



Informe Técnico das Doenças de Transmissão Hídricas e Alimentares (DTA)

Introdução:

Doenças de transmissão alimentar é um termo genérico aplicado a uma síndrome, geralmente, constituída de anorexia, náuseas, vômitos e/ou diarreia. As DTAs são atribuídas à ingestão de alimentos ou água contaminados por bactérias, vírus, parasitas, toxinas, príons, agrotóxicos, produtos químicos e metais pesados.

Além dos sintomas digestivos, podem ocorrer afecções extra-intestinais em diferentes órgãos e sistemas, como: meninges; rins; fígado; sistema nervoso central; terminações nervosas periféricas; e outros, de acordo com o agente etiológico envolvido. O quadro clínico das DTA depende, portanto, do agente etiológico envolvido e varia desde leve desconforto intestinal até quadros extremamente sérios, com desidratação grave, diarreia sanguinolenta, insuficiência renal aguda (síndrome hemolítica urêmica) e insuficiência respiratória (botulismo).

Mais de 250 diferentes tipos de doenças de transmissão alimentar têm sido descritos e as doenças de notificação compulsória, conforme portaria 104, de 25 de janeiro de 2011 são: cólera; febre tifóide; botulismo; hepatite A, rotavírus (em unidade sentinela) e variante da doença de Creutzfeldt Jacob (VDCJ). Algumas são consideradas DTAs emergentes, como: síndrome hemolítico urêmica (SHU); síndrome de Creutzfeld-Jacob; e campilobacteriose.

A suscetibilidade para adquirir doenças transmitidas por alimentos é geral, mas, crianças, idosos e imunodeprimidos, têm suscetibilidade aumentada. As DTAs, geralmente, não conferem imunidade duradoura. O período de incubação varia conforme o agente etiológico, e podem durar frações de horas a meses.

A veiculação da doença se faz por alimento contaminado e pode ocorrer em toda a cadeia alimentar desde a produção primária até o consumo (plantio, aguação, manuseio, transporte, cozimento, acondicionamento, etc) Os alimentos de origem animal e os preparados para consumo coletivo, destacam-se como os maiores responsáveis por surtos.

Os principais mecanismos patogênicos relacionados às doenças de transmissão alimentar se manifestam com: **Infecção** que é através da Ingestão de microorganismos patogênicos, denominados invasivos: bactérias (salmonela spp. Shigella spp. yersina enterocolitica e campylobacter jejuni); alguns agentes virais (rota, norovirus, etc), protozoários e helmintos também estão envolvidos nas infecções de DTA. **Toxinfecção**, representa os microorganismos toxigênicos que multiplicam, esporulam ou sofrem lise na luz intestinal e liberam toxinas que atuam nos mecanismos de secreção/absorção da mucosa do intestino (E.coli enterotoxigênica, V.cholerae, Clostridium perfringens e Bacillus cereus –cepa diarreica.) **Intoxicação** é a Ingestão de toxinas pré formadas em decorrência da intensa proliferação do microorganismos patogênicos no alimento (Staphylococcus aureus, Bacillus Cereus-cepa emética e Clostridium botulinum). As intoxicações não bacterianas são produzidas por substâncias tóxicas – Metais pesados, agrotóxicos, etc.

Em Goiás, o programa de controle das doenças de transmissão alimentar está inserido na Coordenação de Controle das Doenças de Transmissão Hídricas e Alimentares, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, Superintendência de Vigilância em Saúde, Secretaria Estadual de Saúde. Segue abaixo, série histórica com a análise situacional, contendo o perfil epidemiológico das doenças transmitidas por alimento no Estado.

Metodologia

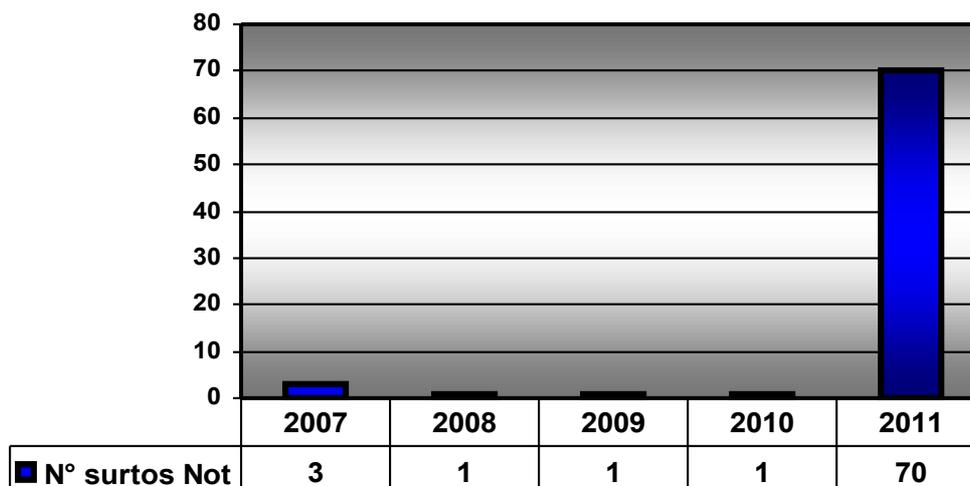
Foi realizado um estudo descritivo e analítico de abordagem quantitativa, com referência temporal retrospectiva, do ano de 2007 a 2011.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Estado de Goiás.

Análise situacional dos Surto de DTA no Estado de Goiás

Em Goiás, no ano de 2011, foram notificados 69 surtos de doenças de transmissão hídricas e alimentares (DTA's). Observa-se, figura 1, que nos anos anteriores havia uma subnotificação de surtos de DTA, após implementação das ações de vigilância epidemiológica em 2011, houve um aumento significativo das notificações, no entanto apesar deste aumento, esses dados continuam não refletindo a real situação do perfil epidemiológico dos surtos, já que ainda possuímos vários municípios silenciosos no Estado.

Figura 1- Distribuição de Surtos Notificados de Síndrome Diarreica Aguda, Goiás, 2007-2011*



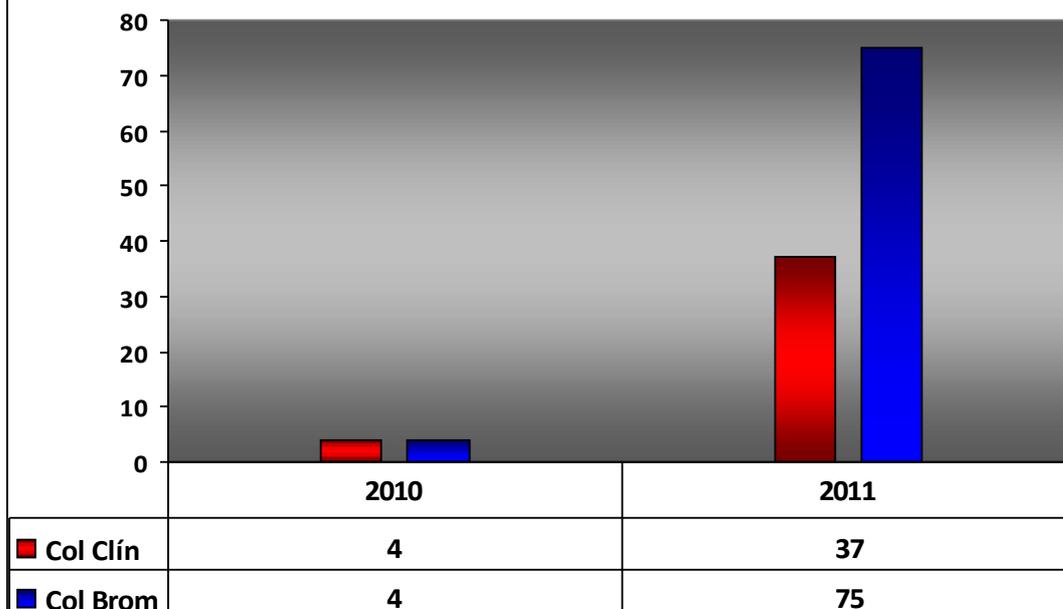
Fonte: SINAN/GVEDT/SUVISA/SES-GO.

*Dados Preliminares

A figura 2 mostra que houve um aumento nas coletas tanto clínica como bromatológicas no ano de 2011.

Em relação ao diagnóstico laboratorial para conhecimento do agente etiológico responsável pelos 70 surtos notificados em 2011, apenas 55% destes coletaram amostras clínicas e 28,5% amostras bromatológicas. Os patógenos das coletas clínicas (tab.1) e bromatológicas (tabela 2) de acordo com o critério laboratorial mais prevalente nos surtos de transmissão hídrica e alimentar estão distribuídos abaixo.

Figura 2- Nº de Coletas Clín/Brom de surtos de Síndrome Diarreica Aguda, Goiás, 2010-2011*



Fonte: SINAN/GVEDT/SUVISA/SES-GO

*Dados Preliminares

Tabela 1- Nº de amostras clínicas colhidas nos surtos de DTA, segundo patógenos mais freqüentes, Goiás, 2011

Amostras / Patógenos	Amostras clínicas colhidas
Norovírus	15
Citrobacter	1
Salmonella Sp	11
Escherichia Coli	40
Total	67 Pessoas*

Fonte: SINANNET/GVEDT/SUVISA/SES/GO

* Dos 70 surtos apenas 37 destes foram colhidas amostra de fezes totalizando 67 pessoas

Tabela 2- Distribuição das amostras bromatológicas insatisfatórias colhidas nos surtos de DTA segundo os patógenos isolados, Goiás, 2011/2012

Amostras/Agentes Etiológicos	Amostras 2011	Amostras 2012*
Listeria monocytogenes	2	0
Clostrídus Sulfito	8	2
Coliformes	33	7
Bacillus Cereus	20	4

Estafilococos	33	7
Salmonella SP	35	6
Escherichia Coli	3	0
Pseudomonas Aeruginosas	1	0
Nitratos Enterococcus	1	0
Total de amostra coletadas (Satisf.+Insatisf.)	105 ***	17 **

Fonte: CMQP/GVSP/SUVISA/SES/GO

****17 coletadas - 08 insatisfatórias**

*****105 coletadas -34 Insatisfatória**

***Dados preliminares até março.**

De acordo com os dados apresentados na tabela1, nota-se que houve um aumento acentuado de unidades implantadas e unidades que informaram no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarréicas Agudas (SIVEP-DDA) no Estado, gerando assim, um aumento de 43% de casos de diarreias agudas informadas.

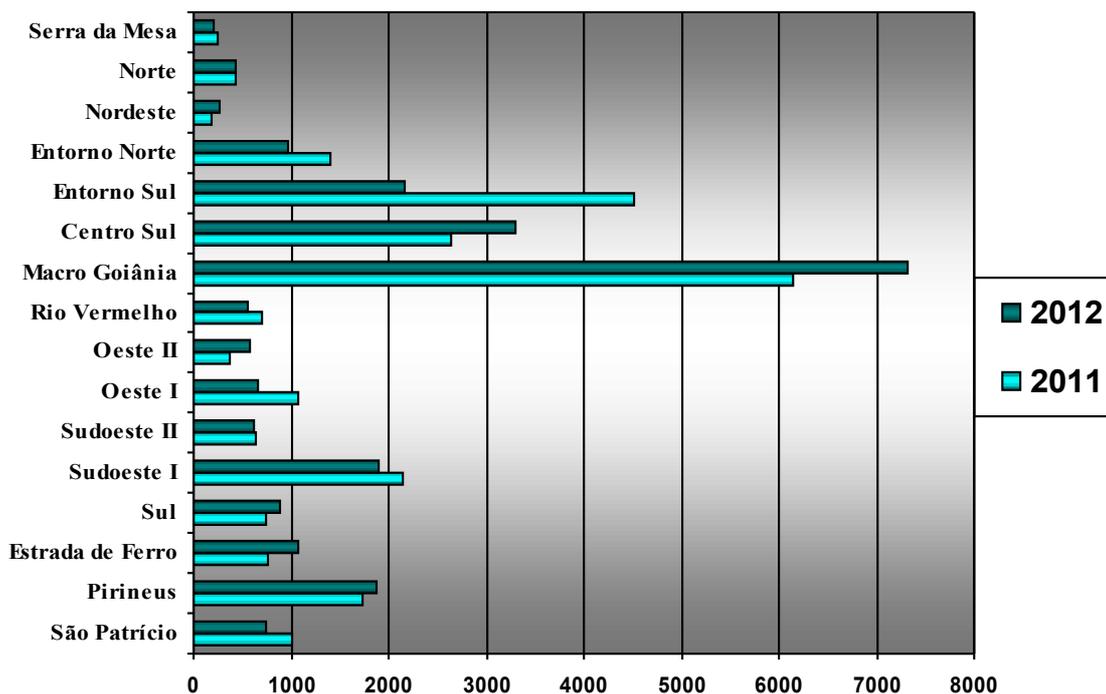
Em relação aos surtos de Síndrome Diarréica Aguda, verificamos que estes não foram notificados no SIVEP-DDA, demonstrando que, os profissionais de vigilância epidemiológica dos municípios estão considerando apenas os dados quantitativos e não estão dando a real importância para a análise qualitativa destes dados colhidos.

Tabela 1- Distribuição de unidades implantadas de MDDA, segundo unidades que informaram Goiás, 2007 – 2011.

Ano	2007	2008	2009	2010	2011
Unidades Implantadas	83	140	398	397	1327
Unidades Informadas	59	122	247	256	1015

Ao realizarmos uma análise comparativa entre as semanas epidemiológicas da 1ª a 10ª nos anos de 2011 / 2012, observamos que houve uma melhora significativa nas notificações de casos de diarreias no estado. Das 16 Regionais de saúde, 37,5% apresentaram estes aumento após a implementação das ações de vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas.

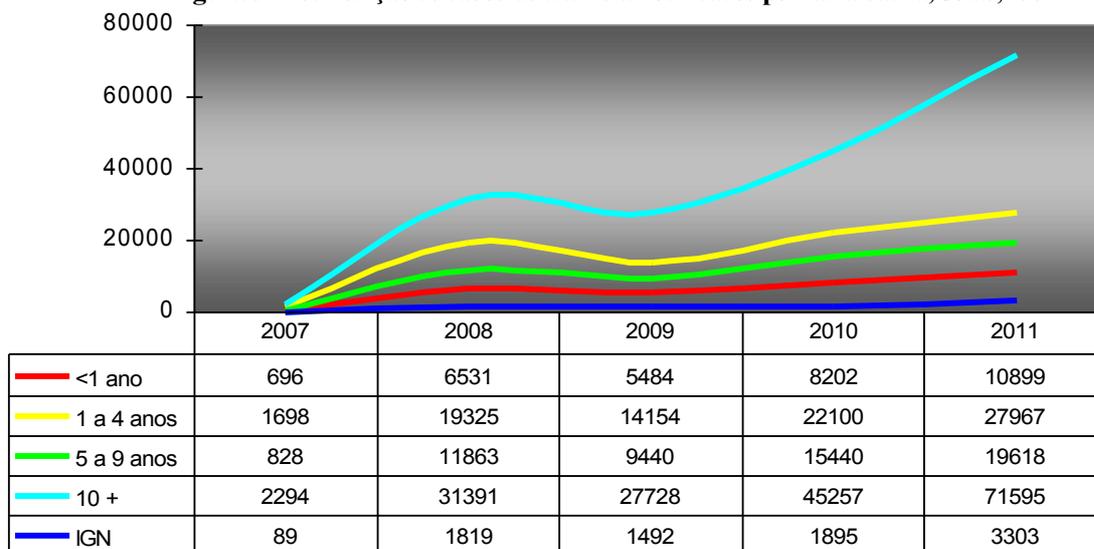
Figura 2 - Número de casos informados de doença diarreica por regional de saúde segundo semana epidemiológica da 1ª a 10ª, Goiás,2011-2012*



Fonte:Sivep dda/MS

Ao analisar a figura 3, observa-se que a faixa etária mais atingida de casos de diarreia é de 10 a mais, demonstrando que as pessoas nesta faixa etária estão mais vulneráveis de serem acometidas por doenças de transmissão alimentar.

Figura 3-Distribuição de casos de diarreia notificados por faixa etária,Goiás,2007 - 2011*.



Fonte:Sivep dda/GV EDT/SUVISA/SES.

*Dados Preliminares

Analisando as fichas de investigação de surtos de DTA, observa-se maior predominância em restaurantes, 55,7% dos 69 surtos. (Fig.4). Observa-se que o maior número de casos foi ocorrido em residências, mostrando que o período de incubação pode iniciar a partir de 1 hora após a ingestão do alimento contaminado. Fig. 5.

Figura 4-Frequência e percentual dos locais de ingestão de alimentos onde ocorreram os surtos de intoxicação alimentar.Goiás, 2011

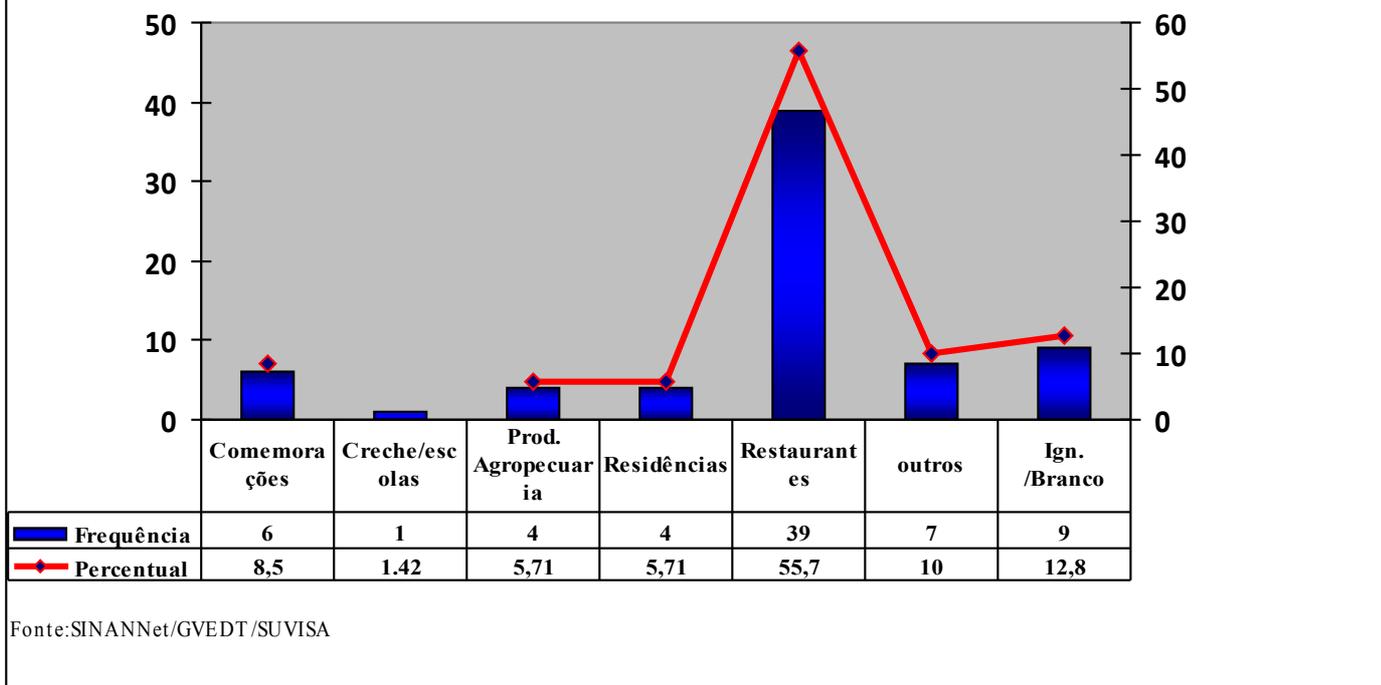
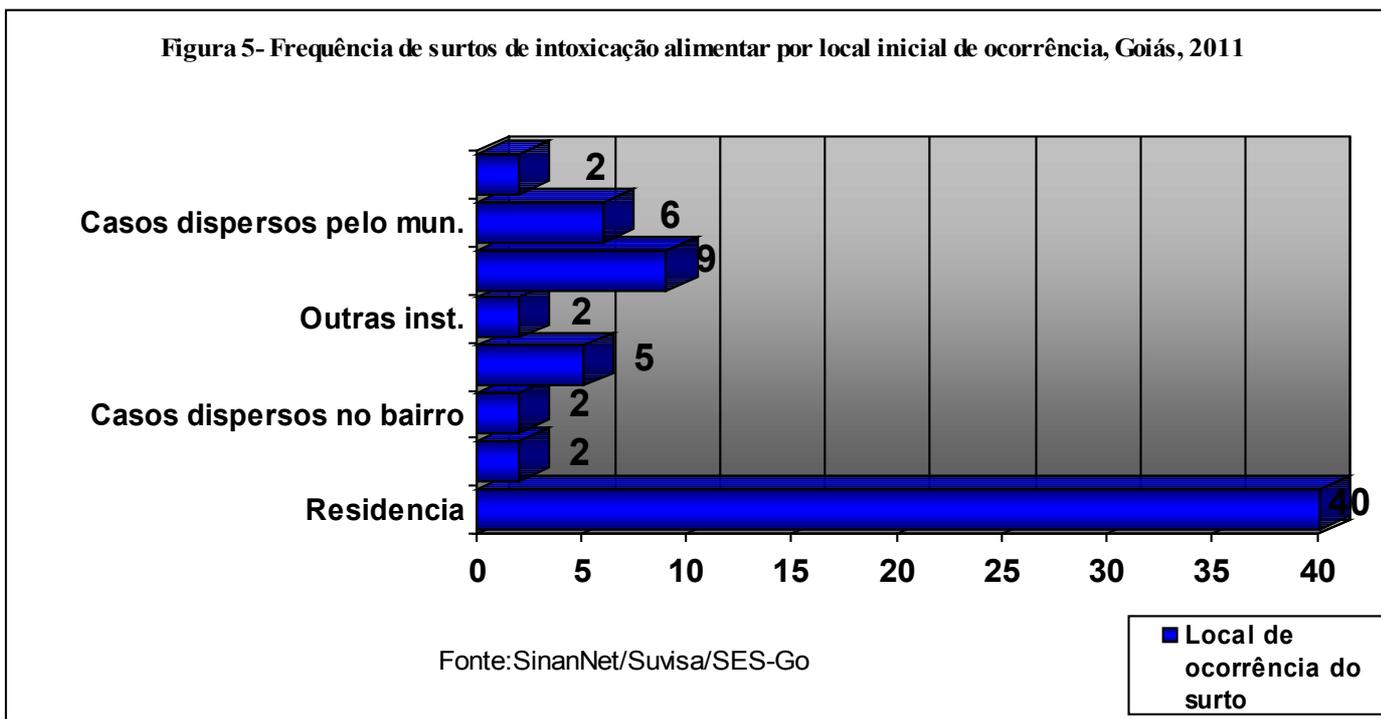
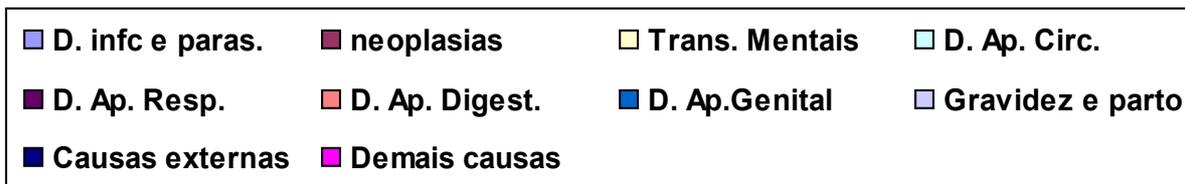
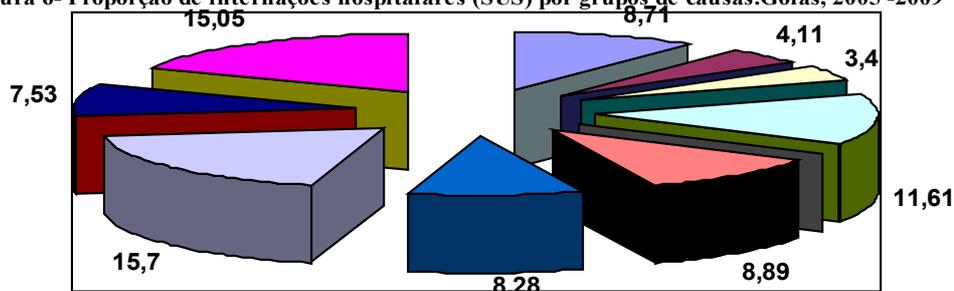


Figura 5- Frequência de surtos de intoxicação alimentar por local inicial de ocorrência, Goiás, 2011



Ao analisar os dados da figura abaixo observamos que em relação à proporção de internações por doenças infecciosas e parasitárias estas se apresentam em 6º lugar no ranking por grupos de causas no estado. Notamos que os casos apresentados acima não foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. (SINAN), conseqüentemente os casos de internações hospitalares por doenças de transmissão hídricas e alimentares não estão sendo notificados. Podemos então levantar a hipótese de que os profissionais da assistência, ou seja, da área hospitalar, não estão sensibilizados com as notificações das doenças de transmissão hídricas e alimentares.

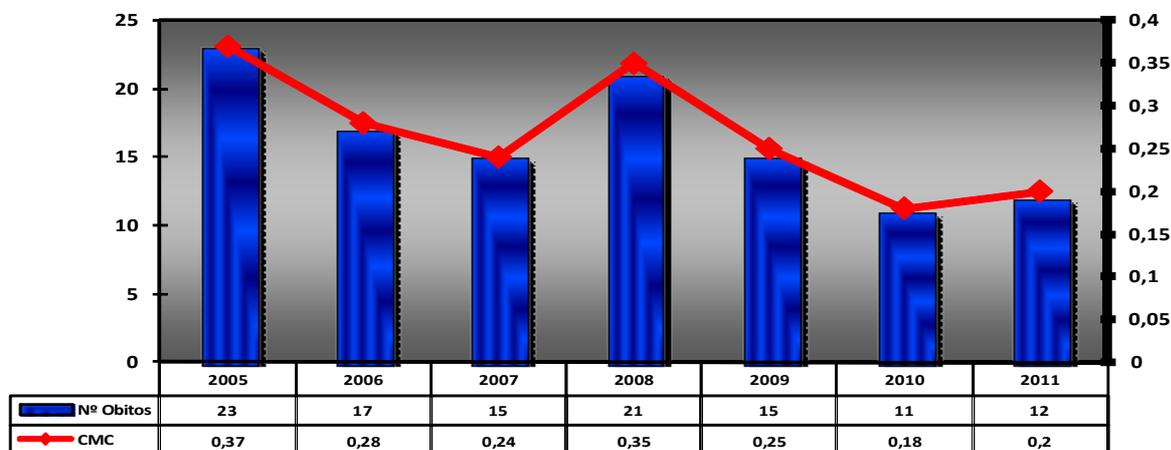
Figura 6- Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas.Goiás, 2005 -2009



Fonte: DATASUS/MS

No período de 2007 a 2011, (Fig.7) não houve uma variação significativa do número de óbitos e CMC das doenças infecciosas e parasitárias, no entanto, ao fazer cruzamento de dados do SIM (Sistema de Mortalidade) e o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), verificamos que esses óbitos, não foram notificados e nem investigados, mostrando a fragilidade da vigilância epidemiológica e necessidade de se qualificar melhor os profissionais da assistência.

Figura 7 - Número de óbitos por Doenças Infecciosas e Parasitárias segundo Coef. de Mortalidade por Causa(CMC), Goiás, 2007 -2011*

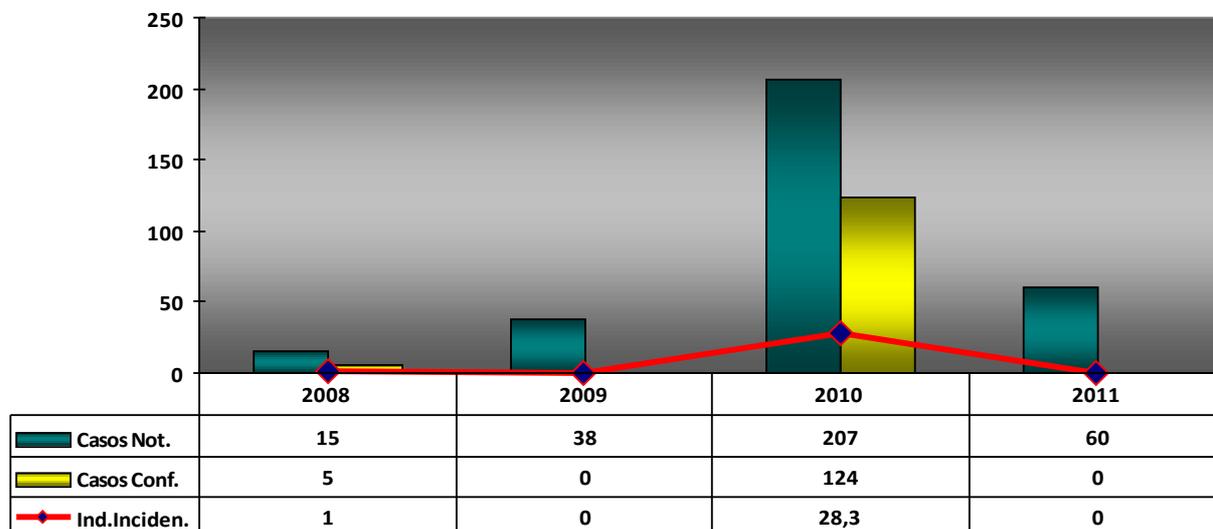


Fonte: DATASUS/SIM-SUVISA/SES-GO

* Dados Preliminares

Ao analisar a figura abaixo, observa-se que em 2010 houve um surto de rotavírus no estado. Verificamos também que nos anos anteriores houve poucos casos notificados. Em 2011 dos 60 casos notificados, nenhum foi confirmado, acreditamos, portanto que há uma subnotificação do agravo no Estado.

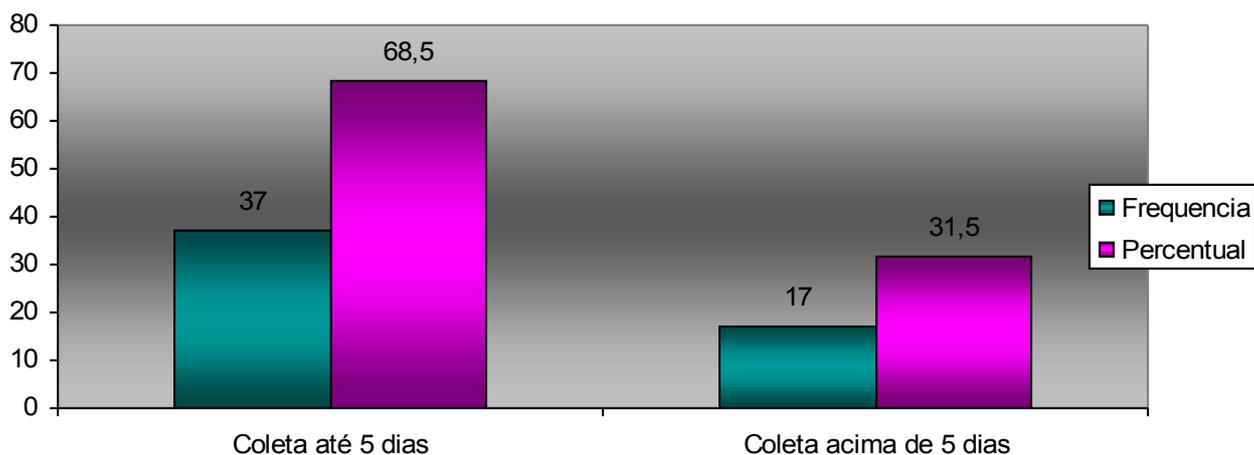
Figura 8- Frequência dos casos notificado, confirmados e coeficiente de incidência (100.000 hab.) de Rotavírus. Goiás, 2008-2011



Fonte: SinanNet/SUVISA/SES-GO

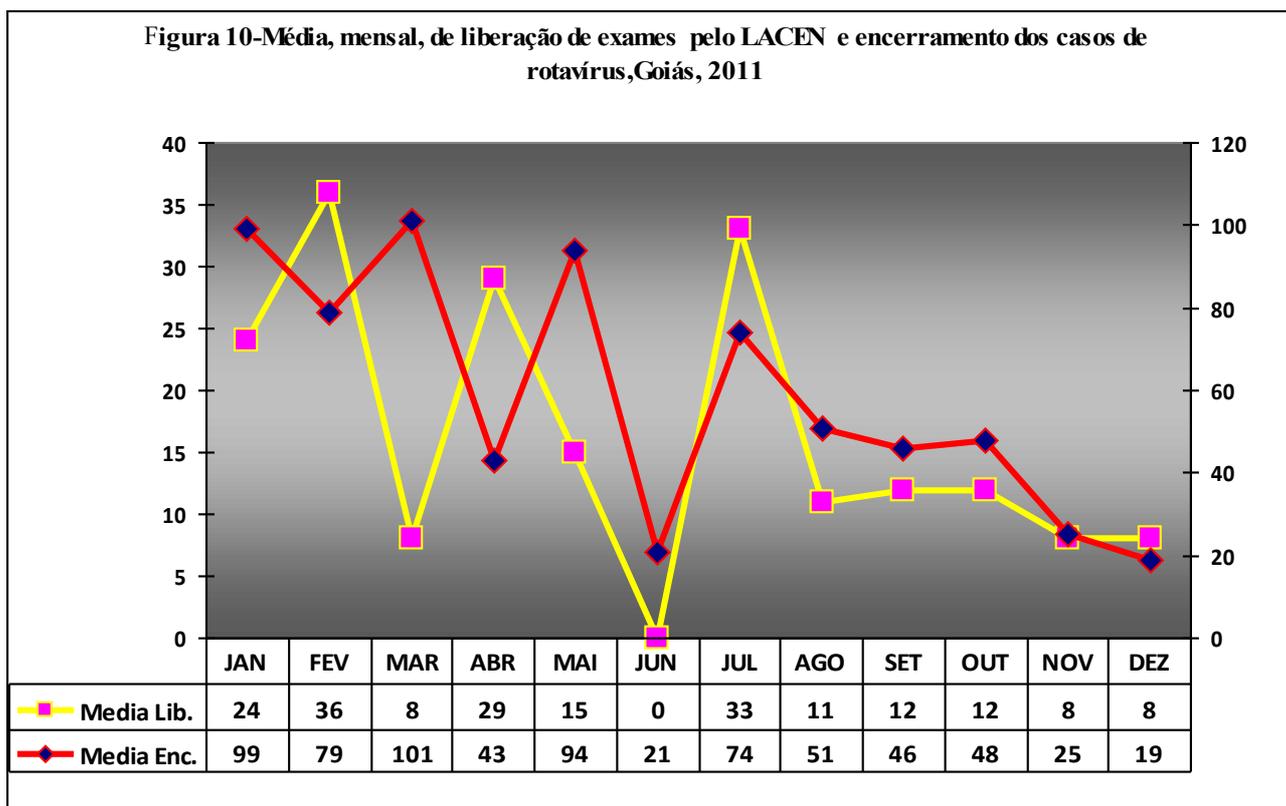
Na Figura 9, verifica-se que 68,5% das coletas foram realizadas em tempo oportuno (até 5 dias do início dos sintomas), porém 31,5% das coletas não foram colhidas em tempo hábil, demonstrando a fragilidade da vigilância epidemiológica nas unidades sentinelas para rotavírus.

Figura 9- Frequência e Percentual de coleta de fezes de casos notificados de rotavírus, Goiás, 2011



Fonte: SinanNet/SUVISA/SES-GO

A partir de julho de 2011, houve uma diminuição da média da liberação de resultados de exames e de encerramento dos casos de rotavírus em tempo oportuno, conforme figura 10, devido à implantação das ações de vigilância epidemiológicas da CCDHA junto aos municípios do Estado.



Fonte: SINANNET/GVEDT/SUVISA/SES-GO

CONCLUSÃO

A análise situacional do Estado observada na série histórica de 2007 a 2011 reflete que os dados disponíveis no nosso sistema de informação (SINAN) das doenças de transmissão hídricas e alimentares conseguiram avançar no ano de 2011, no entanto não demonstra o real perfil epidemiológico destes agravos, persistindo a subnotificação de casos suspeitos de DTA.

Em 2012, o Estado deverá implementar as ações de assessoramento, monitoramento, supervisão e capacitação, com o objetivo de alcançar dados fidedignos e consistentes visando melhorar as condições de saúde da população. Além disso, devido à ampla distribuição de alimentos e a alta capacidade de alastramento de vários novos patógenos, medidas de monitoramentos mais rígidos passam a ser necessárias para o controle e prevenção das doenças de transmissão hídricas e alimentares.

Orientações frente aos surtos de diarreia / Intoxicação Alimentar/água:

Notificar imediatamente para a regional de saúde e esta para a coordenação estadual via telefone 3201.45.40 e/ou e-mail: Surtodta.go@gmail.com

- ✓ Preencher o formulário 1 de surto (anexo 1)
- ✓ Preencher para cada paciente com diarreia o formulário 3 (individual de surto de DTA) independente de colher ou não as amostras de fezes;(Anexo2)
- ✓ Coletar fezes no coletor universal (rotular com o nome do paciente, data e local);
- ✓ Coletar fezes no swab fecal meio cary Blair (rotular);
- ✓ Colocar o frasco coletor na parte de baixo (inferior) da geladeira dentro do saco plástico e transportar em caixa de isopor com gelox ou caixa térmica. Enviar para o Lacen no Maximo em 3 dias após a coleta;
- ✓ Enviar de cada paciente que foi coletado fezes o formulário 3 com a seguinte observação na ficha: Realizar pesquisa de bactéria e vírus – Surto;
- ✓ Preencher a ficha do Gal para cada paciente que fez a coleta e enviar junto com as amostras de fezes;
- ✓ Orientar aos médicos e funcionários para não administrar antibiótico antes de coletar fezes;

- ✓ Coletar alimento e ou água e enviar ao IACEN. Junto com o alimento ou a água enviar formulário 1. Caixa térmica separado das fezes.
- ✓ Preencher ficha de investigação de surto de DTA do Sinan Net, somente após o preenchimento do formulário 1 e 3.
- ✓ Digitar no SINAN NET (notificação de surto – Nome do Agravado: Síndrome diarreica aguda) a “ficha de investigação de surto - DTA” não esquecer no item 25 da ficha colocar o numero 2 e no item 26 o número 1
- ✓ Não se esquecer de informar o surto no “impresso II” à regional de saúde para ser digitado no Sivep_dda.;
- ✓ Enviar para a coordenação estadual o formulário 1 de surto via e-mail: Surtodta.go@gmail.com

Definição de Surto:

Aumento do número de casos de DDA acima do limite esperado para a população envolvida, naquele período específico.

A ocorrência de, no mínimo, dois casos com o mesmo quadro clínico após ingestão do mesmo alimento ou água da mesma origem num determinado período de tempo, caracteriza-se como surto de doença transmitida por alimento.

Para doenças de transmissão hídrica e alimentar considerada rara para a população envolvida, (ex. Botulismo, cólera, etc.) a ocorrência de apenas um caso já é considerado como surto.

Referências Bibliográficas:

Manual de Doenças Transmitidas por Alimentos / MS,

Guia de Vigilância Epidemiológica / MS;

Elaboração Técnica:

Enfª Gilcê Maria Dias da Silveira

Enfª Helmuth Rodrigues Martins

Adm. Leide Oliveira Aires

Biom. Murilo do Carmo Silva

Enfª Suely Wanderley de Carvalho Alves

Odont: Maria de Lourdes Rodrigues Meireles