS

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



INTRODUÇÃO

Esta publicação visa divulgar os dados produzidos pelo Serviço de Vigilância em Saúde (SEVS/INI) e ampliar a comunicação com a comunidade de profissionais e estudantes. Apresentamos a seguir uma breve descrição do processo de trabalho do SEVS/INI e o perfil das doenças e agravos notificados.

O Serviço de Vigilância em Saúde do INI é responsável pela notificação e monitoramento de doenças e agravos em pacientes atendidos em nível ambulatorial e de internação. Atua de forma integrada ao sistema de vigilância em saúde municipal e estadual do Rio de Janeiro e ao Ministério da Saúde, como hospital de referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar integrante da rede sentinela. A atuação da vigilância no nível hospitalar demanda esforços de sinergia e organização do processo de trabalho que amplie o seu escopo e qualifique as ações.

O processo de trabalho da vigilância envolve a busca ativa diária de agravos no Sistema de Controle do Centro de Clínicas - CECLIN, Sistema de Controle de Internação - SINT, Laboratório e Farmácia; notificação de todos os agravos suspeitos; monitoramento diário dos casos internados e óbitos; notificação imediata, por e-mail ou telefone, das doenças de notificação em 24 horas e notificação semanal dos demais agravos. A evolução dos pacientes e resultados de exames são monitorados para encerramento dos casos suspeitos em investigação.

No ano de 2017 foram notificados 2687 agravos no INI (tabela 1). O perfil observado está de acordo com o perfil epidemiológico e com a demanda de atendimento de referência, os projetos de pesquisa e a demanda espontânea, destacando-se a Esporotricose (13,3%) e a Tuberculose (8,1%). Os casos de AIDS e HIV estão sendo trabalhados em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para atualização dos dados no Sistema de Agravos de Notificação e compreendem casos novos e antigos. Um total de 156 (19,6%) casos novos de AIDS e 81 (23,2%) de HIV foram notificados em 2017. A malária (7%) se destaca pela referência para casos extra-amazônicos, que totalizaram 43% do total registrado, além dos casos em viajantes. Em relação às arboviroses, a suspeita de chikungunya apresentou maior frequência (5,8%), seguida de dengue (2,8%), Zika (0,8%) e Febre Amarela (0,4%).

Tabela 1**Distribuição das doenças e agravos notificados pelo Serviço de Vigilância em Saúde/INI/Fiocruz, 2017**

AGRAVO	MÊS DE NOTIFICAÇÃO												TOTAL GERAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
AIDS	46	2	68	52	55	74	72	121	88	117	89	10	794
ESPOROTRICOSE	35	18	30	27	29	40	38	26	39	22	33	21	358
HIV	31	1	30	49	52	42	25	19	11	48	39	2	349
TUBERCULOSE	9	17	19	18	17	17	10	18	31	21	15	25	217
MALÁRIA	17	23	12	16	14	3	9	31	19	11	15	17	187
SÍFILIS ADQUIRIDA	21	12	19	12	28	19	11	10	8	20	9	16	185
CHIKUNGUNYA	21	13	16	14	12	11	7	8	12	13	14	15	156
DENGUE	7	8	4	6	4	5	2	5	7	16	8	5	77
HEPATITE VIRAL (C)	26	4	1	1	17	4	8	4		1	5		71
ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO	5	13	8	10	3		1		2		3	5	50
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	7	2	5	1	3	6	3		2	4	2	3	38
MENINGITE	4			3	5	2	2		5	2		1	24
ZIKA	1	2	1	3	1		1	2	1	3	5	1	21
HERPES GENITAL	13	1	1			1						4	20
CONDILOMA ACUMINADO (HPV)	15	1		2								1	19
HEPATITE VIRAL (B)	11	1				3					3		18
EVENTO ADVERSO PÓS VACINAÇÃO (EAPV)	1		1	7	2	1		1	1			1	15
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	3		4		2	1	2	2					14
HEPATITE VIRAL (A)	1								2	3	5	1	12
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	2	3	1	1	1		1	2					11
FEBRE AMARELA	1			4	2		2				1		10
FEBRE MACULOSA/RICKETTSIOSES	2						2	2	2	1		1	10
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO	1				1	2	1	1			1	1	8
LEPTOSPIROSE		1	1	1	1			1	1		1		7
ESQUISTOSSOMOSE					3	1	1						5
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO			1		1	1							3
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE		1					1						2
BORRELIOSE					1								1
CAXUMBA		1											1
CÓLERA				1									1
DOENÇA PRIÔNICA					1								1
LEISHMANIOSE VISCERAL					1								1
RAIVA HUMANA							1						1
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE	1												1
TOXOPLASMOSE				1									1
TOTAL GERAL	281	124	222	229	256	233	200	253	231	282	248	130	2689

No período de janeiro a agosto de 2018 há um total parcial de 1550 casos notificados (tabela 2) com taxa de notificação variando de 14,4 a 30,1/1000 atendimentos (figura 1). A Chikungunya foi a doença suspeita mais frequente (25,5%), seguida da esporotricose (13,6%). Do total de casos de AIDS/HIV notificados, 44 (26,6%) e 30 (47,6%) respectivamente constituem casos novos. A tuberculose se mantém como agravo suspeito mais frequente (9,6%), seguida pela malária (8,8%). Foram confirmados 30 casos de malária (22%), sendo dois casos de malária de região extra- amazônica.

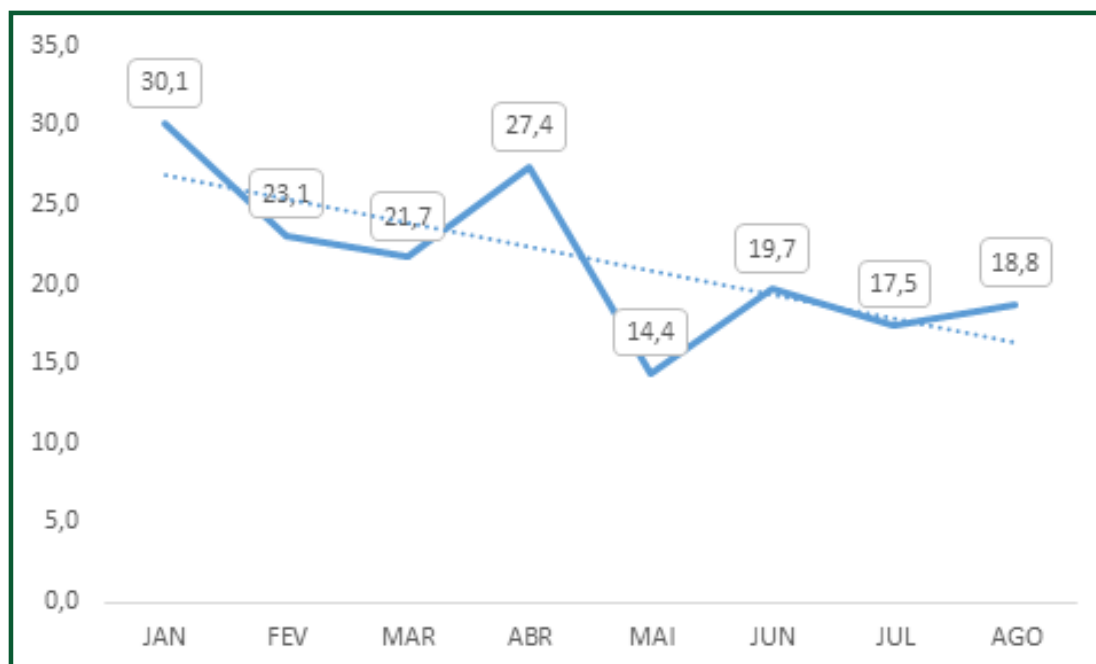
Tabela 2

Distribuição das doenças e agravos notificados pelo Serviço de Vigilância em Saúde/ INI/Fiocruz, Janeiro a agosto 2018

AGRAVO	MÊS DE NOTIFICAÇÃO								TOTAL GERAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	
CHIKUNGUNYA	19	24	53	106	63	49	44	37	395
ESPOROTRICOSE	25	22	20	31	29	16	33	35	211
AIDS	44	1	22	14	8	20	22	34	165
TUBERCULOSE	16	8	29	25	7	24	21	19	149
MALÁRIA	25	40	19	16	6	12	7	11	136
SÍFILIS ADQUIRIDA	25	8	9	11	10	13	13	12	101
HIV	17		10	7	8	5	8	8	63
DENGUE	19	12	7	6	4	1	2	1	52
HEPATITE VIRAL (C)	13		12	6		14	4	2	51
FEBRE AMARELA	10	27	2	5	2				46
ZIKA	7	5	1	3	2		2	1	21
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	5	1	1	2		2	2	7	20
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	1	5	3	2	2	2		3	18
ACIDENTE DE TRABALHO COM MAT BIOLÓGICO	3	2		5	1		1	4	16
HEPATITE VIRAL (B)	4		2	4		2	3		15
HERPES GENITAL	1	1	3	1	1	2	3	3	15
HEPATITE VIRAL (A)	4		3	3		1		2	13
LEPTOSPIROSE	1	2	5	3				2	13
CONDILOMA ACUMINADO (HPV)	2	3	2			2	2	1	12
MENINGITE	3			2		1	1		7
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO		2	1		1	1	2		7
EVENTO ADVERSO PÓS VACINAÇÃO (EAPV)	1	5							6
FEBRE MACULOSA/RICKETTSIOSES						1	1	4	6
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASC	1		2			1			4
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA				1				2	3
LEISHMANIOSE VISCERAL						1		1	2
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE					1				1
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	1								1
FEBRE TIFOIDE								1	1
TOTAL GERAL	247	168	206	253	145	170	171	190	1550

Figura 1

Taxa de doenças de notificação compulsória registradas para cada 1000 atendimentos revisados pelo Serviço de Vigilância em Saúde/INI/FIOCRUZ, Janeiro a agosto 2018.



Além da busca ativa diária há uma funcionalidade no sistema que permite que os profissionais do atendimento acionem a ferramenta CID (Classificação Internacional de Doenças) ao suspeitarem de um agravo de notificação. Este recurso é importante na medida em que possibilita a sinalização imediata diante da suspeita clínica, porém não substitui a busca ativa. Os casos notificados por acionamento do CID contribuíram em média com 19,0% e 31,0 % dos casos respectivamente (figuras 2 e 2.1).

Figura 2

Distribuição Percentual das notificações realizadas por busca ativa pelo SEVS/INI/Fiocruz e as doenças de notificação sinalizadas por meio da ferramenta CID no CECLIN e SINT, 2017.

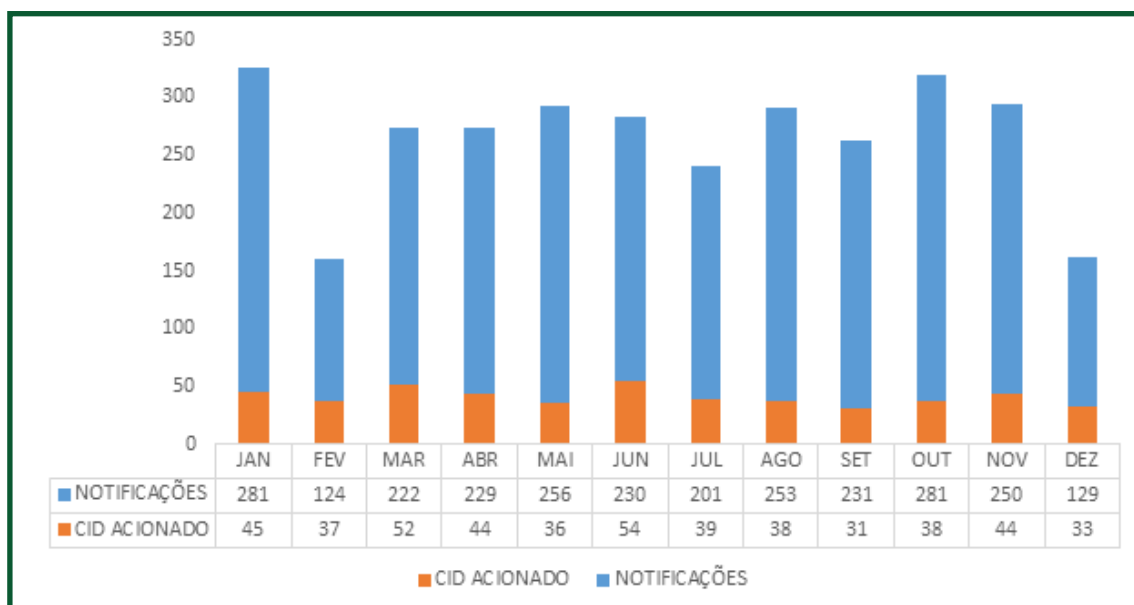
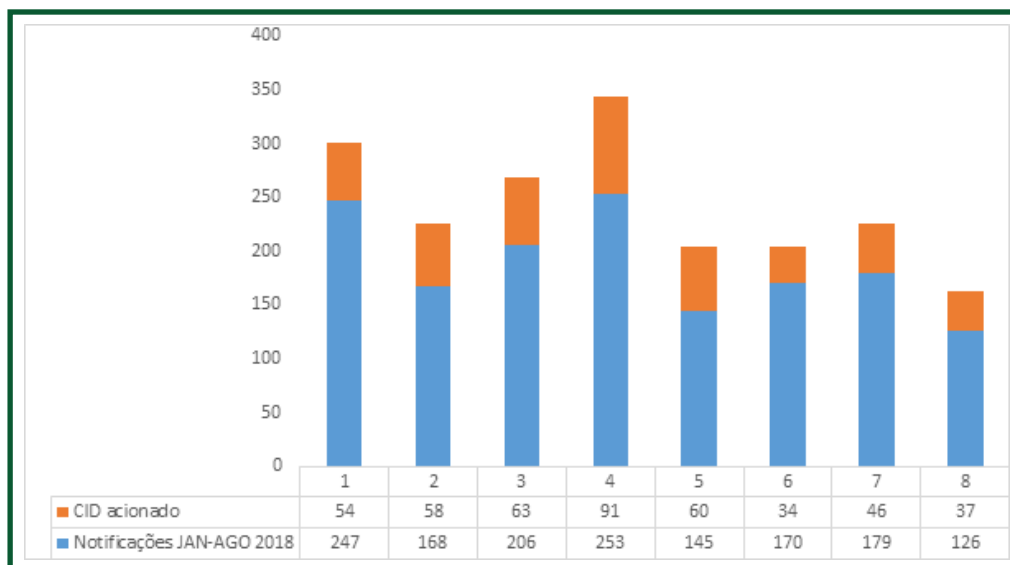


Figura 2.1

Distribuição das notificações realizadas por busca ativa pelo SEVS/INI/FIOCRUZ e as doenças de notificação sinalizadas por meio da ferramenta CID no CECLIN e SINT, Janeiro a agosto 2018.



A vigilância de arboviroses resultou em 264 casos suspeitos no ano de 2017 e 514 suspeitos entre janeiro e agosto de 2018. Chikungunya foi a arbovirose mais frequente em 2017 (n=156) e 2018 (n=395),

Do total notificado em 2017 e 2018, 36% e 67,6% dos casos suspeitos de chikungunya, respectivamente, foram confirmados e encerrados por critério laboratorial (Tabelas 3 e 3.1).

Tabela 3

Distribuição das Arboviroses Notificadas e Encerradas, segundo o Critério de Encerramento, SEVS/INI/ Fiocruz, 2017

	CASOS CONFIRMADOS POR CRITÉRIO		CASOS DESCARTADOS POR CRITÉRIO		CASOS EM INVESTIGAÇÃO	TOTAL
	Laboratorial	Clínico Epidemiológico	Laboratorial	Clínico Epidemiológico		
Chikungunya	56	4	78	18		156
Dengue	7	2	45	23		77
Febre amarela	3		7			10
Zika	5		16			21
TOTAL	71	6	146	41		264

Tabela 3.1**Distribuição das Arboviroses Notificadas e Encerradas, segundo o Critério de Encerramento, SEVS/INI/ FIOCRUZ, Janeiro a agosto 2018**

	CASOS CONFIRMADOS POR CRITÉRIO		CASOS DESCARTADOS POR CRITÉRIO		CASOS EM INVESTIGAÇÃO	TOTAL
	Laboratorial	Clínico Epidemiológico	Laboratorial	Clínico Epidemiológico		
Chikungunya	267	2	125		1	395
Dengue	4		47	1		52
Febre amarela	33		13			46
Zika	1		20			21
TOTAL	305	2	205	1	1	514

Para garantir a qualidade do processo de investigação dos casos foi elaborado um sistema de monitoramento com os Indicadores de Oportunidade no Encerramento das investigações (Tabela 4). O monitoramento é feito por meio de planilhas com alerta de datas limite. A meta de encerramento em tempo oportuno (80% em até 60 dias) foi atingida para todas as arboviroses investigadas no período.

Tabela 4**Distribuição das Arboviroses Notificadas e Encerradas, segundo o Critério de Encerramento, SEVS/INI/ FIOCRUZ, Janeiro a agosto de 2018**

AGRAVO	INOPORTUNO	OPORTUNO	TOTAL	% OPORTUNIDADE ENCERRAMENTO
Chikungunya	15	379	394	96,2
Dengue	2	50	52	96,2
Febre amarela	1	45	46	97,8
Zika	1	20	21	95,2
TOTAL GERAL	19	494	513	96,3

CHIKUNGUNYA

Situação epidemiológica

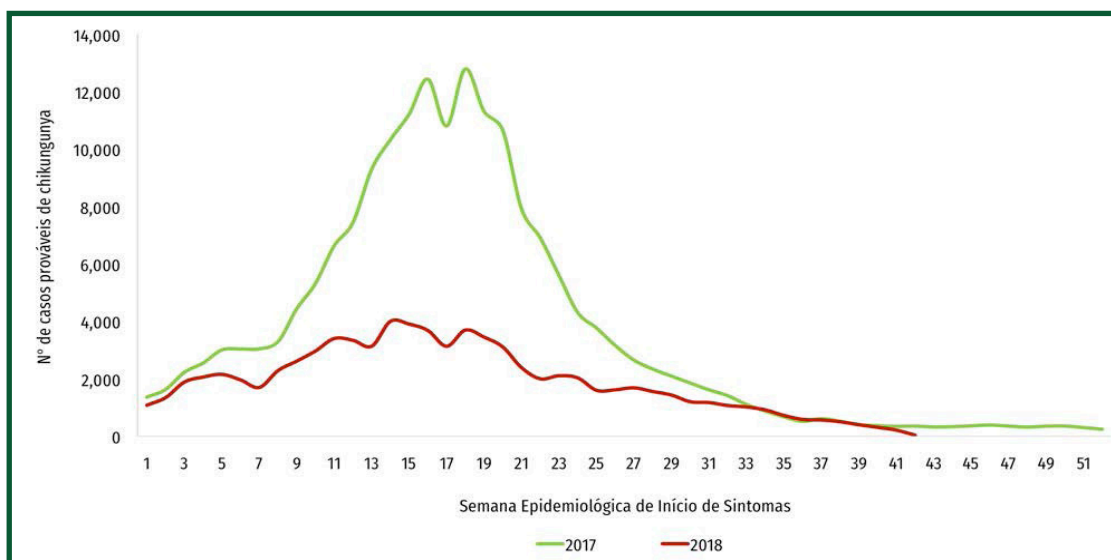
Em 2017 foram registrados 185.593 casos prováveis de febre de Chikungunya até a semana epidemiológica (SE) 52. Em 2018, até a SE 42 (31/12/2017 a 20/10/2018), foram registrados 80.010 casos prováveis de febre de chikungunya no país, com uma incidência de 38,5 casos/100 mil hab (Figura 3). A região Sudeste concentrou 59,8% dos casos notificados.

No ano de 2018 foram confirmados 59.584 (74,5%) e outros 21.575 casos suspeitos foram descartados. Até a SE 42, foram confirmados laboratorialmente 33 óbitos por chikungunya e existem ainda 51 óbitos em investigação.

As mais altas taxas de incidência até a semana 42 de 2018 ocorreram nas regiões Centro-oeste (86,3/100.000 hab.) e Sudeste (55/100.000 hab.). A aproximação da estação de maior proliferação do mosquito vetor e recente Levantamento Rápido de Índices de Infestação pelo *Aedes aegypti* (LIRAA) indicando alto índice para 22% dos municípios brasileiros alertam para o risco de aumento das doenças causadas pelo *Aedes aegypti*.

Figura 3

Casos prováveis de febre de chikungunya, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2017 e 2018



Casos atendidos no INI

Entre janeiro e agosto de 2018 foram atendidos no INI 395 casos suspeitos de chikungunya, com o seguinte perfil: 57,5% do sexo feminino, mediana de idade de 43 anos (9 – 88). Foram atendidas 28 gestantes (14,3% no primeiro trimestre, 39,3% no segundo trimestre e 42,8% no terceiro trimestre). Foram confirmados 267 casos por critério laboratorial (67,6%). Os sintomas mais frequentes foram febre (96,5%) e artralgia (91%) seguidos de mialgia (43,8%) e cefaléia (42,3%). Onze pacientes foram internados (2,8%) e não houve óbitos. Do total de pacientes atendidos, 29,8% residiam em outro município fora do Rio de Janeiro. Os mais frequentes foram Duque de Caxias, São Gonçalo, Belford Roxo, Niterói e Nova Iguaçu.

FEBRE AMARELA

Situação epidemiológica

A ocorrência de casos de febre amarela em regiões não endêmicas tem sido observada em décadas recentes, bem como um padrão sazonal de ocorrência de casos humanos, com a consequente implantação da vigilância baseada na sazonalidade. Entre 2016 e 2017 observou-se um surto principalmente na região Sudeste com 779 casos humanos e 262 óbitos. Entre julho de 2017 e junho de 2018 foram notificados 7518 casos suspeitos de febre amarela no país, sendo confirmados 1376 casos e registrados 483 óbitos (MS, 2018).

Tabela 5

Distribuição dos casos confirmados à SVS/MS, por SE de ocorrência, nos períodos de monitoramento 2016/2017 (jul/16 a jun/17) e 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 26*

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	1	1					
	Amapá	7	6	1				
	Amazonas	8	8					
	Pará	52	41	11				
	Rondônia	11	9	2				
	Roraima	4	3	1				
	Tocantins	29	23	6				
Nordeste	Alagoas	8	8					
	Bahia	84	69	15				
	Ceará	6	6					
	Maranhão	10	8	2				
	Paraíba	7	4	3				
	Pernambuco	9	6	3				
	Piauí	11	9	2				
	Rio Grande do Norte	8	4	4				
Sergipe	3	3						
Centro-Oeste	Distrito Federal	170	163	6	1		1	100,0
	Goiás	101	93	8				
	Mato Grosso	13	10	3				
	Mato Grosso do Sul	17	17					
Sudeste	Espírito Santo	148	129	13	6	5	1	16,7
	Minas Gerais	1706	1057	117	532	351	181	34,0
	Rio de Janeiro	1402	934	186	282	185	97	34,4
	São Paulo	3459	2527	377	555	352	203	36,6
Sul	Paraná	134	126	8				
	Rio Grande do Sul	58	51	7				
	Santa Catarina	52	49	3				
TOTAL		7518	5364	778	1376	893	483	35,1

Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão. Casos notificados, sem identificação de UF: 20

Casos humanos e epizootias em primatas não humanos (PNH) foram recentemente registrados em uma ampla área do território nacional. Inicialmente, entre 2014/2015, a transmissão se deu na região Norte, com posterior expansão no sentido leste e sul do país, com destaque para a região Centro Oeste entre 2015/2016. No período 2016/2017, foi registrado o surto mais expressivo no Brasil, que afetou principalmente os estados da região Sudeste.

FEBRE AMARELA

De acordo com o Ministério da Saúde casos humanos e epizootias em PNH, no atual período de monitoramento, estão dispostos em Tocantins, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo.

VACINAÇÃO: A vacinação contra Febre Amarela é a medida mais importante para a prevenção e controle da doença. A vacina utilizada no país é produzida pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), é segura e altamente eficaz na proteção contra a doença. Faz parte do calendário de imunização de rotina nas áreas com recomendação de vacinação (ACRV), disponíveis para consulta no link:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/listavacinacaofa.pdf>.

A imunização está indicada para viajantes que se destinam a áreas com recomendação de vacinação no Brasil e para países endêmicos, conforme recomendações do Regulamento Sanitário Internacional, devendo esta ser realizada até dez dias antes da viagem. O Brasil adota, desde abril de 2017, o esquema vacinal de dose única recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Casos atendidos no INI

No ano de 2018 foram atendidos 46 casos suspeitos de Febre Amarela no INI e 42 pacientes (91,3%) foram internados no hospital, que atuou como referência. Foram confirmados 33 casos, 28 por RT-PCR (85%) e 05 por sorologia (15%). O tempo médio entre o atendimento e o início dos sintomas foi de 5,4 dias e mediana de 4 dias, com maior concentração de casos internados entre o terceiro e quarto dia de doença, variando de 1 a 24 dias de intervalo (Figura 4). Houve predomínio do sexo masculino (75,8%); a idade variou entre 15 e 72 anos, com média de 45,4 e mediana de 46 anos. Foi observado o total de 10 óbitos, sendo 8 com confirmação laboratorial. A taxa de letalidade foi 24,2, abaixo da letalidade observada no país (40,8%) no período de julho de 2017 a junho de 2018). Os municípios de residência mais frequentes foram Angra dos Reis (15,2%), Rio de Janeiro (10,9%), Duque de Caxias e Nova Friburgo (6,5% cada).

FEBRE AMARELA

Figura 4

Casos confirmados de Febre Amarela segundo tempo de doença na internação, SEVS/INI/Fiocruz, 1.º Semestre - 2018

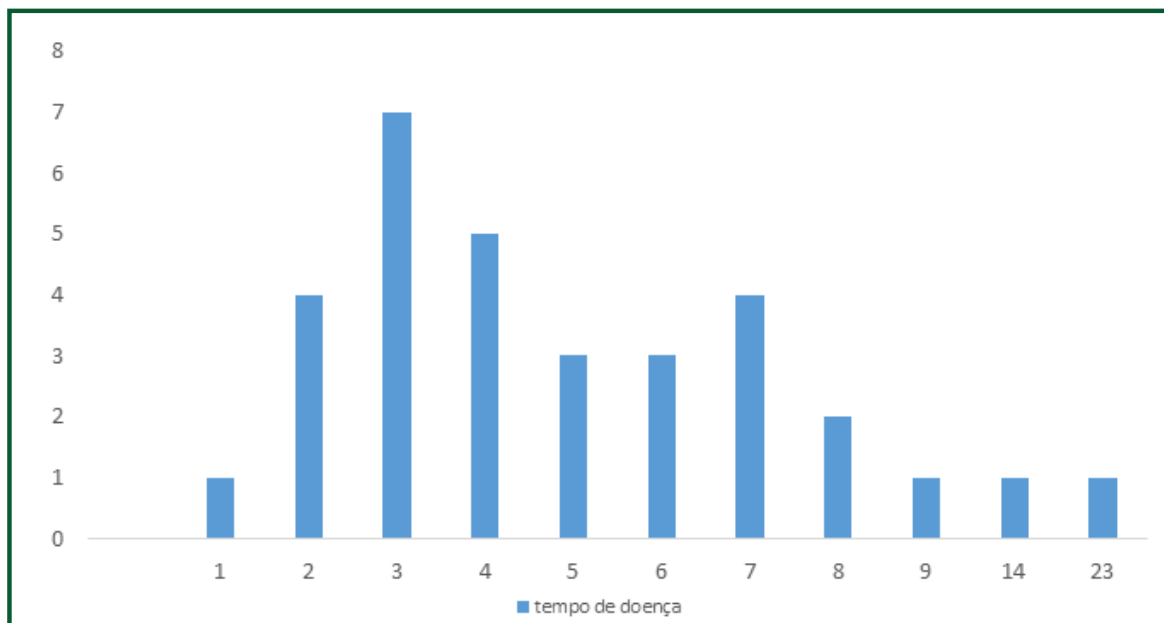
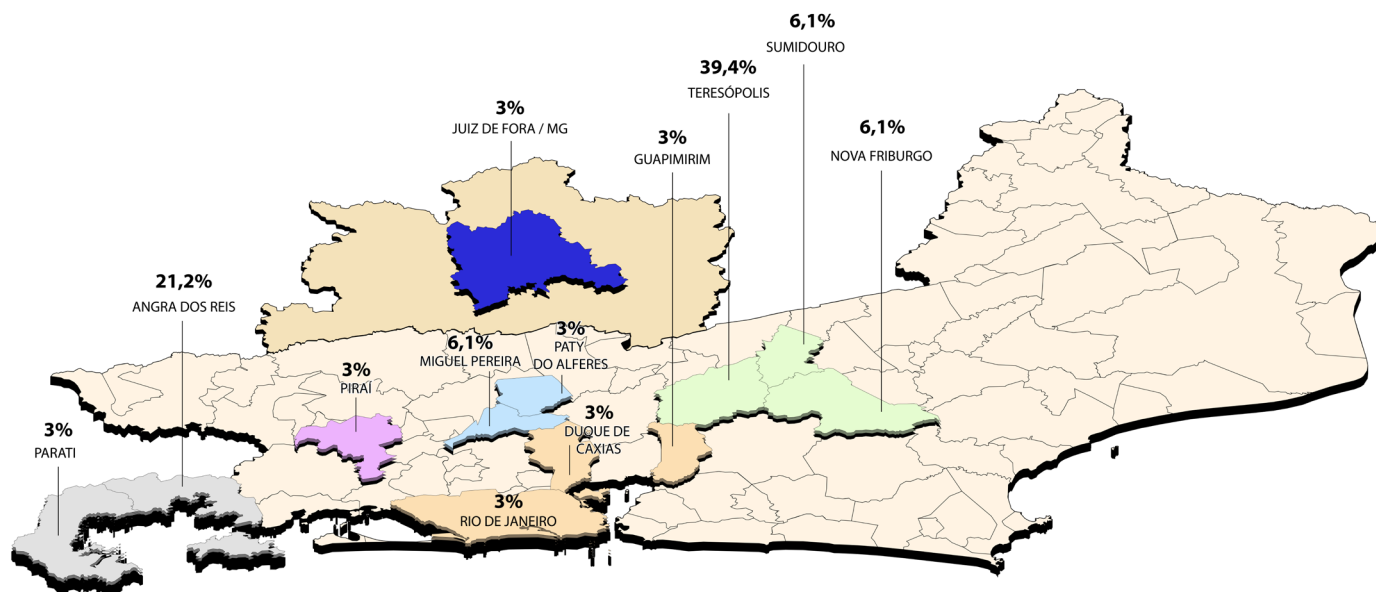


Figura 5

Casos confirmados de Febre Amarela internados no INI segundo local de residência, SEVS/INI/Fiocruz, 1.º Semestre - 2018



SARAMPO

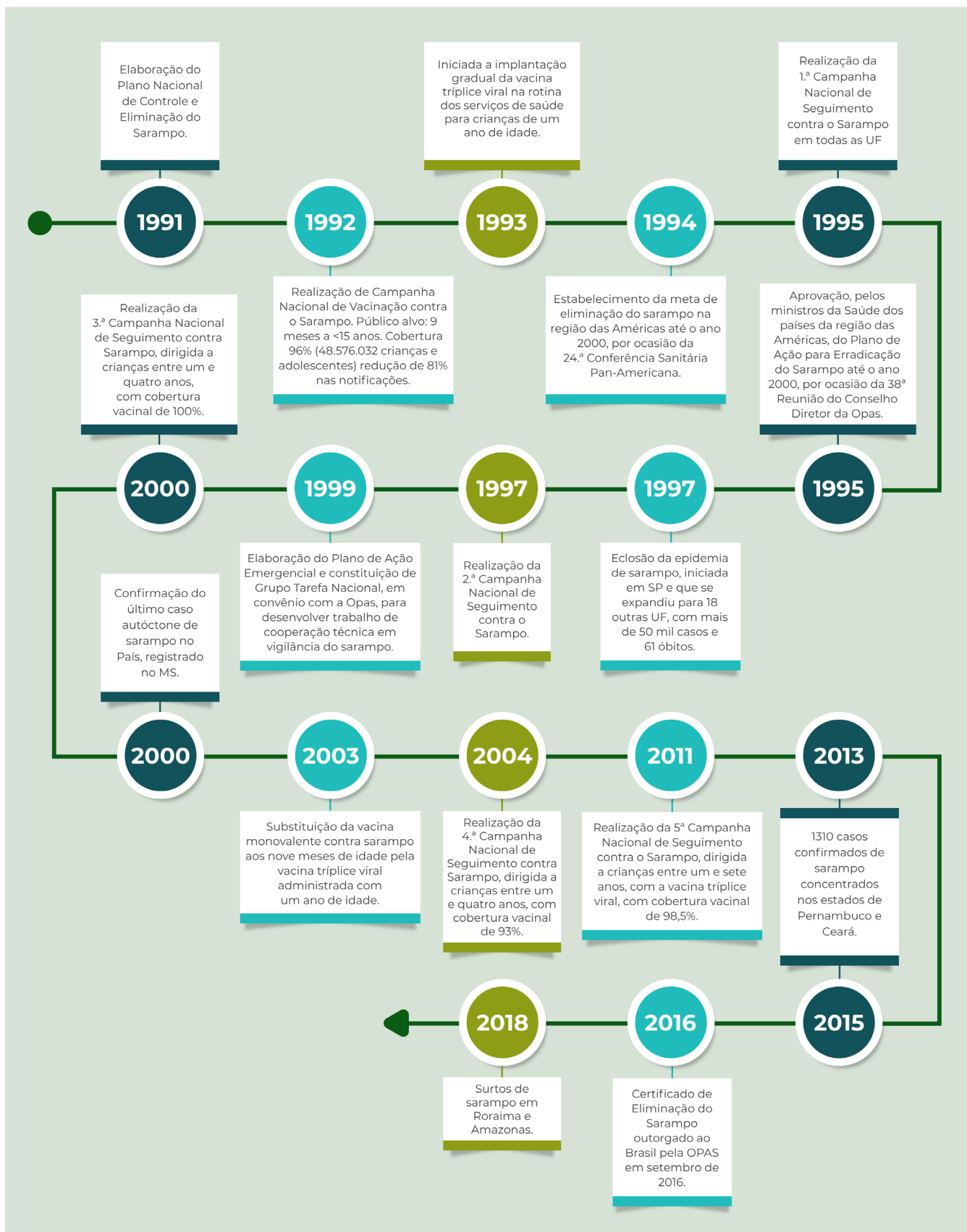
Até 30 de outubro deste ano foram confirmados 2.564 casos de sarampo no país. Atualmente, o Brasil enfrenta dois surtos de sarampo relacionados à importação: no Amazonas são 2.126 casos confirmados e 7.611 em investigação, e em Roraima são 345 casos confirmados, com 50 ainda em investigação. O genótipo do vírus (D8) que está circulando no país é o mesmo que circula na Venezuela, país que enfrenta um surto da doença desde 2017. Foram ainda registrados casos isolados e relacionados à importação nos estados de São Paulo (3), Rio de Janeiro (19); Rio Grande do Sul (43); Rondônia (2), Pernambuco (4), Pará (17), Distrito Federal (1) e Sergipe (4).

Foram confirmados 12 óbitos por sarampo no país: quatro no estado de Roraima (três em estrangeiros e um em brasileiro), seis óbitos no Amazonas e dois no Pará (indígenas venezuelanos). As ações de bloqueio vacinal têm sido empreendidas nos estados com casos suspeitos, bem como a intensificação da vacinação de rotina. A campanha Nacional de Vacinação visou atingir a meta de 95% de cobertura, sobretudo nos estados com casos confirmados de sarampo.

Na década de 70 o sarampo constituía uma das principais causas de óbito dentre as doenças infecciosas em menores de cinco anos, com posterior redução do número de óbitos na década de 80 graças ao aumento da cobertura vacinal e melhoria da assistência médica. Na década de 90 foi elaborado e implementado o Plano Nacional de Controle e Eliminação do Sarampo, conforme descrito a seguir na linha do tempo. O último caso autóctone de sarampo registrado no país ocorreu no ano 2000 e em 2016 foi outorgado ao Brasil o certificado de eliminação do Sarampo pela OPAS.

SARAMPO

LINHA DO TEMPO DO SARAMPO



PALAVRAS FINAIS

A Vigilância em Saúde Hospitalar configura um relevante desafio em uma unidade de referência no atendimento e diagnóstico a doenças infecciosas, de excelência em pesquisa, com redes de cooperação em nível nacional e internacional. Portanto, requer investimentos em diferentes estratégias para a garantia da sensibilidade, oportunidade, ação integrada e qualidade da vigilância, bem como o investimento em métodos de comunicação amplos e efetivos, além do investimento no processo formativo dos profissionais.

Objetivos: analisar os resultados das ações desenvolvidas para o fortalecimento da vigilância hospitalar; descrever as estratégias e as ferramentas desenvolvidas para aumentar a sensibilidade e garantir a oportunidade das ações de vigilância; descrever os indicadores de avaliação e monitoramento; e caracterizar as iniciativas de formação.

O desenvolvimento das ações de vigilância em um instituto de pesquisa em doenças infecciosas configura um relevante desafio, uma vez que a maior parte dos agravos se constitui em objeto de notificação. Diante do perfil e volume de atendimentos e internações, foram desenvolvidas estratégias para aumentar a sensibilidade da vigilância com a inclusão de diversas fontes de notificação e mecanismos de busca ativa em um trabalho integrado, além do estímulo à notificação pelos profissionais.

Para acessar informações atualizadas sobre a situação epidemiológica no Brasil e no mundo, seguem sugestões de links:

<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude>

<https://www.promedmail.org/>

<http://www.who.int/csr/don/en/>

<https://emergency.cdc.gov/recentincidents/index.asp>

REFERÊNCIAS

- <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/08/Informe-FA.pdf>
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_amarela_guia_profissionais_saude.pdf
- <http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>
- <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/05/2018-051-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-doen--a-aguda-pelo-v--rus-Zika-at---a-Semana-Epidemiol--gica-42-de-2018-publica--ao.pdf>
- <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43454-brasil-pode-ter-aumento-de-casos-de-dengue-zika-e-chikungunya>

Equipe técnica do Serviço de Vigilância em Saúde (SEVS) - INI/Fiocruz:

- Mayumi Duarte Wakimoto
- Margarete Bernardo Tavares da Silva
- Elisabete Penha Vaz Albuquerque
- Fábio Moura das Neves
- Belarmina Trindade Luz
- Wagner Brito (Estagiário)

COMO NOTIFICAR O SEVS

Telefones (2.ª a 6.ª feira, das 08h às 17h)

3865-9554 • 3865-9502

E-mail: sevs@ini.fiocruz.br

Informações no site: www.ini.fiocruz.br

