



Publicação

Editorial
Expediente
Bibliografia
Gráficos
Tabelas

Março, 2004 Ano 1 Número 3

[retorna](#)

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) 2003

Em novembro de 2002, um surto de doença respiratória acometeu pelo menos 305 pessoas na província de Guangdong (China), causando cinco mortes. Grande parte dos indivíduos acometidos trabalhava manipulando alimentos. O surto passou relativamente despercebido até que, em fevereiro de 2003, um indivíduo procedente dessa província transmitiu a infecção para um grande número de hóspedes de um hotel em Hong Kong. A partir desse evento, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) apresentou rápida disseminação global.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um alerta sobre a doença em 12/3/2003. No mesmo mês foi identificado o agente etiológico, um Coronavírus. Esse vírus foi chamado Coronavírus Humano Relacionado à SRAG (HCoV-SARS). Ele não se mostrou geneticamente relacionado a outros membros do grupo, responsáveis por quadros de resfriado em seres humanos. Posteriormente, isolou-se um vírus bastante semelhante ao HCoV-SARS na civeta, ou "gato de Algalia", mamífero bastante apreciado na culinária em algumas regiões da China. A hipótese corrente é de que a doença tenha atingido o homem a partir do consumo de civetas, o que explicaria a grande quantidade de manipuladores de alimentos infectados no surto de Guangdong.

Epidemiologicamente, a SRAG se caracterizou por grande capacidade de transmissão respiratória, por contato e, possivelmente, fecal-oral. Houve grande transmissão para contatos domiciliares e profissionais da saúde. Esse último grupo correspondeu a 21% dos casos notificados até o final da epidemia. A transmissibilidade foi maior em pacientes graves, por volta do 10º dia de doença. É significativo o fato de que pacientes identificados e mantidos em isolamento adequado a partir dos primeiros dias da doença geraram poucos casos secundários.

O quadro clínico da SRAG se caracterizou por febre, tosse e dispnéia. Outros sintomas podiam estar presentes: rinorréia, calafrios, mialgias, cefaléia e diarreias. Ocorreu alteração radiológica significativa em 90% dos casos. Em 70% dos casos o envolvimento pulmonar era multifocal. Os pacientes com quadros graves evoluíram para insuficiência respiratória franca entre o 4º e 7º dias de doença. Após esse período, houve progressão para Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto (SARA). A letalidade foi de 13% em Singapura e 14% em Hong Kong. Na faixa etária superior a 60 anos, essa letalidade atingiu 43%. Fatores de risco significativos para óbito foram: idade, presença de comorbidade (diabetes mellitus, hepatite B), tabagismo, infecções secundárias. Preditores laboratoriais de mau prognóstico foram: neutrofilia e elevação de LDH.

A resposta mundial à pandemia de SRAG foi exemplar, tornando possível conter a doença em julho de 2003. Fizeram parte dessa resposta o incentivo à detecção rápida dos casos; o controle de fluxo de viajantes em aeroportos de países afetados; o manejo de pacientes em condições adequadas de precauções/isolamentos; a aplicação de medidas de quarentena domiciliar para contatos.

Nos hospitais, a rígida aplicação de medidas de controle de infecção foi importante para

proteger pacientes e profissionais de saúde. Um estudo realizado em Hong Kong demonstrou que os profissionais infectados haviam falhado na utilização de pelo menos uma das seguintes medidas: uso de máscara, gorros e/ou lavagem das mãos. Sugeriu-se adequação do fluxo de pacientes para rápida identificação e isolamento de casos suspeitos. Normas para manejo adequado de superfícies e resíduos foram enfatizadas.

A rápida disseminação de informações (via Internet) pelos órgãos internacionais de saúde pública (Organização Mundial da Saúde, Centers for Disease Control and Prevention - CDC, EUA) e o esforço coordenado de grupos de pesquisadores foram importantes para a interrupção da circulação do HCoV-SARS. Em julho de 2003 o mundo foi declarado livre da doença. Ao todo, foram confirmados 8.098 casos, com 774 óbitos durante a epidemia. Entre dezembro de 2003 e janeiro de 2004, quatro novos casos de SRAG foram notificados na China. Entretanto, não houve óbitos ou evidência de transmissão da doença a outras pessoas.

Em São Paulo, o Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac” (CVE) divulgou notas técnicas sobre a SRAG a partir de março de 2003. Quatro hospitais da rede pública foram designados para atendimento de casos suspeitos, selecionados pela capacidade técnica dos profissionais e pela disponibilidade de quartos de isolamento com pressão negativa. Os hospitais de referência foram: Instituto de Infectologia Emílio Ribas (24 leitos); Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - HC/Unicamp (16 leitos); Hospital São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo - HSP/Unifesp (oito leitos) e Hospital do Servidor Público Estadual HSPE (dois leitos).

Foi disponibilizada a possibilidade de notificação on-line (www.cve.saude.sp.gov.br) ou por telefone (Central de Vigilância: 0800 555466). Entre março e junho de 2003, 17% dos telefonemas para a Central correspondiam a solicitações de informações sobre a SRAG.

Foram notificados 37 casos suspeitos. A distribuição temporal das notificações (por semana epidemiológica) pode ser vista na figura 1. Vinte e cinco casos foram internados e mantidos em precauções para transmissão aérea (por aerossóis).



Inicialmente, três pacientes se enquadraram nos critérios da Organização Mundial da Saúde para “caso provável” e um foi considerado “caso suspeito”. Esses casos foram posteriormente descartados, com base na evolução clínica e resultados de exames laboratoriais.

Houve intenso trabalho de divulgação de informações para a população. Dentre as medidas tomadas, são dignas de nota a parceria com a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na monitorização de aeroportos; a troca de informações com a rede hoteleira; o acompanhamento de eventos internacionais; o contato com organizações não governamentais (ONGs), que prestam assistência à população de etnias asiáticas do município de São Paulo.

Essas medidas nos permitiram identificar casos suspeitos poucos dias após o início dos sintomas (média de 2,79 dias). Esse é um indicador satisfatório da capacidade de resposta a doenças emergentes no Estado.

Normas para identificação, notificação e manejo de casos suspeitos de SRAG podem ser encontradas no site do CVE: www.cve.saude.sp.gov.br

Autor: Fortaleza CMCB, Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac” (CVE)

Agência Paulista de Controle de Doenças

*BEPA - Av. Dr. Arnaldo, 351 - 12º andar s. 1218
Tel.: (11) 3066-8823 / 3066-8825
e-mail: bepa-agencia@saude.sp.gov.br*