

2025

**Doenças de Transmissão
Hídrica e Alimentar
(DTHA)**

Apresentação

As doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA) são uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo sendo causadas pela ingestão de água e/ou alimentos contaminados. Existem mais de 250 tipos de DTHA no mundo. Dentre os agentes etiológicos causadores estão os vírus, bactérias, parasitas, príons, toxinas e subs-

tâncias químicas presentes nos alimentos.

A vigilância das DTHA é realizada através do monitoramento de casos e surtos, tendo como objetivo recomendar medidas para redução da morbimortalidade e o impacto socioeconômico causado por essas doenças.

A vigilância epidemiológica das DTHA no Estado da Bahia monitora os seguintes agravos: doenças diarreicas agudas (DDA), rotavírus, síndrome hemolítica urêmica (SHU), febre tifoide, doença de haff, cólera,

botulismo, doença de creutzfeldt jakob (DCJ), toxoplasmose adquirida na gestação e toxoplasmose congênita.

Os surtos das DTHA ocorrem quando dois ou mais casos apresentam sintomas gastrointestinais, após a ingestão de alimentos ou água contaminados com microrganismos patogênicos ou toxinas, configurando uma fonte comum. Com exceção dos casos de botulismo e cólera, os quais, um caso já é considerado surto.

Neste boletim, iremos abordar as DTHA mais relevantes no cenário epidemiológico do Estado da Bahia.

BOTULISMO

O botulismo é uma doença neurológica grave, rara, não contagiosa, de alta letalidade, resultante da ação de toxinas produzidas pela bactéria *Clostridium botulinum*. Apresenta-se sob três formas: botulismo alimentar, botulismo por fermentos e botulismo intestinal.

Os alimentos mais comumente envolvidos são:

- Conservas vegetais, principalmente as artesanais (palmito, picles, pequi);
- Produtos cárneos cozidos, curados e defumados de forma artesanal (salsicha, presunto, carne frita conservada em gordura – “carne de lata”);
- Pescados defumados, salgados e fermentados;
- Queijos e pasta de queijos e, raramente, em alimentos enlatados industrializados.

No período de 2020 a 2024, foram notificados 13 casos suspeitos de botulismo, destes, foram confirmados nove casos de botulismo na Bahia, todos registrados nos anos de 2023 e 2024. Observou-se uma concentração dos casos nas macrorregiões de saúde Norte (5), Centro-Leste (2), Leste (1) e Nordeste (1). Dentre os casos confirmados, dois evoluíram para óbito. A doença afetou predominantemente indivíduos jovens, com 55,55% dos casos ocorrendo na faixa etária de 20 a 34 anos, e uma maior incidência no gênero masculino (66,66%).

Os casos confirmados nas macrorregiões Norte, Centro-Leste e Nordeste estão relacionados a dois surtos de botulismo alimentar e o caso confirmado na macrorregião Leste está associado ao uso terapêutico de toxina botulínica (Botox).

A ocorrência desses casos ressalta a importância de ações de vigilância epidemiológica, controle sanitário e medidas preventivas para evitar novos episódios da doença.

CÓLERA

A cólera é causada pela a pela bactéria *Vibrio cholerae* toxigênico dos sorogrupos O1 ou O139 e compõe as doenças diarreicas agudas (DDA). As DDA caracterizam-se pela diminuição na consistência das fezes (fezes líquidas ou semi-líquidas), pelo aumento da frequência de dejeção – mínimo de 3 episódios em 24 horas – por até 14 dias, podendo ser acompanhada de febre, náusea, vômitos.

A maioria das pessoas infectadas permanece assintomática, representando aproximadamente 75% dos casos. Entre aqueles que desenvolvem a doença, a maior parte apresenta sintomas leves a moderados. No entanto, cerca de 10% a 20% dos casos evoluem para a forma severa, que pode resultar em complicações graves e risco de óbito se não houver tratamento oportuno. Cabe ressaltar que o *Vibrio cholerae* pode ser encontrado no ambiente aquático, pois faz parte da microbiota marinha e fluvial e pode se apresentar de forma livre ou associado a crustáceos, moluscos, peixes, algas, aves aquáticas, entre outros, incluindo superfícies abióticas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no mundo em 2022, 44 países relataram casos de cólera, um aumento de 25% em relação aos 35 países que relataram casos em 2021. Essa tendência permaneceu em 2023. Com surtos mais mortais, com taxas de letalidade sendo as mais altas registradas em mais de uma década. De janeiro a março de 2024, 31 países registraram casos ou declararam surto de cólera. Seguindo a classificação da OMS, a Região Africana foi a mais afetada, com 18 países. Nas Américas há surtos declarados apenas no Haiti e na República Dominicana.

No Brasil, os últimos casos autóctones ocorreram em Pernambuco entre os anos de 2004 e 2005, com 21 e cinco casos confirmados, respectivamente. A partir de 2006, não houve casos de cólera autóctones, apenas importados: um de Angola, notificado no Distrito Federal (2006); um proveniente da República Dominicana, em São Paulo (2011); um de Moçambique, no Rio Grande do Sul (2016); e um da Índia, no Rio Grande do Norte (2018).

Na Bahia, nos últimos 04 anos (2020-2024) foi confirmado um caso autóctone de cólera na macrorregião de saúde Leste, por critério clínico-laboratorial. O paciente, um homem de 60 anos, não possuía histórico de viagem e evoluiu para cura.

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

CID-10: A00; A02.0; A03 a A04; A05.0; A05.2 a A05.9; A06.0; A07 a A09

As doenças diarreicas agudas (DDA) correspondem à síndrome causada por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos intestinais oportunistas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com diminuição da consistência das fezes. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. Podem ser acompanhadas de náusea, vômito, febre e dor abdominal. No geral, é autolimitada, com duração de até 14 dias.

O período de incubação das DDA varia conforme o agente etiológico causador, mas usualmente é curto, variando de um a sete dias. Os agentes mais frequentes são os de origem bacteriana e viral, como, por exemplo, *Salmonella spp.*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, rotavírus, norovírus e adenovírus.

Diagnóstico laboratorial:

O diagnóstico das causas etiológicas das DDA é laboratorial. As amostras clínicas devem ser coletadas pelos profissionais de saúde da assistência idealmente no momento do atendimento nas unidades de saúde, de preferência para pesquisa viral (fezes in natura), bacteriológica (swab retal ou fecal) e parasitológica (fezes frescas).

Notificação:

A vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas é composta pela Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), que compreende a identificação dos casos de DDA atendidos em unidades sentinelas, o registro destes em formulários (Impressos I e II) e a inserção semanal no Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (Sivep-DDA).

Os surtos de DDA, em virtude das muitas possíveis etiologias e fontes de transmissão, são comumente chamados de surtos de DTHA, e aqueles identificados nas unidades sentinelas de MDDA devem ser registrados no Sivep-DDA, além da notificação no Sinan, por meio da Ficha de Investigação de Surto – DTA.

Cenário epidemiológico das Doenças Diarreicas Agudas(DDA) na Bahia (2020-2024)

Os dados do período 2020-2024 revelam um cenário desafiador, de aumento progressivo dos casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) na Bahia, especialmente a partir de 2021. Embora tenha sido observada uma redução de 4% entre 2020 e 2021, os anos seguintes apresentaram um crescimento expressivo, com incrementos de 67% entre 2021 e 2022, 27% entre 2022 e 2023 e 59% entre 2023 e 2024.

Esse crescimento pode estar relacionado a diversos fatores, como deficiências no abastecimento de água potável, saneamento inadequado, contaminação de alimentos, surtos sazonais, mudanças climáticas e falhas na vigilância epidemiológica e na notificação de casos. Diante desse cenário, é fundamental adotar medidas estratégicas para conter o avanço das DDA e minimizar seus impactos na saúde pública.

Em relação ao monitoramento das DDA e ao registro no SIVEP-DDA, observamos que, em 2020, havia 16 municípios silenciosos. Esse número aumentou para 20 municípios em 2021, mas, a partir de 2022, houve uma redução acentuada, chegando a 06 municípios em 2022 e apenas 02 em 2023 e 2024.

A queda no número de municípios silenciosos entre 2022 e 2024 sugere uma melhoria na vigilância epidemiológica e um maior comprometimento das gestões locais em registrar os casos, possibilitando uma análise mais precisa do cenário epidemiológico. No entanto, ainda é necessário fortalecer a notificação, garantindo que todos os municípios realizem o registro de forma consistente, de modo a manter a qualidade e a confiabilidade dos dados para ações de prevenção e controle mais eficazes.

A análise dos casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) por faixa etária e plano de tratamento nos últimos cinco anos revela que a maior incidência ocorre na população com 10 anos ou mais, representando aproximadamente 60% dos casos. Esse dado sugere que adolescentes, adultos e idosos são os grupos mais afetados, o que pode estar relacionado a fatores como hábitos alimentares, maior exposição a alimentos contaminados e menor adesão a práticas preventivas de higiene. Além disso, o plano de tratamento A, que inclui medidas de hidratação oral com solução de reidratação oral (SRO) e aumento da ingestão de líquidos caseiros, foi o mais utilizado, abrangendo 58% dos casos. Esse fato reforça a importância da hidratação no manejo da doença e indica que a maioria dos casos registrados foram leves, sem necessidade de internação, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Número de casos e proporção de DDA, segundo faixa etária e plano de tratamento, Bahia, 2020 a 2024.

	ANO									
	2020		2021		2022		2023		2024	
Faixa Etária	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
< 1	9941	6,19	10805	7,02	13517	5,24	14486	4,40	20159	3,83
1 a 4	29830	18,57	34760	22,57	49882	19,35	50765	15,44	81577	15,51
5 a 9	20376	12,69	18636	12,10	35096	13,62	40440	12,30	65803	12,51
10 +	97343	60,61	86810	56,38	155679	60,40	219692	66,80	352492	67,03
IGN	3121	1,94	2967	1,93	3569	1,38	3506	1,07	5873	1,12
TOTAL	160611	100,00	153978	100,00	257743	100,00	328889	100,00	525904	100,00

	2020		2021		2022		2023		2024	
Plano de Tratamento	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
A	89574	55,77	89460	58,10	148391	57,58	196947	59,88	305065	58,01
B	31432	19,57	28786	18,69	51622	20,03	64756	19,69	115992	22,06
C	33397	20,79	29163	18,94	47728	18,52	56846	17,28	86858	16,52
IGN	6207	3,86	6568	4,27	9993	3,88	10328	3,14	17982	3,42
TOTAL	160610	100,00	153977	100,00	257734	100,00	328877	100,00	525897	100,00

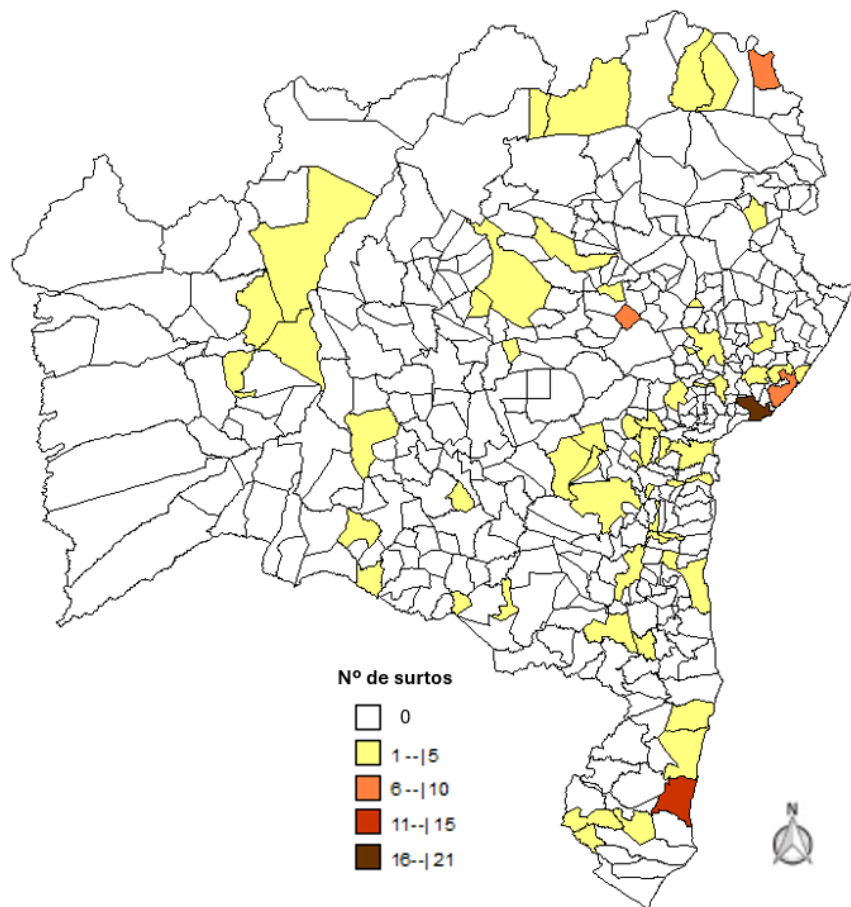
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTHA/SIVEP_DDA. Acesso em 12/02/25.

SURTOS DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

As notificações de surtos de Doença Diarreica Aguda (DDA) no Sistema de Informação de Agravos (SINAN) totalizaram 203 casos. Desses, 68% (138) foram investigados e confirmados, entre os surtos investigados, 35% (48) tiveram amostras coletadas para análise **laboratorial** e definição do agente etiológico. O ano de 2023 registrou o maior número de surtos dos últimos cinco anos, enquanto 2020 apresentou o menor percentual de coletas de amostras para análise laboratorial. Entre 2020 e 2023, o percentual de surtos investigados variou entre 74% e 88%, com uma média de 31% de amostras coletadas ao longo do período analisado.

Os cinco municípios com maior número de surtos na Bahia foram Salvador (21), Prado (11), Camaçari (10), Glória (08) e Pintadas (08), o que reforça a necessidade de medidas de vigilância e prevenção nessas regiões prioritárias.

Figura 1. Distribuição espacial dos surtos de DDA por município de residência, Bahia, 2020 a 2024.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTTHA/SINAN. Dados atualizados em 06 de março de 2025, sujeitos a alterações.

DOENÇA DE HAFF

A doença de Haff é uma síndrome de etiologia desconhecida, caracterizada por uma condição clínica que desencadeia o quadro de rabdomiólise com início súbito de rigidez e dores musculares. Os estudos epidemiológicos relatam que o período de incubação da doença é de até 24 horas, e que o início dos sinais e sintomas ocorrem após o consumo de pescados. Indivíduos acometidos pela doença apresentam aumento significativo nos níveis de creatinofosfoquinase (CPK) sérica, acompanhada de mioglobinúria e aumento potencial nos níveis de outras enzimas musculares tais como lactato desidrogenase (LDH), aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT).

Definição de caso:

Caso compatível com a doença de Haff: Indivíduo que se enquadra na definição de caso de rabdomiólise de etiologia desconhecida e apresentou histórico de consumo de pescado (de água salgada ou doce) nas últimas 24h do início dos sinais e sintomas.

Rabdomiólise de etiologia desconhecida: Indivíduo que apresente alteração muscular (como mialgia intensa, fraqueza muscular, dor cervical, dor torácica, rigidez muscular) de etiologia desconhecida e de início súbito e elevação expressiva dos níveis de creatinofosfoquinase – CPK (aumento de, no mínimo, cinco vezes o limite superior do valor de referência). OU Indivíduo que apresente alteração muscular (como mialgia intensa, fraqueza muscular, dor cervical, dor torácica, rigidez muscular) de etiologia desconhecida e de início súbito e urina escura - semelhante a café ou chá preto.

Surto de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar - compatível com a doença de Haff: Dois (02) ou mais indivíduos que atendam à definição de caso compatível com a doença de Haff e tenham vínculo epidemiológico, ou seja, histórico de consumo do mesmo pescado suspeito.

A doença de Haff é considerada um evento de saúde pública (ESP) devendo ser notificado de maneira imediata pelo meio mais rápido e eficiente. Todos os casos que atenderem à definição de caso compatível com a doença de Haff devem ser notificados por meio do formulário de notificação e investigação de caso compatível com a doença de Haff, disponível no link: <https://redcap.link/notificacaoeinvestigacaodoencadehaff> e quando houver surto da doença, este deve ser notificado na ficha de investigação de Surto-DTA (CID A08).

Cenário epidemiológico dos casos compatíveis com doença de Haff (2020-2024)

A magnitude da doença no Brasil ainda é desconhecida, porém, há relatos de casos descritos na literatura há mais de 10 anos.

Na Bahia, entre os anos de 2020 a 2024 foram notificados 128 casos de rabdomiólise, destes, 105 atenderam a definição de caso compatível com a doença de Haff, com maior concentração de casos na macrorregião de saúde Leste (**tabela 2**).

No período analisado, oito municípios notificaram casos compatíveis com a doença, com destaque para o município de Salvador (77,1%) e Camaçari (11,4%) que apresentaram maior frequência de registros (**tabela 2**). Neste intervalo, 50,5% dos casos foram do sexo feminino. Com relação a faixa etária, concentraram-se nos grupos entre 50 a 59 anos (23,8%), 40 a 49 anos (20%), 30 a 39 anos (17,1%), 20 a 29 anos (14,3%) e 60 a 69 anos (11,4%) (**figura 3**).

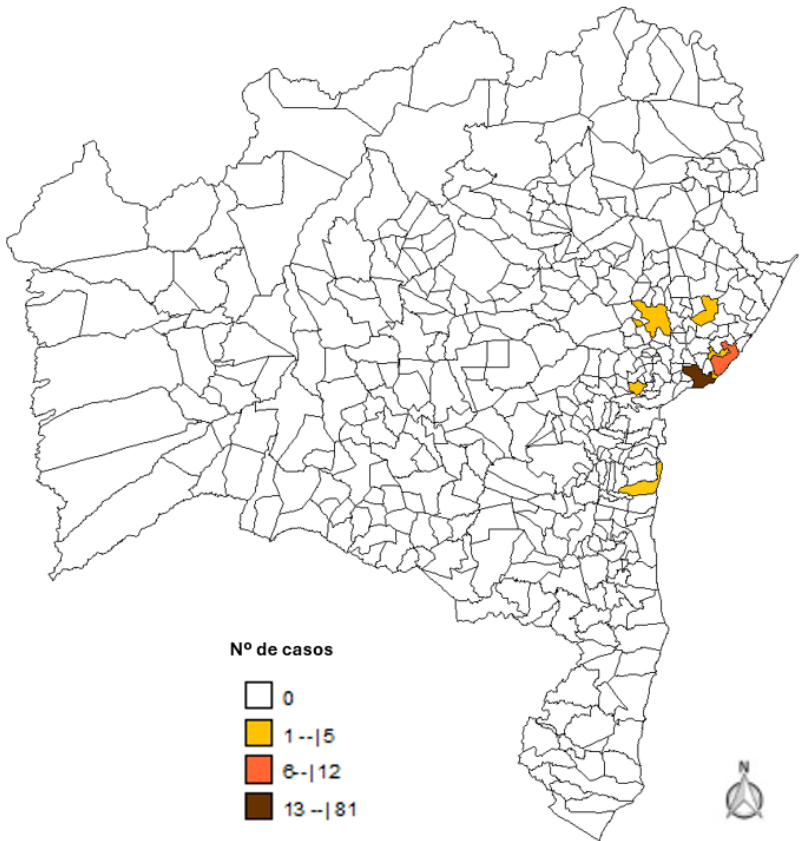
Os principais pescados consumidos entre 2020 a 2024 foram olho de boi (56,2%) e badejo (21%). Destaca-se a classificação “outros” que apresenta 15 pescados diferentes que foram consumidos e estão envolvidos com os casos compatíveis com a doença (**figura 4**).

Tabela 2. Distribuição dos casos compatíveis com a doença de Haff por município de notificação, Bahia, 2020 a 2024.

Macrorregião	Município de notificação	Ano										Total	%
		2020		2021		2022		2023		2024			
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%		
Centro Leste		1	2,5	1	5,3	0	-	0	-	0	-	2	1,9
	Feira de Santana	1	2,5	1	5,3	0	-	0	-	0	-	2	1,9
Leste		39	97,5	12	63,2	13	100,0	15	100	18	100,0	97	92,4
	Camaçari	2	5	1	5,3	1	7,7	0	-	8	44,4	12	11,4
	Dias D'Ávila	1	2,5	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1,0
	Lauro de Freitas	2	5	0	-	0	-	0	-	0	-	2	1,9
	Salvador	34	85	10	52,6	12	92,3	15	100	10	55,6	81	77,1
	Santo Antônio de Jesus	0	-	1	5,3	0	-	0	-	0	-	1	1,0
Nordeste		0	-	5	26,3	0	-	0	-	0	-	5	4,8
	Alagoinhas	0	-	5	26,3	0	-	0	-	0	-	5	4,8
Sul		0	-	1	5,3	0	-	0	-	0	-	1	1,0
	Maraú	0	-	1	5,3	0	-	0	-	0	-	1	1,0
Bahia		40	100,0	19	100,0	13	100,0	15	100,0	18	100,0	105	100,0

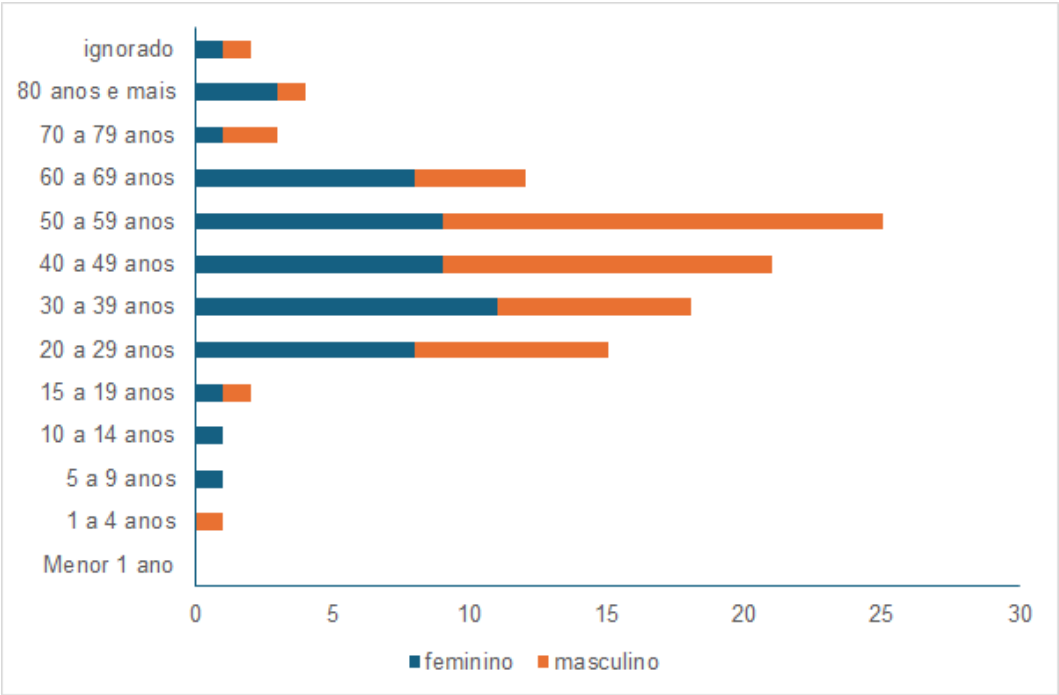
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTHA/SINAN. Dados atualizados em 06 de março de 2025, sujeitos a alterações.

Figura 2. Distribuição espacial dos casos compatíveis com a doença de Haff por município de notificação, Bahia, 2020 a 2024.



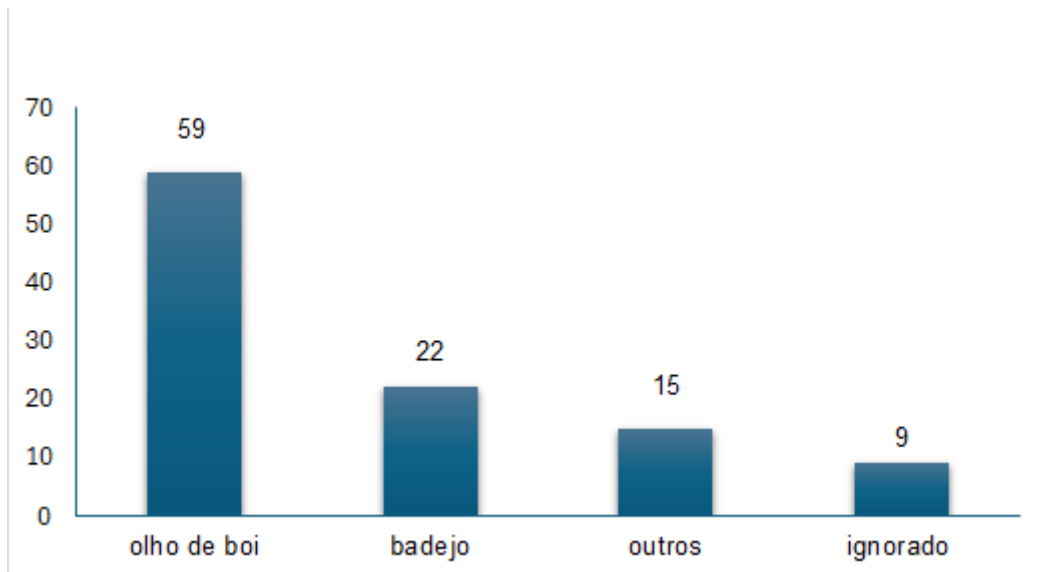
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTHA/REDCap. Atualizados em 23/02/2025. Dados sujeitos a alterações.

Figura 3. Distribuição dos casos compatíveis com doença de Haff por faixa etária e sexo, Bahia, 2020 a 2024.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTHA/REDCap. Atualizados em 23/02/2025. Dados sujeitos a alterações.

Figura 4. Distribuição dos casos compatíveis com doença de Haff por pescado consumido, Bahia, 2020 a 2024.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTTHA/REDCap. Atualizados em 23/02/2025. Dados sujeitos a alterações.

FEBRE TIFOIDE

A febre tifoide é uma doença bacteriana aguda causada pela *Salmonella* entérica sorotipo *Typhi*, geralmente por ingestão de alimentos ou água contaminados, e ocorre predominantemente em locais associados a precárias condições de higiene e à falta de saneamento básico.

A doença é caracterizada por febre alta prolongada, fadiga, cefaleia, tosse seca, náusea, perda de apetite, dor abdominal, constipação (mais comum em adultos) ou diarreia (comum em crianças ou imunocomprometidos), dissociação pulso-temperatura, hepatoesplenomegalia e roséola tífica (rara). A principal complicação da doença é a hemorragia intestinal que pode levar à perfuração intestinal, porém, qualquer órgão pode ser afetado pela febre tifoide.

A transmissão da febre tifoide ocorre de duas maneiras:

- ♦ **forma direta:** contato com as mãos do doente ou portador;
- ♦ **forma indireta:** ingestão de água ou de alimentos contaminados com fezes ou urina.

O indivíduo infectado elimina a bactéria nas fezes e na urina, independentemente de apresentar os sintomas da doença. **O tempo de eliminação da bactéria varia de uma a três semanas, podendo chegar a três meses.** Entre 2 a 5% dos pacientes transformam-se em portadores crônicos da Febre Tifoide e podem transmitir a doença por até um ano.

O **diagnóstico clínico epidemiológico** é feito através de avaliação clínica do paciente, histórico de onde esteve e o que consumiu, nos hábitos de higiene e se vive em regiões com pouco saneamento básico ou não. Com relação ao **diagnóstico laboratorial**, este se baseia no isolamento e na identificação do agente etiológico, por meio de cultura bacteriana, a partir do sangue (hemocultura), das fezes (coprocultura), do aspirado medular (mielocultura) e da urina (urocultura).

O tratamento deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico, geralmente é realizado em nível ambulatorial, reservando-se o internamento para os casos de maior gravidade, basicamente utiliza antibióticos específicos e reidratação.

Cenário epidemiológico da febre tifoide (2020-2024)

No Brasil, entre os anos de 2020 e 2024 foram confirmados 216 casos de febre tifoide. A região Norte (78,24%) apresenta a maior frequência de casos confirmados da doença. As faixas etárias mais acometidas foram entre 20 e 39 anos (34,72%) e 40 e 59 anos (23,14%). O sexo masculino representa 53,70% dos casos confirmados.

Dentre os anos analisados, o Estado da Bahia registrou dois casos confirmados da doença, no ano de 2020, nas bases regionais de saúde (BRS) de Salvador e Jequié.

ROTAVIROSE

A doença causada por rotavírus, também conhecida como rotavirose, é uma gastroenterite aguda (inflamação do estômago e dos intestinos) compreendida entre as doenças diarreicas agudas (DDA), e varia de um quadro leve, com predominância de diarreia líquida e vômitos de duração limitada, a quadros graves, com desidratação grave e febre, podendo evoluir a óbito.

A rotavirose não faz parte da lista das doenças de notificação compulsória, seu monitoramento é realizado por meio da estratégia de vigilância sentinela (Portaria de consolidação MS nº. 5, de 28 de setembro de 2017). A vigilância epidemiológica de rotavírus está baseada na investigação epidemiológica de casos individuais **de menores de 5 anos** que apresentam quadro sintômico de doenças diarreicas agudas (DDA) **atendidos em unidades sentinelas para rotavírus**.

DEFINIÇÃO DE CASO

Caso suspeito

Criança menor de 5 anos atendida em unidade sentinela, com doenças diarreicas agudas ou DDA sem sangue, independentemente do estado vacinal contra rotavírus.

Caso confirmado

Caso suspeito com confirmação laboratorial.

Caso descartado

Caso suspeito notificado que, após a investigação epidemiológica, não tenha atendido à definição de caso confirmado, ou seja, diagnóstico laboratorial não reagente (realizado nos Lacen).

NOTIFICAÇÃO

Casos individuais

Os casos de rotavírus de crianças menores de 5 anos devem ser notificados apenas em unidades sentinelas para rotavírus, conforme disposto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. As crianças que se enquadrem na definição de caso suspeito devem ser notificadas por meio da ficha individual de rotavírus e registrados no Sinan_Net em até sete dias.

SURTO

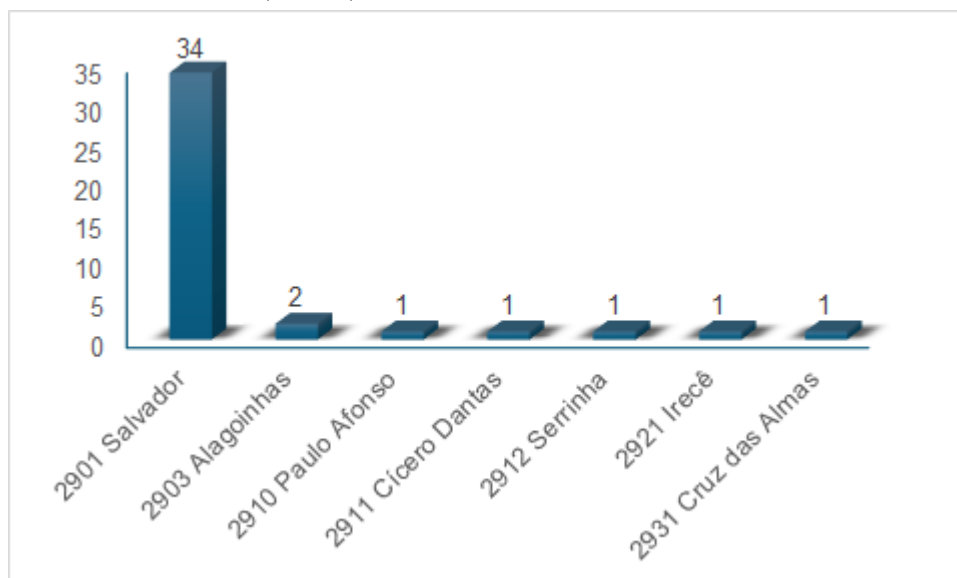
Diante da suspeita de surto de DTHA, em que se enquadram os surtos de rotavírus, qualquer unidade de saúde deve realizar a notificação e a comunicação à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), assim que tomar conhecimento, bem como a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio da **Ficha de Investigação de Surto – DTA**, como “Síndrome Diarreica Aguda”, mesmo que haja suspeita de transmissão direta. A **Ficha Individual de Notificação de Rotavírus** também deve ser preenchida para cada criança menor de 5 anos envolvida no surto que tiver amostra de fezes coletada para análise laboratorial.

Cenário epidemiológico do rotavírus (2020-2024)

No Brasil, entre os anos de 2020 e 2024 foram confirmados 1.014 casos de rotavírus. As regiões Norte (38,07%) e Nordeste (24,06%) apresentaram a maior frequência de casos confirmados da doença. A faixa etária mais acometida foi entre 1 e 4 anos apresentando 64,69% dos casos.

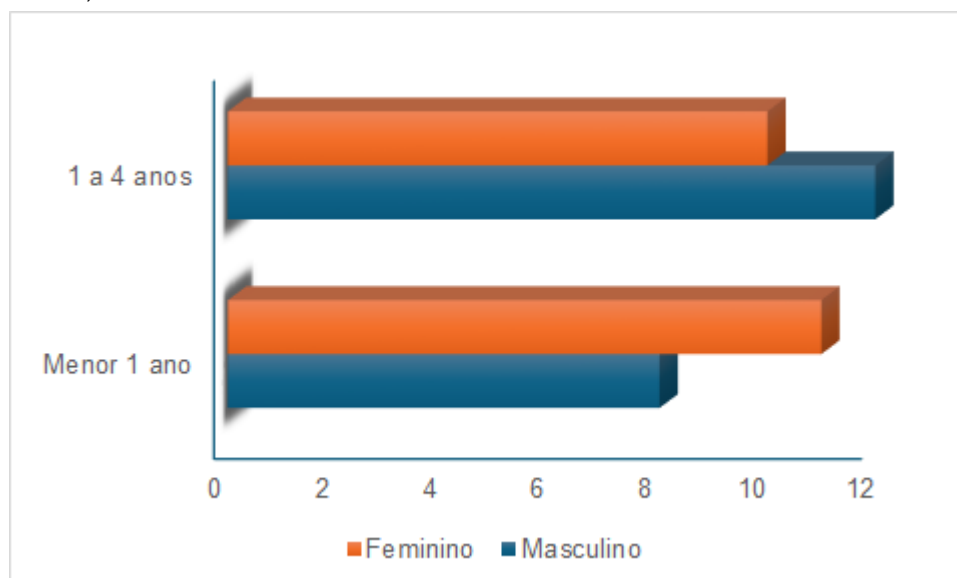
Na Bahia, no período analisado foram confirmados 41 casos de rotavírus, com destaque para a Macrorregião de Saúde Leste que apresenta 85,36% dos casos. A faixa etária mais acometida foi entre 1 e 4 anos (53,65%). Neste período, 51,21% dos casos foram do sexo feminino.

Figura 5. Número de casos confirmados de rotavírus por Base Regional de saúde de Residência, Bahia, 2020 a 2024.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTHA/SINAN. Dados atualizados em 11 de março de 2025, sujeitos a alterações.

Figura 6. Número de casos confirmados de rotavírus por faixa etária e sexo, Bahia, 2020 a 2024.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTHA/SINAN. Dados atualizados em 11 de março de 2025, sujeitos a alterações.

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO

CID-10: O98.6– doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério

A toxoplasmose é uma zoonose causada por um protozoário, *Toxoplasma gondii*. Sua distribuição geográfica é mundial, sendo uma das zoonoses mais difundidas. No Brasil, a infecção apresenta alta prevalência, estima-se que nasçam entre 5 a 23 crianças infectadas a cada 10.000 nascidos vivos (Dubey *et al*, 2012).

MODO DE TRANSMISSÃO

As principais vias de transmissão da toxoplasmose são:

Indireta

- ♦ Oral: consumo de alimentos e água contaminados com oocistos, ou carnes e derivados contendo cistos teciduais.
- ♦ Vias raras: inalação de aerossóis contaminados; inoculação acidental; transfusão sanguínea; transplante de órgãos.

Direta ou vertical

Congênita: forma ativa do parasita transmitida por via transplacentária para o feto, quando a mãe adquire a infecção durante a gestação.

A identificação precoce da toxoplasmose durante o pré-natal e da toxoplasmose congênita , preconizada na etapa 1 da Lei 14.154/2021, que amplia o rol mínimo de doenças rastreadas por meio do teste do pezinho, amplia a possibilidade de diagnóstico e início precoce do tratamento. O objetivo principal do rastreamento é a identificação precoce de gestantes infectadas durante a gestação para tratamento e seguimento, visando a redução da transmissão vertical e infecção fetal. Ressalta-se que, toda gestante independente do resultado da sorologia para toxoplasmose, deve ser orientadas sobre medidas preventivas para evitar a infecção.

Ao longo dos últimos cinco anos de análise, foram notificados 4.046 casos suspeitos de toxoplasmose adquirida na gestação, dos quais 3.108 foram confirmados, correspondendo a 76% do total. Observou-se um aumento progressivo no número de casos confirmados, sendo 2023 o ano com maior incidência.

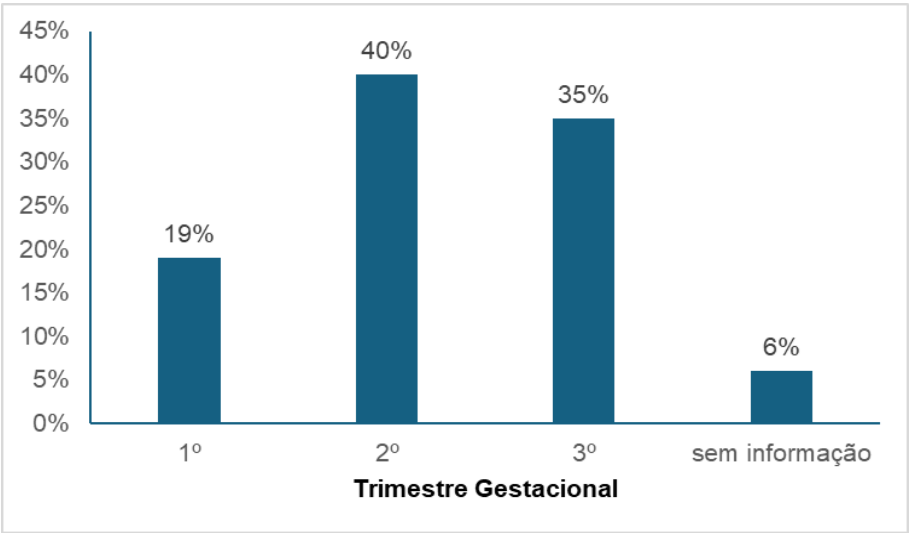
A faixa etária mais prevalente entre as gestantes acometidas foi de 20 a 29 anos, representando 51% dos casos. Além disso, 40% das gestantes receberam o diagnóstico no 2º trimestre da gestação e 35% no 3º trimestre, caracterizando um diagnóstico tardio e, conseqüentemente, aumentando o risco de transmissão vertical.

Tabela 3. Distribuição de casos confirmados de toxoplasmose adquirida na gestação por ano de notificação, Bahia, 2020 a 2024.

Classificação final	ANO					TOTAL
	2020	2021	2022	2023	2024	
Confirmado	115	308	659	1112	914	3108

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTHA/SINAN. Dados atualizados em 11 de março de 2025, sujeitos a alterações.

Figura 7. Percentual de casos de toxoplasmose adquirida na gestação diagnosticados segundo o trimestre de gestação, Bahia, 2020 a 2024.



Fonte: SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/SINAN

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

A toxoplasmose congênita, ocorre quando a gestante é infectada pelo *Toxoplasma gondii* durante a gravidez e transmite para o feto, através da placenta. No Brasil, é uma doença prevalente e estima-se que a incidência da doença varie entre 5 a 23 crianças infectadas a cada 10.000 nascidos vivos (Dubey *et. Al*, 2012). As mães dessas crianças, na maioria dos casos, não apresentam manifestações clínicas sugestivas de infecção durante a gestação, e cerca de 90% dos recém-nascidos infectados são inicialmente assintomático, não apresentam alterações oftalmológicas e/ ou neurológicas que repercutem com prejuízos variáveis na qualidade de vida (Lago *et. Al*, 2007) .

Cerca de 40% das gestantes com toxoplasmose aguda transmitirão o Toxoplasma ao feto. O risco de ocorrência de infecção congênita aumenta significativamente conforme a idade gestacional em que a mulher é infectada, sendo estimado em 17% quando a infecção aguda ocorre no primeiro trimestre, 25% no segundo e 65% no terceiro trimestre. De maneira inversa, a doença é mais grave quando o feto é infectado no primeiro trimestre de gestação, e geralmente leve ou assintomática no feto infectado durante o terceiro trimestre.

Entre 2020 e 2024, foram notificados 1.236 casos de toxoplasmose congênita, dos quais 597 foram confirmados, correspondendo a 48% do total. Dentre os casos confirmados, 83% ocorreram em crianças com menos de 1 ano de idade, e 60% dos acometidos pertenciam ao sexo feminino. Não houve óbito materno-infantil por toxoplasmose.

Tabela 4. Distribuição dos casos confirmados de Toxoplasmose Congênita por ano de notificação, Bahia, 2020 a 2024.

Ano	casos confirmados
2020	57
2021	109
2022	110
2023	176
2024	145

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GTDTHA/SINAN. Dados atualizados em 11 de março de 2025, sujeitos a alterações.

Tabela 5. Notificação das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar.			
NOTIFICAÇÃO			
Sistema	forma de notificação	imediate (24h)	mediate (até 7 dias)
SINAN	Ficha de investigação específica da doença	Botulismo (A05.1) Cólera (A00.9) Febre Tifoide (A01.0)	Rotavírus*
SINAN	Ficha individual de notificação/conclusão	-	DCJ (A81.0) SHU (D59.3)* Toxoplasmose congênita (P37.1) Toxoplasmose adquirida na gestação (O98.6)
SINAN	Ficha de investigação de surto (Eventos de Saúde Pública-ESP)	Surto de DTA Síndrome diarreica aguda (A08)	-
SIVEP DDA	monitoramento dos casos de DDA	-	DDA*
REDCAP	Ficha de notificação e investigação de caso compatível com doença de Haff	Caso compatível com Doença de Haff	-

Elaborado pelas autoras.

*Doenças notificadas em unidades de saúde eleitas sentinelas pela Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual integrado de vigilância epidemiológica do botulismo. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_integrado_vigilancia_epidemiologica_botulismo.pdf. Acesso em 20.02.25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 6 fev. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. NOTA TÉCNICA Nº 52/2021-CGZV/DEIDT/SVS/MS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-anexos-sei_25000-153716_2021_72.pdf. Acesso em: 21.02.25.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. NOTA TÉCNICA Nº 68/2023-CGZV/DEDT/SVSA/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/colera/situacao-epidemiologica/arquivos/nota-tecnica-no-68-2023-cgzv-dedt-svsa-ms>. Acesso em: 21.02.25.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde : 6ª edição revisada, volume 1 . Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao>. Acesso em 20.02.25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. Nota Técnica Nº 30/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-30-2024-cgzv-dedt-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 11.03.2025.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Aumento da cólera (2021-presente). Disponível em :<https://www.who.int/emergencies/situations/cholera-uptsurge>. Acesso em: 21.02.25.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Cholera Outbreak in Haiti: Situation Report 8 - 13 March 2024. Disponível em : <https://www.paho.org/en/documents/cholera-outbreak-haiti-situation-report-8-13-march-2024>. Acesso em:21.02.25.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Multi-country outbreak of cholera, External situation report #21 - 18 December 2024. Disponível em : <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--external-situation-report--21---18-december-2024>. Acesso em: 21.02.25.