

NESTA EDIÇÃO

Investigação de Casos de Sarampo no Estado de São Paulo na Era Pós-Controlepág. 1

Campanhas de Vacinação Poliomielite e Influenza, Estado SP – 2005pág. 5

Causas de Óbito Segundo Raça/Cor no Estado de São Paulopág.11

Panorama das Ações de Prevenção às DST/Aids Voltadas para os Adolescentes, Estado de São Paulo, setembro/2004.....pág.13

Programa de Controle de Populações de Cães e Gatos do Estado de São Paulopág.16

Notas.....pág.18

Dados Epidemiológicos.....pág.20



**COORDENADORIA
DE CONTROLE
DE DOENÇAS**

O Boletim Epidemiológico Paulista é uma publicação mensal da CCD – Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, sl. 135 - CEP: 01246-902

Tel.:(11) 3066-8823 e 3066-8825

bepa-agencia@saude.sp.gov.br

EXPEDIENTE

Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD)

Artur Kalichman
Centro de Referência e
Treinamento em DST/Aids

Coordenador

Carlos Magno C. B. Fortaleza

Carlos Magno C. B. Fortaleza
Superintendência de Controle de
Endemias

Editor

Carlos Magno C. B. Fortaleza

Maria Maeno
Centro de Referência em Saúde
do Trabalhador

Conselho Editorial

Cilmara Polido Garcia
Centro de Vigilância Epidemiológica

Coordenação Editorial

Iara Camargo
Centro de Vigilância Sanitária

Cecilia Abdalla
Cláudia Malinverni
Sylia Rehder
Núcleo de Comunicação - CCD

Carlos Adalberto Sannazzaro
Instituto Adolfo Lutz

Neide Yume Takaoka
Instituto Pasteur

Marcos da Cunha Lopes Virmond
Instituto Lauro de Souza Lima

Projeto Gráfico/Editoração Eletrônica

Fernando Fiuza
Instituto Clemente Ferreira

Marcos Rosado - Nive/CVE/CCD
Zilda Souza - Nive/CVE/CCD

Investigação de Casos de Sarampo no Estado de São Paulo na Era Pós-Controle

Alessandra Cristina Guedes Pellini¹,
Flávia Helena Ciccone¹,
Ana Lúcia Frugis Yú²,
Helena Aparecida Barbosa²
Central (CVE/CCD/SES-SP)
¹EPISUS-SES/SP

²Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória
Centro de Vigilância Epidemiológica
“Professor Alexandre Vranjac” (CVE /CCD/SES-SP)

O sarampo é uma doença viral, aguda, exantemática, altamente transmissível. A taxa de ataque secundário entre os contatos suscetíveis do domicílio é mais que 80%^(1,2).

Ainda hoje o sarampo é uma importante causa de óbito nos países em desenvolvimento, principalmente entre as crianças menores de cinco anos de idade e as desnutridas⁽³⁾.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) implantou, em 1994, o Plano de Erradicação do Sarampo em toda a Região das Américas^(1,4). Desde 1987, o estado de São Paulo tem adotado as estratégias de vacinação e vigilância deste agravo preconizadas no referido Plano.

Apesar do sucesso das estratégias de vigilância epidemiológica e imunização previstas no Plano de Erradicação, responsáveis pela não ocorrência de casos autóctones da doença no Brasil desde o ano de 2000, o país não está livre da ocorrência de casos importados ou relacionados com a importação, já que o vírus continua circulando em todos os continentes, com exceção das Américas. No estado de São Paulo, em 2001 e 2002, houve apenas um caso em cada ano, importados do Japão, sem evidência de transmissão secundária^(5,6).

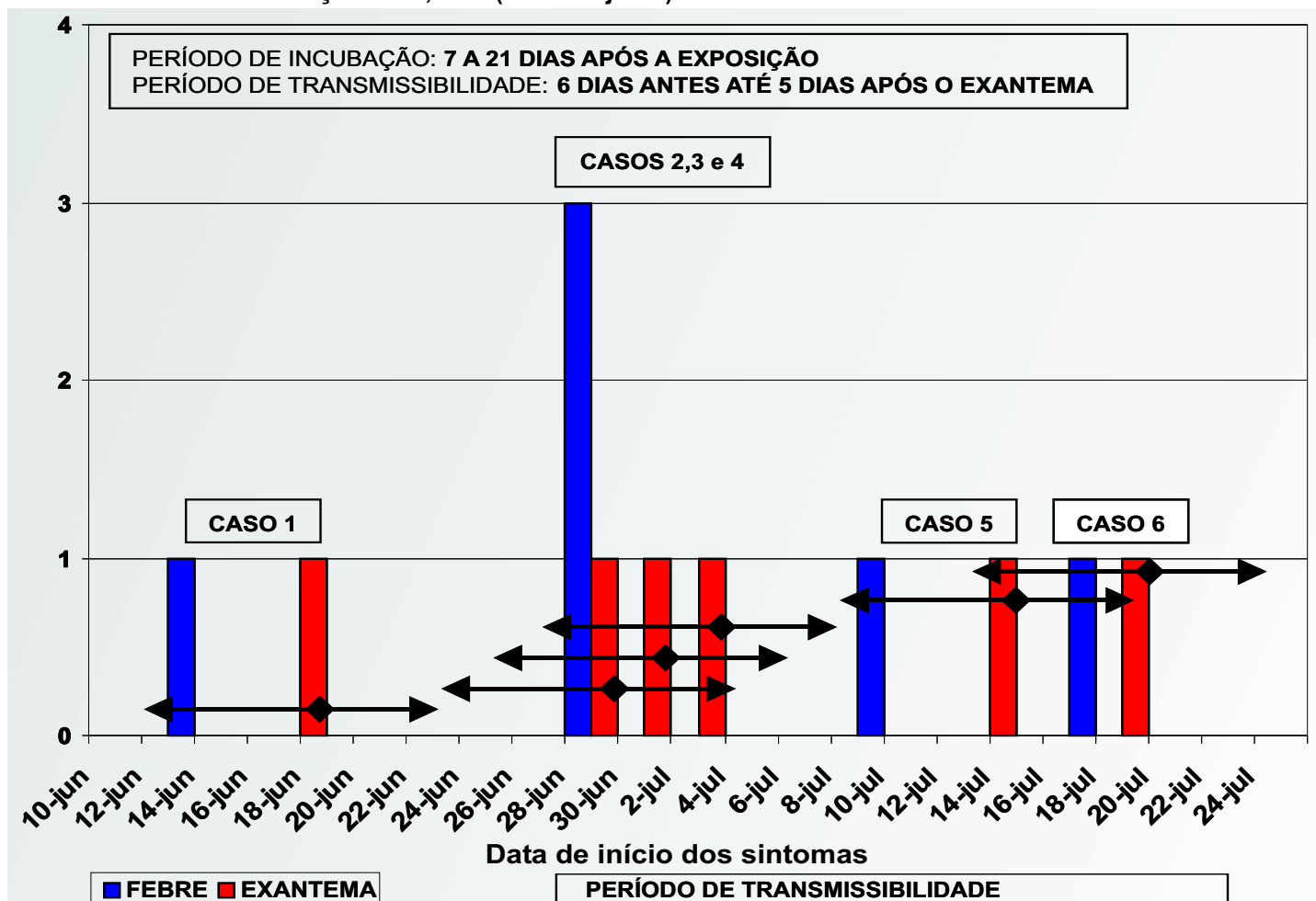
No dia 31 de maio de 2005, um esportista de 36 anos, morador de Florianópolis (SC) viajou para países da Europa e participou de um evento internacional nas Ilhas Maldivas, no continente asiático, onde provavelmente adquiriu o sarampo. O esportista retornou ao Brasil no dia 14 de junho, já com sintomas da doença. No período de 15 a 17 de junho ele passou pelos estados da Bahia, Distrito Federal e São Paulo, antes de retornar a Florianópolis. A identificação viral

realizada pela Fiocruz, laboratório de referência nacional, identificou o vírus selvagem do sarampo de genótipo D5. Este vírus tem circulado em países como o Japão, Tailândia e Camboja, tendo sido detectado anteriormente nos Estados Unidos, relacionado a casos importados para este país em 2003.

A partir deste caso primário, cinco casos secundários envolvidos na mesma cadeia de transmissão

foram detectados, três dos quais foram infectados pelo esportista e transmitiram a doença a mais duas pessoas. Todos os casos apresentaram clínica fortemente sugestiva de sarampo. Em cinco casos foi realizada a prova sorológica de infecção aguda (IgM) para sarampo, que resultou positiva. Nenhum paciente havia sido vacinado contra o sarampo. A evolução temporal dos casos está demonstrada na figura 1.

Figura 1 – Curva epidêmica dos casos de sarampo segundo data de início da febre e exantema e período de transmissibilidade da doença. Brasil, 2005 (até 29 de julho)



Fonte: DDTR/CVE/SES-SP

Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

O segundo caso desta cadeia de transmissão foi o filho do esportista, um rapaz de 13 anos, também residente em Florianópolis.

O terceiro caso foi um empresário de 38 anos, do mesmo município. Retornando de São Paulo para sua casa no dia 17 de junho, o empresário utilizou o mesmo voo onde se encontrava o caso índice, o qual retornava da Costa do Saúipe (BA). O empresário foi o primeiro caso detectado pela vigilância epidemiológica e, até que se esclarecesse seu vínculo com o caso índice, foram levantadas várias suspeitas quanto a sua exposição à doença no município de São

Paulo, onde o empresário esteve a negócios duas semanas antes do início dos sintomas.

O quarto caso ocorreu em uma criança de cinco anos de idade, a qual transmitiu a doença para seu irmão de um ano. No entanto, apenas com a notificação da doença neste último, feita por um hospital particular de grande porte do município de São Paulo, foi possível se identificar o irmão de cinco anos, que tinha manifestado os sintomas da doença uma semana antes do menor. Dando seguimento à investigação, descobriu-se que a criança de cinco anos havia viajado com sua avó para Florianópolis

no dia 17 de junho, no mesmo vôo do esportista e do empresário. Os dois irmãos não foram imunizados contra o sarampo, pois a família segue a filosofia antroposófica, cuja corrente médica não impõe a necessidade de vacinação. O irmão maior frequenta um espaço recreativo com mais 25 crianças, das quais nenhuma adquiriu a doença, pois no período de transmissibilidade a criança já estava em férias escolares.

O último caso notificado até o momento foi de uma comerciante de 40 anos, residente na área metropolitana de Florianópolis (Município de São José), que esteve em companhia de sua mãe, no dia 4 de julho, na mesma clínica onde foi atendido o empresário. No momento do atendimento na clínica, este último estava no período de maior transmissibilidade da doença.

Inicialmente houve a suspeita de que a comerciante teria estado no município de São Paulo, passando em lojas do Brás e da Rua 25 de Março, no período de incubação da doença. Após investigação feita no hotel onde a comerciante ficou hospedada em São Paulo, retificou-se a data de trânsito da paciente pela cidade, o que possibilitou o esclarecimento de que a exposição da paciente havia ocorrido fora do estado de São Paulo.

Não houve nenhum óbito e todos os pacientes evoluíram para a cura. Chama atenção a hospitalização de quase todos os casos, o que ressalta a necessidade da busca ativa em todos os serviços públicos e privados de saúde, além da busca na comunidade, para que se tenha a certeza de que não estamos identificando somente os casos graves da doença.

As manifestações clínicas apresentadas pelos casos foram compatíveis com a descrição do sarampo na literatura. Todos os pacientes apresentaram febre, tosse e conjuntivite seguidas de exantema. Os sinais e sintomas estão descritos na figura 2.

Figura 2 – Distribuição dos casos de sarampo segundo sinais e sintomas. Brasil, 2005 (até 29 de julho). N = 6 casos

Sinais e sintomas	Número	%
Exantema	6	100,0
Febre	6	100,0
Tosse	6	100,0
Conjuntivite	6	100,0
Coriza	4	66,7
Dor de garganta/hiperemia	4	66,7
Gânglios	3	50,0
Dor retro-ocular	3	50,0
Descamação	3	50,0
Cefaléia	2	33,3
Mal-estar	2	33,3
Náusea/vômito	1	16,7
Diarréia	1	16,7
Prostração	1	16,7

Fonte: DDTR/CVE/SES-SP; Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

São amplamente conhecidas a segurança e eficácia da vacina contra o sarampo, que é a principal medida de controle responsável pela não ocorrência de casos autóctones no país desde 2000. No entanto, a circulação do vírus continua a ocorrer em todos os continentes, com exceção das Américas, havendo, dessa forma, a possibilidade de importação do vírus vinculada a atividades de turismo e migração.

Assim, as ações de vigilância e as medidas de controle, em especial a imunização básica preconizada no calendário vacinal, bem como a vacinação dos grupos de risco devem ser mantidas de forma efetiva e permanente.

Neste novo cenário, é de fundamental importância que todos os municípios alertem os serviços de saúde de sua área de abrangência, sensibilizando os profissionais para a notificação de todo caso suspeito de sarampo e/ou rubéola o mais rápido possível. Estes casos necessitam da coleta de sangue para a realização de sorologia, a qual deve ser encaminhada ao Instituto Adolfo Lutz. Além disso, é imprescindível a investigação de todos os contatos por busca ativa.

A definição de caso suspeito de sarampo é: "toda pessoa que, independentemente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite".

As medidas de controle adotadas em relação ao primeiro caso notificado (empresário) que esteve no município de São Paulo no período de 15 a 17 de junho foram:

- contato com a empresa responsável pelos 300 convidados do Brasil e Portugal que participaram de um evento realizado no município de São Paulo, em 16 de junho;
- contato telefônico com a empresa responsável pela execução do evento;
- contato telefônico com o local de realização do evento;
- contatos com os 24 funcionários da empresa terceirizada que trabalharam na noite do evento;
- vacinação de 41 funcionários que trabalham na casa de eventos;
- vacinação de 72 funcionários do hotel de hospedagem do caso;
- vacinação de 54 funcionários do teatro frequentado pelo paciente;

Nesta investigação não houve relato de adoecimento das pessoas.

O estado de São Paulo adotou as seguintes medidas de controle em relação ao caso índice, que realizou conexões de vôos nos aeroportos de

Congonhas/município de São Paulo e Cumbica/município de Guarulhos:

- contato com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no estado de São Paulo, com o objetivo de identificar casos suspeitos de sarampo entre funcionários das companhias aéreas e profissionais dos aeroportos;
- orientação para a vacinação, de forma seletiva, dos profissionais do aeroporto de Cumbica e Congonhas. Esta vacinação está sendo desenvolvida pelos profissionais dos serviços públicos dos municípios de São Paulo e Guarulhos, em conjunto com a Anvisa;
- contato telefônico com 14 hóspedes que permaneceram, no mesmo período do caso índice, no hotel da Costa do Sauípe (BA), residentes no estado de São Paulo. Ninguém apresentou manifestações da doença e foi orientada a vacinação seletiva dos mesmos;
- contato telefônico com os passageiros dos vôos RG8707, RG 2266 e RG2267 de 14 de junho. Até o momento não houve relatos de casos semelhantes e todos foram orientados quanto à vacinação. Aguardamos a relação dos passageiros dos demais vôos;
- contato com o organizador da reunião dos competidores brasileiros nas Ilhas Maldivas, com posterior investigação, por meio de contato telefônico, de seis participantes do estado de São Paulo. O Ministério da Saúde foi notificado quanto aos demais participantes de outros estados.

As medidas de controle adotadas em relação aos casos residentes no município de São Paulo foram:

- vacinação de bloqueio no domicílio dos casos suspeitos de sarampo (pais e empregadas);
- investigação de 129 pessoas vizinhas à residência dos casos, com visita a 69 imóveis. No bloqueio foram vacinadas 20 pessoas;
- contato telefônico com os responsáveis pelo espaço de recreação freqüentado pela criança de 5 anos, com o objetivo de obter a relação de todas as crianças que utilizam este espaço;
- orientação aos pais de todas as crianças (25) e funcionários deste local de recreação quanto à necessidade da vacinação. Foi orientado adiantar a segunda dose da vacina tríplice viral para as crianças de um a seis anos de idade. Para cada criança, foi localizada a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência e recomendada a vacinação. Várias famílias optaram por vacinar em clínicas particulares das quais já eram clientes. Foram checadas as datas de aplicação da vacina nas crianças e pais que necessitavam de vacinação;

- as crianças deste espaço recreativo, acompanhadas de seus familiares, se reuniram em uma festa junina em 26 de junho. Assim sendo, foi recomendada a vacinação de todos os participantes e funcionários do local;
- orientação às auxiliares e professora da escola quanto à necessidade de vacinação;
- contato telefônico com todas as pessoas que estiveram no hospital particular no mesmo período dos casos suspeitos, com recomendação de vacinação;
- vacinação dos profissionais de saúde do hospital particular onde os casos de São Paulo foram atendidos.

Assim como nos outros comunicantes do estado de São Paulo, neste grupo de pessoas ninguém apresentou sinais e sintomas de sarampo.

Foram adotadas também medidas de controle relacionadas ao último caso notificado, que esteve em trânsito no município de São Paulo:

- visita ao local de hospedagem com determinação exata do período de sua estadia em São Paulo, a qual ocorreu fora dos períodos de incubação e transmissibilidade do sarampo. A data correta foi notificada ao estado de Santa Catarina;
- orientação de vacinação dos funcionários do hotel. Nenhum funcionário desse hotel referiu adoecimento, e negaram a presença de hóspedes com sinais e sintomas compatíveis desde a saída da comerciante.

Na investigação de campo uma das medidas fundamentais é a retro-alimentação das informações obtidas e as ações realizadas a todos os serviços e profissionais de saúde, com o objetivo de se manter a informação oportuna. Neste sentido, foram enviados informes técnicos sobre os casos às vigilâncias das Direções Regionais de Saúde do estado, com orientação de encaminhamento para todos os municípios, além de todos os demais parceiros de investigação.

No informe técnico sobre as medidas de controle para o sarampo e rubéola foram atualizadas as normas de vacinação de bloqueio e operação limpeza para o estado de São Paulo. Tal informe será brevemente disponibilizado no endereço eletrônico (www.cve.saude.sp.gov.br).

A divulgação dos casos contou também com o auxílio da grande imprensa escrita, falada e eletrônica, facilitando a orientação para toda a comunidade.

Uma nota técnica sobre sarampo foi enviada para uma revista médica do Estado, o que contribuirá para alertar as equipes de saúde da assistência quanto ao possível aparecimento de novos casos deste agravo e a necessidade da notificação imediata dos mesmos.

No presente momento, o trabalho de cada profissional é de suma importância para que se possa interromper a cadeia de transmissão do sarampo no Brasil.

O comprometimento e o esforço conjunto dos profissionais de saúde de várias instituições, tais como: Prefeitura do Município de São Paulo (SMS, CCD, SUVIS e Unidades Básicas de Saúde), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CVE, DDTR, Central, Divisão de Imunização, Epissus-SP, DIR I - São Paulo, DIR III Guarulhos e Instituto Adolfo Lutz), Anvisa-SP, aeroportos de Guarulhos e Congonhas, Prefeitura do Município de Guarulhos (SMS), Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Vigilância epidemiológica) e Ministério da Saúde (SVS/GT-Exantemáticas) possibilitaram a completa realização desta investigação e a adoção das medidas de controle de forma efetiva.

Bibliografia

1. de Quadros CA, Olive JM, Hersh BS, Strassburg MA, Henderson DA, Bennett DB et al. Measles elimination in the Americas Involving strategies. JAMA 1996; 275 (3):224-9.
2. Secretaria de Estado da Saúde São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Treinamento básico de vigilância epidemiológica. Módulo específico: sarampo e rubéola. São Paulo, 1998.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância para a erradicação do sarampo, controle da rubéola e eliminação da síndrome da rubéola congênita (SRC). 3ª ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2003.
4. de Quadros CA, Izurieta H, Carrasco P, Brana M, Tambini G. Progress toward measles eradication in the Region of the Americas. J Infect Dis 2003; 187(Suppl 1):S102-10.
5. Ciccone FH, Carvalhanas TRMP, Aranda CMSS, Sato HK. Sarampo no Estado de São Paulo e Campanha de Vacinação de seguimento 21 de agosto de 2004. BEPA. 2004; 6:17-18.
6. Yu ALF, Ciccone FH e Carvalhanas TRMP. Sarampo: o desafio da erradicação. BEPA. 2005; ano 2 nº15. <www.cve.saude.sp.gov.br>.



Campanhas de Vacinação Contra Poliomielite e Influenza – Estado de São Paulo, 2005

Divisão de Imunização, do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac", Coordenadoria de Controle de Doenças (CVE/CCD), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Vacinação contra a poliomielite

Há 25 anos o Brasil realiza com sucesso as campanhas de vacinação contra a poliomielite. Sem registro de casos da doença desde 1989, o País participa do grande empreendimento mundial em busca da erradicação da doença, ainda endêmica na África, Mediterrâneo e Sudeste da Ásia. A existência da poliomielite nestes locais e o fluxo de viajantes internacionais constituem fatores de risco para a disseminação do poliovírus. O acúmulo de suscetíveis pode propiciar a reintrodução da doença, a exemplo do que ocorreu no Iêmen e Indonésia este ano (figura 1).

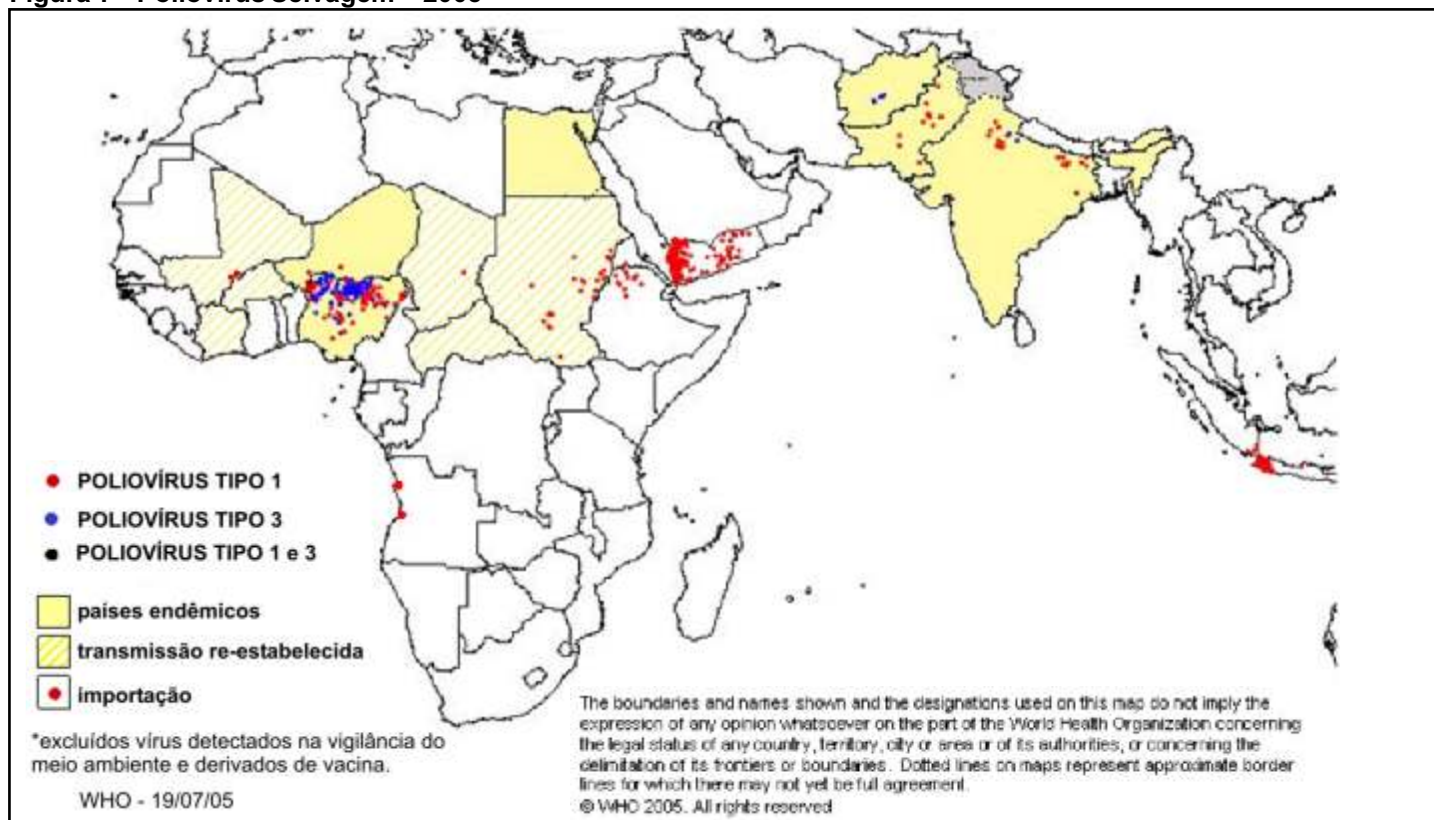
É, então, necessário manterem-se elevados os índices de vacinação na população menor de 5 anos. O Ministério da Saúde estabelece a meta de atingir 95% da população-alvo em pelo menos 80% dos municípios, durante as campanhas de vacinação em massa. No Estado de São Paulo, em média, 3,2 milhões de crianças entre 0 e 4 anos são vacinadas em cada uma das duas etapas da campanha (tabela 1) e a maioria dos municípios alcança a meta proposta.

Tabela 1
Cobertura vacinal e homogeneidade nas campanhas de vacinação contra a poliomielite – São Paulo, 2002 a 2005

ANO	1ª FASE			2ª FASE		
	Doses aplicadas	CV(%)	Homog(%)	Doses aplicadas	CV(%)	Homog(%)
2002	3.264.790	94,67	82,2	3.245.364	94,11	86,5
2003	3.224.211	96,37	84,8	3.240.312	96,85	86,2
2004	3.081.974	91,85	76,7	3.154.842	94,02	79,6
2005	3.053.141	92,42	80,0			

CV = cobertura vacinal Homog = homogeneidade proporção de municípios com CV > 95%
Fonte: NIVE/ Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP
Estimativa populacional = Seade/sobrevivência de nascidos vivos

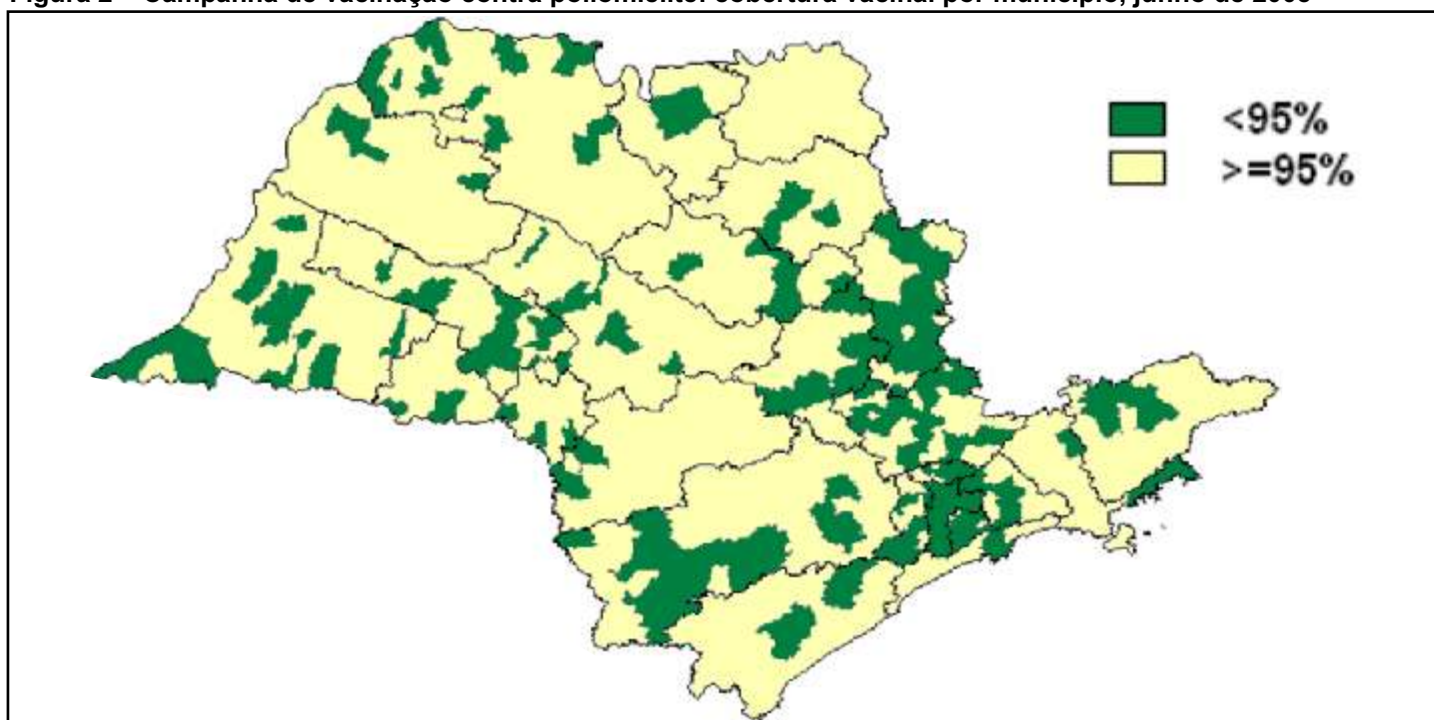
Figura 1– Poliovírus Selvagem* - 2005



Em 2005, na primeira fase realizada no mês de junho, dados definitivos indicam que 3.053.141 crianças foram vacinadas, representando 92,4% da população estimada de 0 a 5 anos – meta de cobertura

vacinal não atingida. Dentre os 645 municípios, 516 atingiram mais de 95% desta população, significando 80% de homogeneidade de cobertura vacinal adequada – homogeneidade satisfatória (figura 2).

Figura 2 – Campanha de vacinação contra poliomielite: cobertura vacinal por município, junho de 2005



População = Seade/2005/sobrevivência de nascidos vivos
 Fonte: Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

Os outros 129 municípios obtiveram resultados menores do que 95% e, diferente do apontado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI/MS), que identifica que a maioria dos municípios que não atinge a meta tem menos de 2.000 crianças na faixa etária-alvo¹, 60% dos municípios paulistas têm maiores contingentes populacionais nesta faixa etária (figura 3). Estes municípios concentram-se nas regiões de São José do Rio Preto e Campinas (tabela 2).

Por outro lado, o número necessário de crianças a serem vacinadas para atingir 100% de homogeneidade se concentra nos grandes centros urbanos, regiões metropolitanas e alguns municípios-sede de Regionais de Saúde (figura 3).

Estes resultados merecem atenção na discussão das estratégias que serão desenvolvidas para a segunda fase da campanha, visando não só a vacinação de maior número de crianças como também a não formação de bolsão de suscetíveis.

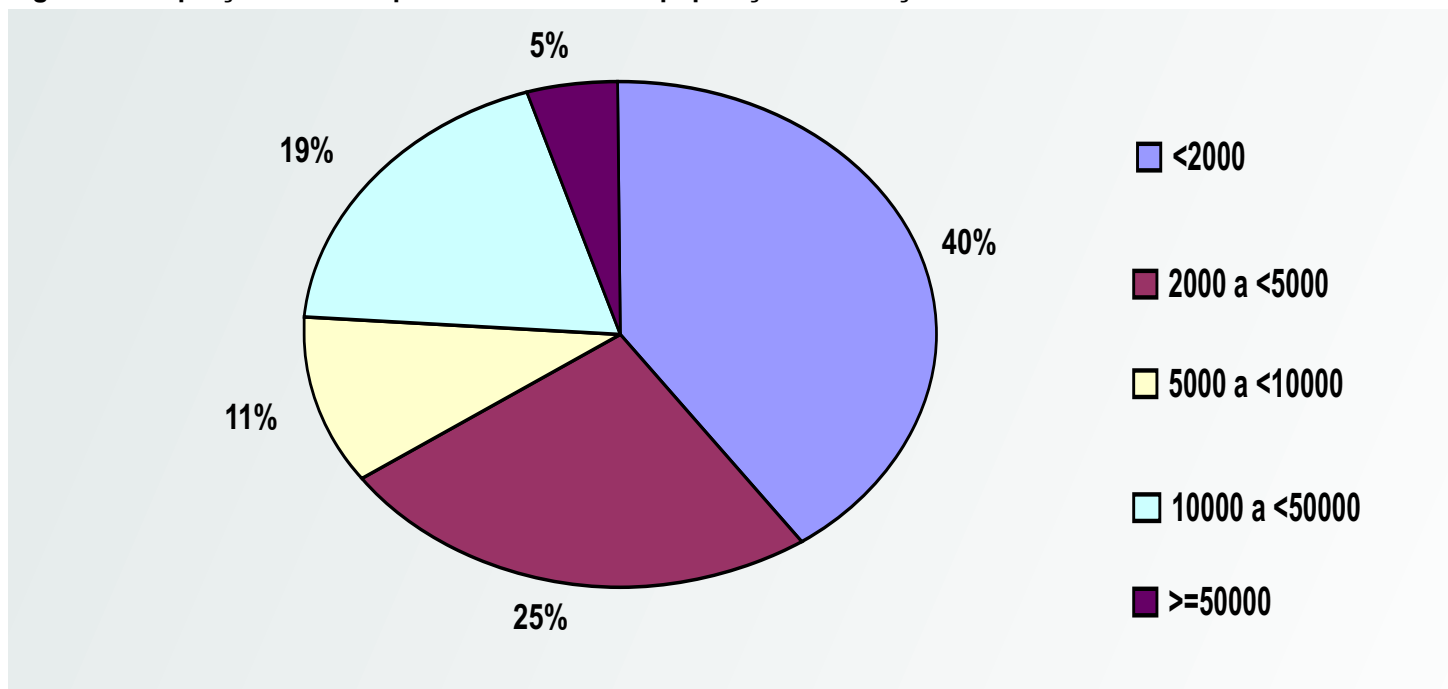
Tabela 2 – Número de municípios com CV<95% por Regional, junho 2005

DIR	MUNICÍPIOS CV<95%	
	N	%
Capital	1	0,8%
Santo André	4	3,1%
Mogi das Cruzes	3	2,3%
Franco da Rocha	2	1,6%
Osasco	9	7,0%
Araçatuba	2	1,6%
Araraquara	4	3,1%
Assis	5	3,9%
Barretos	1	0,8%
Bauru	5	3,9%
Botucatu	3	2,3%
Campinas	15	11,6%
Franca	0	0,0%
Marília	8	6,2%
Piracicaba	5	3,9%
Presidente Prudente	9	7,0%
Registro	3	2,3%
Ribeirão Preto	3	2,3%
Santos	2	1,6%
S.J.B. Vista	11	8,5%
S.J. Campos	2	1,6%
S.J. Rio Preto	16	12,4%
Sorocaba	12	9,3%
Taubaté	4	3,1%
TOTAL	129	100,0%

População = Seade/2005/sobrevivência de nascidos vivos
 Fonte: Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

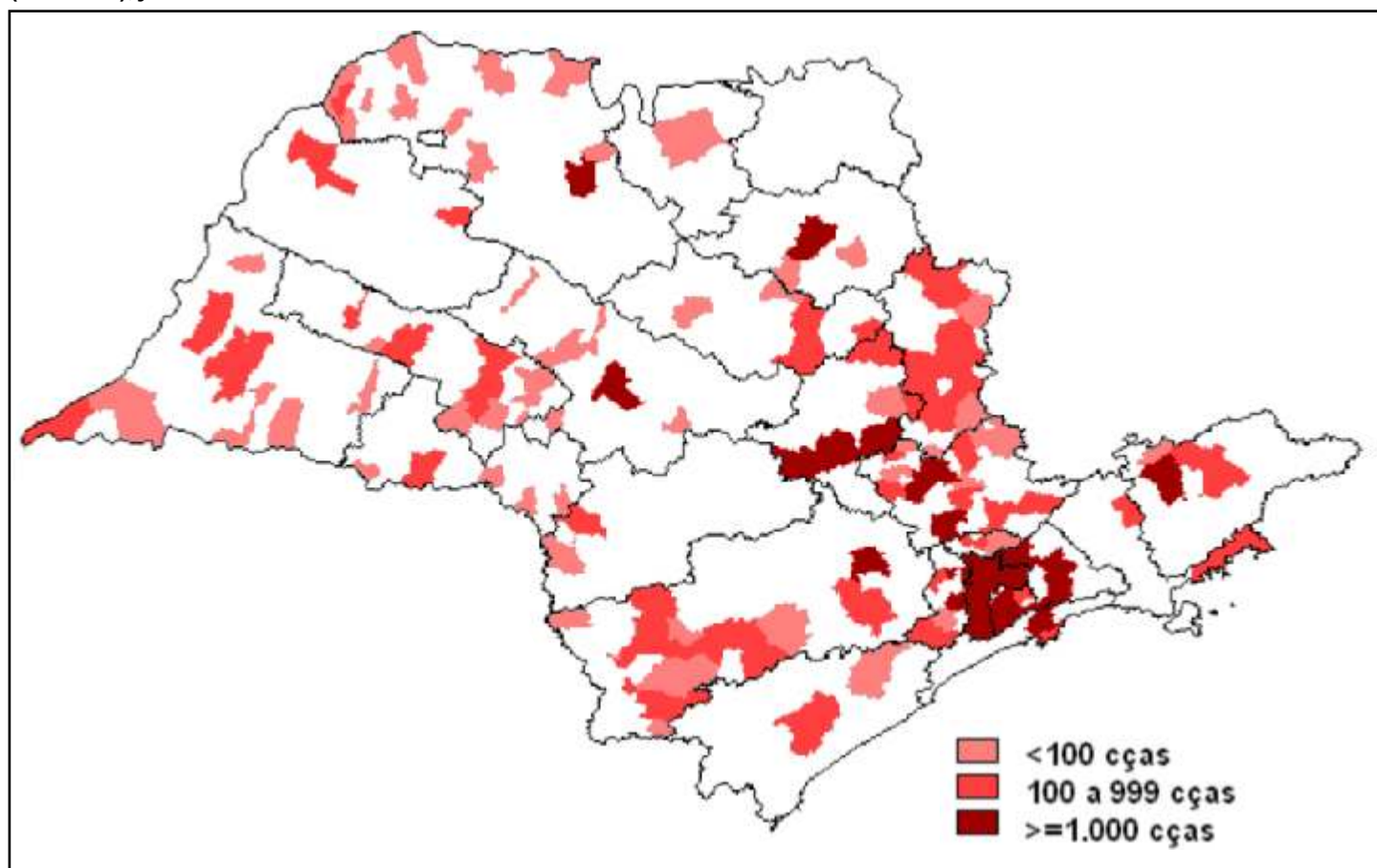
1 - [SVS/MS] Secretaria de Vigilância à Saúde/ Ministério da saúde. Programa Nacional de Imunizações. Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite – 2005. [informe técnico on-line]. Brasil (DF), 2005. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_polio_2005.pdf [consulta 2005 julho 18].

Figura 3 – Proporção de municípios de acordo com a população de crianças menores de 5 anos



População = Seade/2005/sobrevivência de nascidos vivos
 Fonte: Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

Figura 4 – Campanha de vacinação contra poliomielite: número de crianças não vacinadas para o alcance da meta (CV=95%), junho de 2005



População = Seade/2005/sobrevivência de nascidos vivos
 Fonte: Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

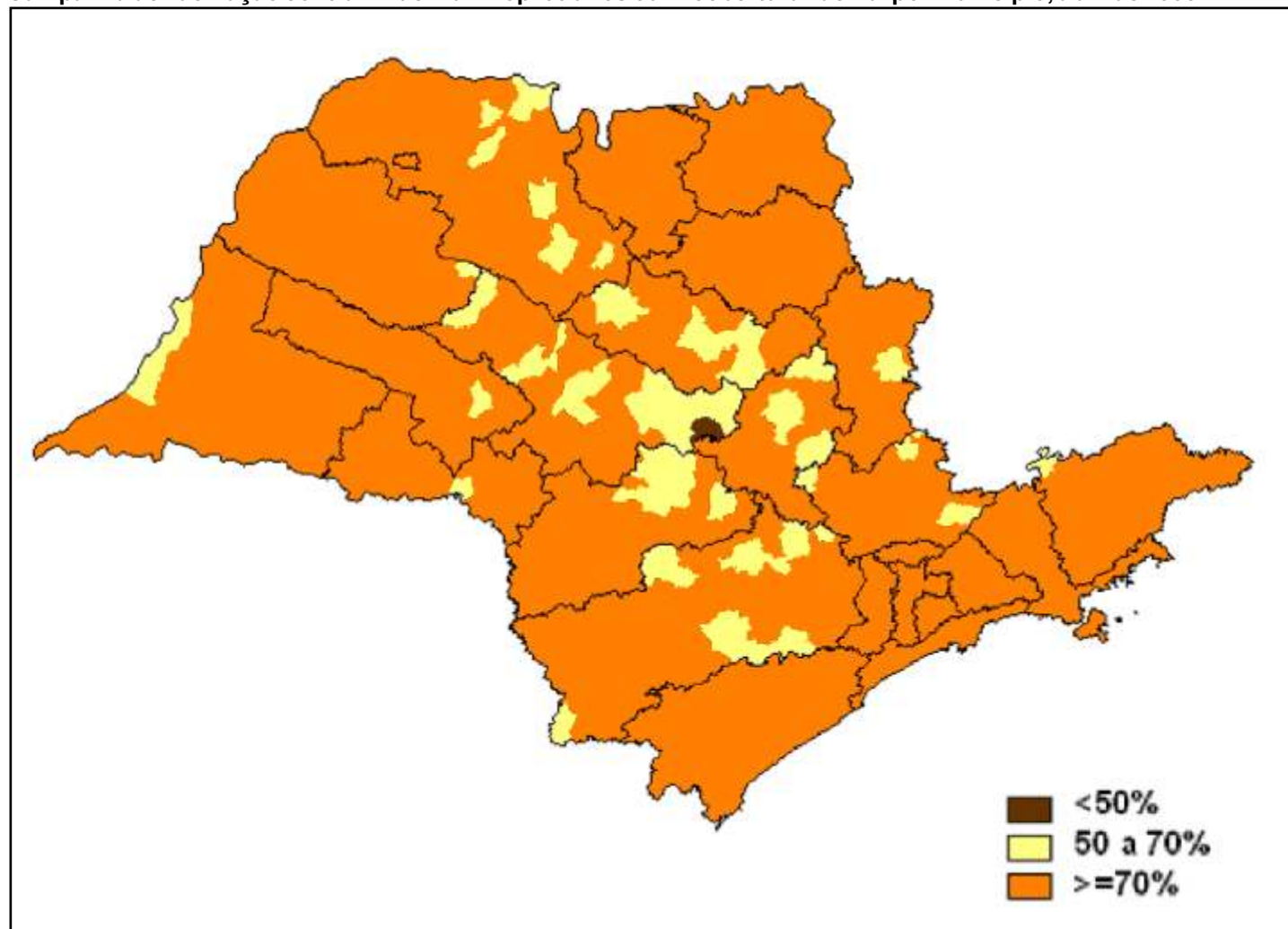
Vacinação contra a influenza

Dados definitivos da campanha de 2005 indicam que foram aplicadas 2.792.380 de doses durante a campanha, atingindo 77,8% da

população com 60 anos ou mais de idade. A maioria dos municípios paulistas (80%) vacinou mais de 70% da população-alvo residente em sua área (figura 5).

Figura 5

Campanha de vacinação contra influenza – Pop. 60 anos ou +: cobertura vacinal por município, abril de 2005



População = IBGE/2005

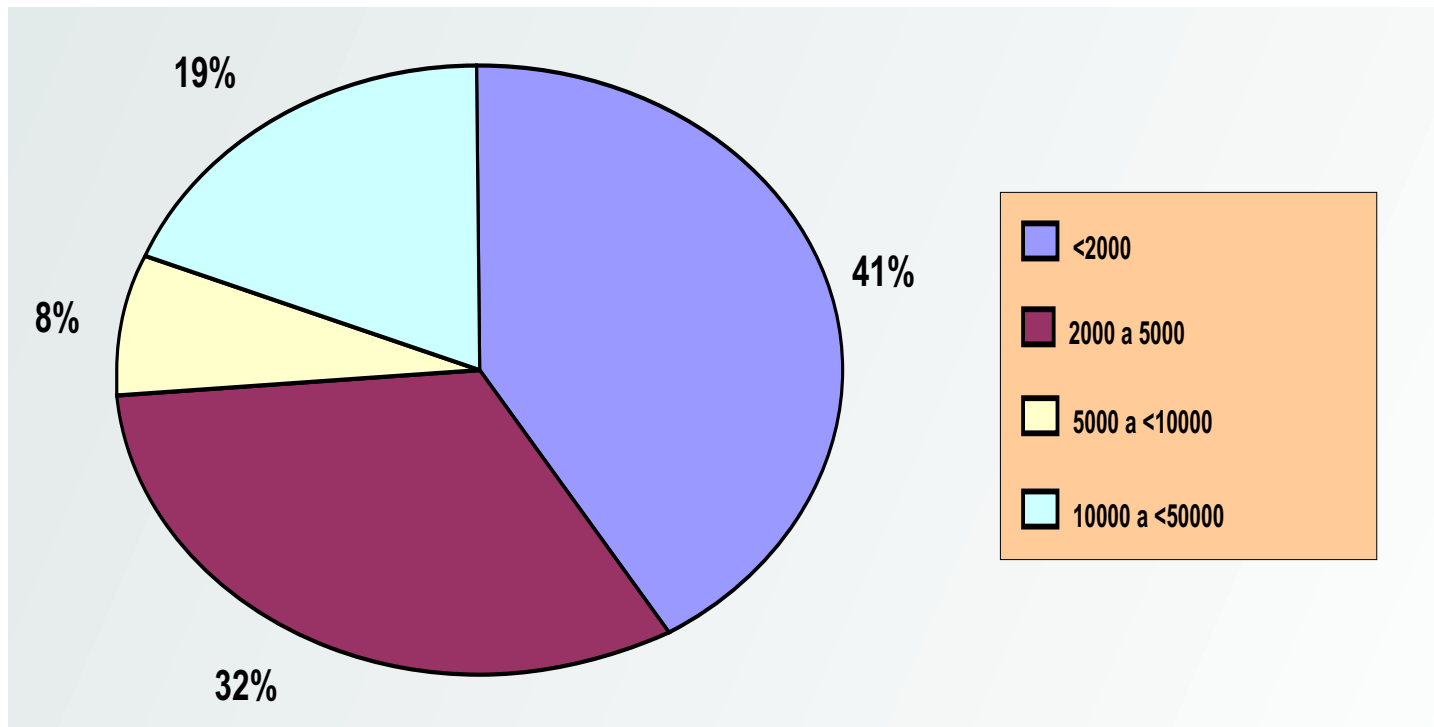
Fonte: Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

Diferentemente do observado no dado definitivo da campanha contra a poliomielite, dentre as 53 cidades que não atingiram esta meta, a maior parte possui pequeno contingente populacional (menos de 5.000 habitantes com 60 anos ou mais) e concentra-se nas regiões de Bauru (20%), São José do Rio Preto e Sorocaba, com 17% cada (figuras 6 e 7).

A identificação local dos motivos que impedem o alcance da meta proposta se faz necessária. A utilização de "Monitoramentos Rápidos" pode constituir ferramenta útil neste aspecto. O monitoramento não tem rigor estatístico, sendo apenas um formulário

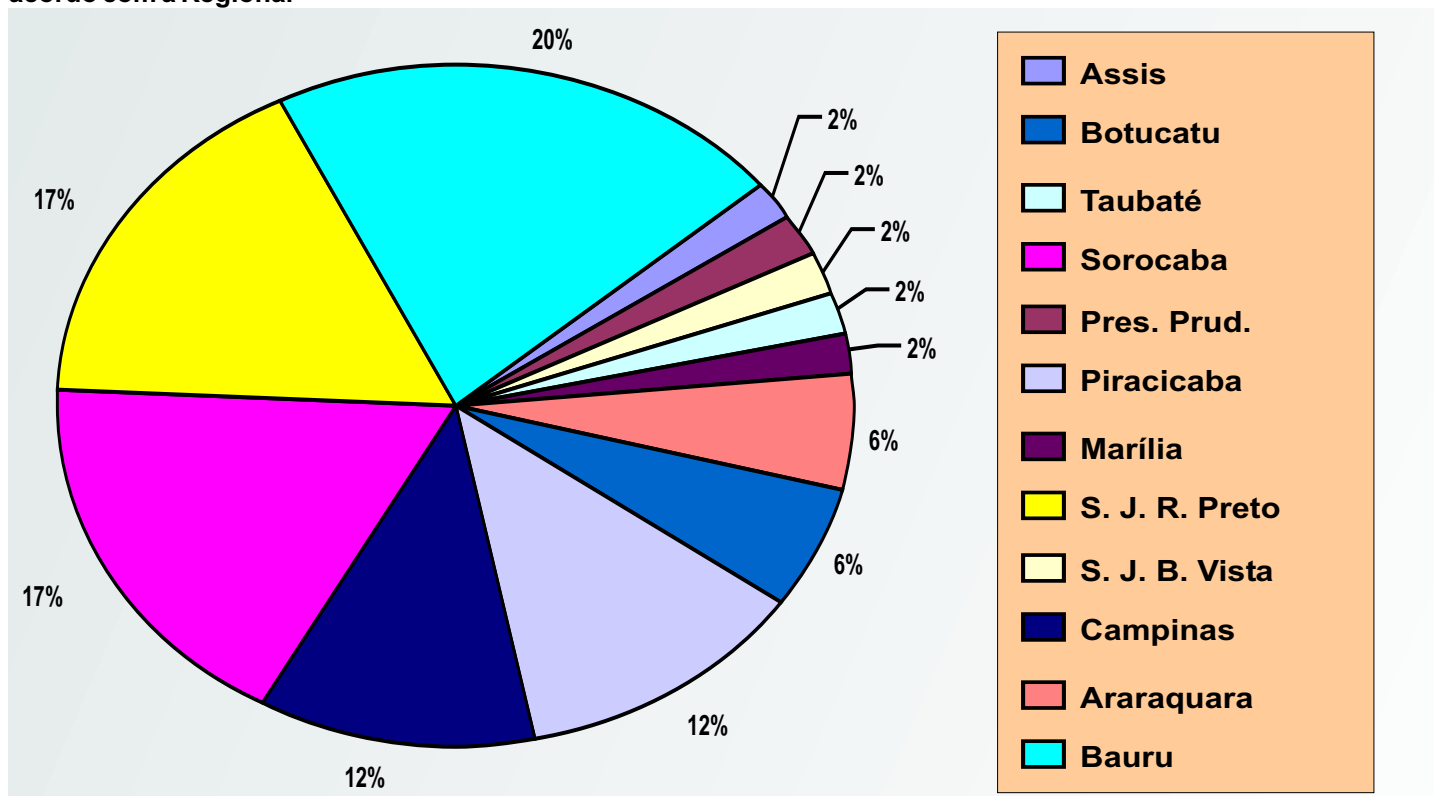
de visita casa a casa, em áreas com suspeita de baixa cobertura vacinal, recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações por ocasião das campanhas de seguimento contra o sarampo. Adaptando o instrumento para a vacinação contra influenza, municípios como Itápolis, Elias Fausto, Vera Cruz, São Carlos e Salto Grande, dentre outros, realizaram alguns destes monitoramentos e puderam identificar que "o medo de reações" e a crença de que "tendo boa saúde não é preciso vacinar-se" ainda constituem fatores importantes, que necessitam ser trabalhados para quebrar resistências à vacinação.

Figura 6
 Proporção de municípios que não atingiram a meta, de acordo com a população de pessoas com 60 ou + anos



População = IBGE/2005
 Fonte: Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

Figura 7
 Campanha contra influenza em pessoas com 60+ anos. Proporção de municípios que não atingiram a meta de acordo com a Regional



População = IBGE/2005
 Fonte: Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

Causas de Óbito Segundo Raça/Cor no Estado de São Paulo

Luís Eduardo Batista

Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD),

Instituto de Saúde

(representante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
no Conselho de Participação e Desenvolvimento da
Comunidade Negra do Estado de São Paulo)

Introdução

As estatísticas de morbidade e mortalidade são utilizadas para avaliar a situação da saúde da população e desenvolver políticas públicas de saúde (Luiz, 1997; Laurenti, 1990). Na análise dos dados de mortalidade, apontam-se as causas de morte que assolam a população, discutem-se os dados segundo a idade, o sexo e o grupo social ou frações de classe, mas não se discutem as diferentes construções socioculturais existentes na sociedade e seus reflexos no perfil da mortalidade. Por exemplo, não se contempla a raça/cor como categoria de análise. Uma das justificativas para tanto é que apenas em 1996 se inseriu a variável raça/cor nos atestados de óbitos.

Em 1998, Barbosa realizou estudo sobre a mortalidade da população negra na cidade de São Paulo, usando, para análise, os óbitos ocorridos durante seis meses; todavia, nenhum estudo foi realizado para o Estado de São Paulo. Sabe-se que este Estado tem o maior contingente de população negra (pretos e pardos) do Brasil e que seus dados de estatísticas vitais são de boa qualidade. Se em 1996, do total de óbitos ocorridos em São Paulo, 87% não tinham indicação de qual era a raça/cor dos indivíduos, em 1997, o percentual caiu para 61%; em 1998, 21%; em 1999, 13% e 6,5% em 2000¹, possibilitando o uso da variável raça/cor nos estudos.

Ao realizar a pesquisa "Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte" optei por realizar o estudo com os óbitos ocorridos no Estado de São Paulo no período de 1996-2000. Como os dados populacionais do censo 2000, segundo município, raça/cor e idade, não estavam disponíveis, não foi possível atingir o objetivo. As diferenças no perfil da mortalidade de brancos e negros em São Paulo foram analisadas, então, para o ano de 1999, cujos dados existentes eram os melhores, naquele momento.

O IBGE trabalha com cinco variáveis de raça/cor, a saber: branco, preto, pardo, amarelo e indígena — quando utiliza a categoria "negro" está se referindo a preto mais pardo (negro = preto+pardo).

A análise de correspondência realizada por Batista *et al.* (2004) evidencia que há diferença no perfil da mortalidade segundo a raça/cor, que pretos e pardos apresentam perfil de óbito semelhante, mas a intensidade difere, brancos e outros morrem das mesmas causas e a intensidade difere muito pouco. O presente artigo analisa o perfil da mortalidade de brancos e pretos (duas variáveis polares).

Resultados

No ano de 1999 ocorreram 236.025 óbitos no Estado de São Paulo: 141.446 eram homens e 94.579, mulheres; 93 mil eram homens brancos (perfazendo uma taxa de 750 óbitos para cada 100 mil homens brancos), 6.921 homens pretos (954 por 100 mil homens pretos), 23.073 outros² (528 por 100 mil homens pardos, amarelos e indígenas) e 18.452 óbitos masculinos, cuja raça/cor foi ignorada. Quando se comparam as taxas de óbitos dos homens pretos e brancos verifica-se entre os pretos a maior taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas e metabólicas, transtornos mentais, doenças do aparelho circulatório e causas externas (tabela 1).

Entre as doenças infecciosas e parasitárias se destaca a maior mortalidade dos homens pretos por tuberculose e HIV/Aids. Dentre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a diabetes mellitus é a principal causa de morte. A morte em função do alcoolismo é a principal causa entre os pretos e a demência, para os brancos. Numa visão comparativa entre os óbitos dos homens pretos e brancos por doenças do aparelho circulatório, nota-se que prevalece entre os pretos o óbito por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Proporcionalmente, os pretos morrem duas vezes mais que os brancos por causas externas. Além disso, a desagregação deste grupo de causas em três dígitos da CID-10 explicita melhor a diferença entre eles, ou seja, enquanto os brancos morrem por acidente de veículo a motor, os pretos morrem por agressões com arma de fogo, objetos contundentes, agressões não especificadas, atropelamentos e homicídio.

Dos 94.579 óbitos femininos ocorridos no Estado de São Paulo em 1999, 64.512 mil mulheres eram brancas (perfazendo uma taxa de 481 por 100 mil mulheres brancas), 4.085 pretas (517 por 100 mil mulheres pretas), 12.155 pardas, amarelas e indígenas (285 por 100 mil mulheres pardas, amarelas e indígenas) e, nestes óbitos, num total de 13.827, a raça/cor foi ignorada. Quando se comparam os coeficientes,

1. Cabe salientar que em 2002 este percentual é apenas de 5%

2. Denomino "outros" a junção do pardos, amarelos e indígenas. Cabe salientar que na população do Estado de São Paulo há 11,44% de homens e 11,13% de mulheres pardas, enquanto que entre os amarelos esses percentuais são de 0,68% e 0,69%, respectivamente. Entre os indígenas esses percentuais são de 0,03% e 0,05% para homens e mulheres. Como se vê, há uma prevalência de pardos na categoria outros

constata-se a maior taxa de mortalidade das mulheres pretas, principalmente por doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose e o HIV/Aids), doenças endócrinas e metabólicas (diabetes), transtornos mentais (alcoolismo e “drogadição”), doenças do aparelho circulatório (insuficiência cardíaca e aciden-

te vascular cerebral), gravidez, parto, puerpério e causas externas. As mulheres brancas são mais vulneráveis às neoplasias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos, doenças do sistema nervoso, aparelho respiratório e as afecções originárias do período perinatal (tabela 1).

Tabela 1 – Proporção de óbitos dos residentes no Estado de São Paulo, segundo sexo, raça/cor e capítulos da CID (10), 1999

Capítulos da CID	MULHERES			HOMENS		
	Branças	Pretas	Razão entre os coeficientes	Branços	Pretos	Razão entre os coeficientes
	Taxa*	Taxa	Pretas/Branças	Taxa	Taxa	Pretas/Branças
TOTAL	481,31	517,01	1,07	750,60	954,23	1,27
I Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	19,30	31,01	1,61	36,25	67,28	1,86
II Neoplasias	81,72	74,80	0,92	108,55	87,00	0,80
III D. Sangue, hematopoéticos e Tr. Imunitários	2,10	1,39	0,66	2,28	2,21	0,97
IV D. Endoc. Nutricionais e Metabólicas	29,78	39,74	1,33	25,92	30,75	1,19
V Transtornos Mentais e Comportamentais	1,92	3,29	1,71	6,38	19,58	3,07
VI D. do Sistema Nervoso	7,41	5,44	0,73	9,80	11,44	1,17
IX D. do Aparelho Circulatório	174,48	199,59	1,14	212,93	244,45	1,15
X D. do Aparelho Respiratório	56,34	43,79	0,78	77,37	72,52	0,94
XI D. do Aparelho Digestivo	20,94	21,90	1,05	46,41	44,40	0,96
XIV D. do Aparelho Geniturinário	8,77	9,75	1,11	10,68	11,03	1,03
XV Gravidez, Parto e Puerpério	37,90	245,54	6,4			
XVII Malformação Congênita e Deformidades...	5,54	2,28	0,41	7,01	3,45	0,49
XX Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	23,26	30,37	1,31	136,23	274,37	2,01
TOTAL (N)	64.512	4.085		93.000	6.921	

Fonte: CVE/CCD/SES-SP

*A taxa foi calculada pela razão = número de óbitos, dividida pela população, segundo cor e sexo, multiplicado por 100 mil

A taxa de mortalidade materna das mulheres pretas supera em 6,4 vezes a das brancas. A taxa de óbitos por morte materna é de 245,54 entre as mulheres pretas e 37,90 entre as brancas. O estudo pôde constatar que o óbito das mulheres pretas supera em 5,9 vezes a taxa oficial, fornecida pela Secretaria de Estado da Saúde (41,4/100 n.v).

A análise das taxas de mortalidade desagregadas por três dígitos da CID-10 mostra a maior mortalidade dos pretos por tuberculose, HIV/Aids, diabetes

mellitus, câncer do esôfago, colo de útero e próstata e acidente vascular cerebral.

Os dados aqui apresentados apenas evidenciam o que o movimento de mulheres negras vem denunciando há anos: “a morte tem cor”³. A novidade é que com a inclusão da raça/cor no atestado de óbito as denúncias do movimento social podem ser analisadas com os instrumentos da produção científico-acadêmica. Hoje isto é possível em relação à mortalidade, mas não em relação aos atendimentos

3. Expressão utilizada pela Profª Drª Maria Alice Rosa Ribeiro em 14/3/2002

hospitalares e ambulatoriais. Se os estudos de mortalidade servem para diagnosticar problemas de saúde e sugerir políticas, ainda não foi possível sensibilizar gestores de saúde a desagregar os dados oficiais por raça/cor; realizar ações para promover a equidade em saúde e transformar os estudos produzidos pela academia e movimentos sociais em políticas públicas. Mas há um fato novo, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS-MS) deve lançar em novembro o livro "Saúde Brasil, 2005" com todos os dados desagregados segundo a raça/cor, idade, sexo, escolaridade e região. A RIPSa também vai lançar o "IDB Brasil, 2005" com indicadores de saúde por grandes regiões, unidades federadas, sexo e raça/cor.

Referências Bibliográficas

1. BARBOSA, M.I. da S., Racismo e saúde. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.
2. BATISTA, L.E., Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte. Araraquara, 2002. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista.
3. BATISTA, L.E., ESCUDER, M. M. L. e PEREIRA, J. C. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev. Saúde Pública, 2004, vol.38, n.5, p.630-636.
4. LAURENTI, R. et al., Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. II Mortes por causas maternas. Rev. Saúde Pública, v. 24, p.1.468-1.471, 1990.
5. LUIZ, O.C., Perspectivas da avaliação de situação de saúde: uma apreciação crítica. São Paulo, 1997. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.



Panorama das Ações de Prevenção às DST/Aids Voltadas para os Adolescentes, Desenvolvidas pelos Programas Municipais de DST/Aids – Estado de São Paulo, setembro/2004

Teo Weingrill Araujo e Gabriela Junqueira Calazans
Coordenação Estadual de DST/Aids-SP- Gerência de Prevenção

Em setembro de 2004, a Coordenação Estadual de DST/Aids-SP elaborou um questionário com o objetivo de traçar um panorama das experiências de prevenção às DST/Aids dirigidas a adolescentes, desenvolvidas no Estado de São Paulo. Com a colaboração das Direções Regionais de Saúde (DIR's), o questionário foi repassado para todos os Programas Municipais de DST/Aids com recursos do PAM (Plano de Ações e Metas) e para outras instituições/ONG que realizassem ações de prevenção com adolescentes. Dos 142 municípios, 68 (46%) responderam o questionário. Desses, apenas três (4,5%) não desenvolvem ações de prevenção com essa população. Neste texto, apresentamos e discutimos os resultados obtidos, considerando as estratégias adotadas pelos municípios para desenvolver estas ações.

Tabela 1 – Ações de prevenção às DST/Aids desenvolvidas pelos municípios do Estado de São Paulo – setembro de 2004*

Ações desenvolvidas	Número de municípios que desenvolvem a ação	%
Palestras		
Palestras em escolas	55	81
Palestras em outras Instituições/locais	45	66
Oficinas		
Realização de oficinas em escolas	32	47
Realização de oficinas em outras instituições/locais	25	37
Insumos		
Distribuição de preservativos	54	79
Produção de material educativo	40	59
Capacitações		
Capacitação de profissionais de saúde que atendem adolescentes	18	26
Capacitação de professores	31	46
Capacitação de outros profissionais	9	13
Capacitação de adolescentes multiplicadores para desenvolverem ações dentro da escola	15	22
Capacitação de adolescentes multiplicadores para desenvolverem ações em outros locais/instituições	10	15
Outras	10	15

Fonte: CCD/SES-SP

*Cada município podia dar mais do que uma resposta

Estratégias de prevenção

A tabela 1 mostra que a distribuição de preservativos e a realização de palestras são as estratégias de prevenção mais adotadas pelos municípios. A realização de oficinas, a produção de material educativo e a capacitação de professores também são estratégias adotadas por um número significativo deles.

Palestras

Dos 68 municípios, 55 (81%) realizam palestras nas escolas e 45 (66%) em outros locais/instituições. A realização de palestras pode ser considerada uma estratégia “clássica” para a prevenção das DST/Aids entre os adolescentes. Nessa estratégia, um especialista da área apresenta informações sobre os modos de transmissão das doenças e sobre os métodos existentes para preveni-las. O público, por sua vez, recebe as informações do especialista e procura esclarecer, através de perguntas, possíveis dúvidas.

As críticas a essa estratégia incluem a defesa de que a aprendizagem é mais efetiva quando o conhecimento é construído pelo próprio aprendiz, a partir de suas vivências. Aponta-se também que a palestra é uma estratégia muito pontual. Nessa perspectiva, defende-se que as pessoas não mudam o comportamento apenas por receberem determinadas informações, e que a prevenção das DST/Aids só pode ocorrer se houver mudança de hábitos, atitudes e crenças, e que essas mudanças não podem ser impostas.

Entretanto, ao escolher as estratégias de prevenção, necessitamos considerar as características da instituição e o contexto em que as ações se inserem. Por exemplo, as palestras podem ser um recurso útil para desenvolver ações de prevenção em uma instituição quando não há profissionais disponíveis ou dispostos a realizá-las através de oficinas ou profissionais de saúde com disponibilidade para realizar ações contínuas nessa instituição. Por meio delas pode-se aprofundar o contato com a instituição e sensibilizá-la para desenvolver ações de DST/Aids para os adolescentes.

Oficinas

Dos 68 municípios, 32 (47%) realizam oficinas em escolas e 25 (37%) as realizam em outras instituições/locais.

Em oficinas costuma-se trabalhar com pequenos grupos que se reúnem em determinado número de encontros periódicos. Geralmente, cada encontro envolve, além de discussões sobre um tema, atividades lúdicas e dinâmicas de grupo relacionadas a esse tema. Busca-se, além da transmissão de informações sobre as doenças e formas de preveni-las, discutir hábitos, atitudes, dúvidas e temores relacionados à sexualidade e ao uso de drogas.

Para conduzir as oficinas, o profissional, além de informações técnicas, precisa estar aberto e disponível para escutar os conteúdos que os adolescentes apresentam. Deve-se guiar pela idéia de que seu papel principal é propiciar condições para que os adolescentes se expressem de maneira livre. Isso significa fazer um esforço constante para conseguir “colocar em suspensão” determinados valores e preconceitos pessoais. A partir dessa perspectiva e por meio de discussões sobre temas muito amplos, a adoção de práticas de cuidado consigo acontece de maneira lenta e gradual.

Distribuição de preservativos

Difundir a idéia de sexo seguro pressupõe acesso aos preservativos. A partir da tabela 1, percebemos que 79% dos municípios adotam a distribuição como uma estratégia de prevenção, que ocorre em três contextos: a) em palestras, eventos, festas, datas comemorativas etc., b) nos serviços de saúde, c) nas escolas (dados não apresentados).

1. A distribuição de preservativos em eventos atinge um grande número de pessoas. Entretanto, é uma ação pontual, que não promove a ampliação do acesso a esse insumo.

2. A distribuição de preservativo nos serviços de saúde aposta na autonomia do adolescente para buscar proteção. Ao mesmo tempo, promove a inclusão desse adolescente na rede de atenção à saúde. Entretanto, algumas medidas precisam ser adotadas para que essa estratégia seja eficaz. É preciso sensibilizar e capacitar os profissionais da rede para que acolham o adolescente. Por exemplo, alguns serviços de saúde exigem que os pacientes menores de idade só sejam atendidos se acompanhados dos pais, o que pode constranger o adolescente quando recebem orientações ou preservativos.

3. A distribuição de preservativos nas escolas ganhou novo impulso com o lançamento do programa “Saúde e Prevenção nas Escolas”, da Coordenação Nacional de DST/Aids. A vantagem dessa estratégia é garantir que o preservativo esteja em um local que concentre muitos adolescentes. Além disso, fortalece as ações de prevenção e educação para a saúde, desenvolvidas pelas escolas. A distribuição de preservativos na escola complementa as ações que visam promover o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, já que há muitos que não frequentam mais as escolas.

Capacitações

Entre as estratégias adotadas pelos municípios, 46% adotam a capacitação de professores, 26% de profissionais de saúde e 22% capacitações para adolescentes multiplicadores.

Capacitação de profissionais de escolas e de outras instituições que atendem adolescentes

É preciso considerar que os temas relacionados às DST/Aids são delicados e que o profissional precisa deparar-se com questões pessoais, preconceitos, e, ao mesmo tempo, encaminhar assuntos que serão trazidos pelos adolescentes. Portanto, mais uma vez, apontamos a importância de realizar capacitações contínuas para esses profissionais, que incluam discussões periódicas sobre as ações que estão sendo desenvolvidas.

Capacitação de profissionais de saúde

A capacitação dos profissionais de saúde para desenvolverem ações de prevenção às DST/Aids também precisa ser contínua. Lidar com temas como sexualidade e uso de drogas exige do profissional uma reflexão constante sobre o próprio trabalho. Por isso, precisamos garantir espaços periódicos de interlocução, discussão de casos e acolhimento para os profissionais que desenvolvem as ações de prevenção. É preciso compreender que capacitar um profissional não significa apenas organizar eventos, mas também acompanhar de perto a maneira como esses trabalhos são desenvolvidos.

Devemos levar em consideração que promover o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde é uma das principais maneiras de prevenir as DST/Aids, de promover o acesso à testagem e à vacinação contra a hepatite B e o acesso ao tratamento em abordagem sindrômica das DST¹. Para isso, é necessário que os profissionais dos serviços de saúde estejam preparados para receber o adolescente, para acolhê-lo, para fornecer-lhe preservativos e outros insumos de prevenção e para orientá-lo. Os profissionais de saúde dos serviços de atenção básica são os que estão mais próximos dos locais de residência, estudo e trabalho dos adolescentes. Nesse sentido, o ideal é que eles assumam, em parceria com outras instituições como a escola, as associações de bairro e as igrejas, a responsabilidade pelas ações diretas de prevenção às DST/Aids.

Capacitação de adolescentes multiplicadores

A idéia subjacente à proposta de trabalhar com adolescentes multiplicadores é a de que o jovem, por viver questões e dificuldades “próprias da adolescência”, é capaz de compreender os outros adolescentes. Para adotar esta estratégia é necessário:

a) Mapear os locais em que os adolescentes possam atuar e as instituições governamentais e não-governamentais que possam ser parceiras nesta ação. Procurar espaços em que as atividades possam ser desenvolvidas. Decidir quais adolescentes serão os multiplicadores.

b) Decidir de que maneira será estabelecido o vínculo com os adolescentes multiplicadores. Serão remunerados? No caso dos adolescentes que freqüentam a escola, a carga horária do trabalho será compatível com os estudos? Como pedir autorização dos pais, no caso de adolescentes menores de idade?

c) Oferecer capacitações, aulas, grupos de estudo e estabelecer uma rotina de supervisões periódicas para os adolescentes.

Produção de materiais educativos

Quarenta municípios (59%) produzem materiais educativos próprios voltados para os adolescentes ou para os profissionais que trabalham com essa população. Os materiais educativos podem ser uma ferramenta interessante na execução das ações de prevenção, já que possibilitam a transmissão de informações de maneira correta e simples.

Bibliografia recomendada

1. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Manual do Multiplicador Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
2. Materiais do Projeto “Prevenção Também se Ensina”, disponíveis em todas as Escolas Estaduais do Estado de São Paulo.
3. “Antes Durante e Depois: Gravidez na Adolescência”. Jogo produzido pelo GTPOS. Para maiores esclarecimentos, ligue para GTPOS: (011) 3801-3691.
4. Protagonismo Juvenil: caderno de atividades. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
5. Adolescentes Promotores de Saúde: uma metodologia para capacitação. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. Adolescentes Fazendo Juntos: manual do facilitador. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2003.
7. Adolescentes Pensando Juntos: manual do facilitador. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2003.

1. Tratamento imediato das DST a partir da identificação dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente

Programa de Controle de Populações de Cães e Gatos do Estado de São Paulo

Adriana Maria Lopes Vieira e Aparecido Batista de Almeida, Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD/SES-SP; Cristina Magnabosco, Prefeitura de Guarulhos; João Carlos Pinheiro Ferreira e Stélio Loureiro Pacca Luna, FMVZ Unesp Botucatu; Jonas Lotufo Brant de Carvalho Prefeitura de Botucatu; Luciana Hardt Gomes e Noemia Tucunduva Paranhos, Prefeitura de São Paulo; Maria de Lourdes Reichmann, Instituto Pasteur; Rita de Cassia Garcia, Instituto Nina Rosa e Prefeitura de Taboão da Serra; Vania de Fátima Plaza Nunes, Prefeitura de Jundiaí; Viviane Benini Cabral, advogada sanitária ambiental

Módulo II: Controle da Reprodução de Cães e Gatos

A maioria dos centros urbanos enfrenta o problema da superpopulação de cães e gatos, que oferece riscos à saúde e à segurança pública, à saúde animal e ao meio ambiente, onerando o poder público com investimentos necessários para a remoção, o manejo e a eutanásia, entre outros (Nassar; Fluke, 1991).

As atividades isoladas de remoção e eliminação de cães e gatos não são efetivas para o controle das populações desses animais, sendo necessário atuar na causa do problema: a procriação animal excessiva e a falta de responsabilidade dos proprietários na posse, propriedade e guarda de seus animais (WHO; WSPA, 1990).

Por serem animais pluríparos de gestação curta (ao redor de 60 dias), com grande potencial de produção de proles numerosas seqüenciais e devido ao rápido amadurecimento sexual dos mesmos, já no segundo semestre de vida, o excesso de cães e gatos permanece como um problema até que programas efetivos envolvendo o controle da reprodução sejam instituídos (Olson; Johnson, 1993).

O vínculo estabelecido entre os seres humanos e os animais de estimação está intimamente relacionado às condições sócio-econômico-culturais de cada comunidade. Em situações de desequilíbrio, a intervenção para o controle de reprodução dos cães e gatos, além da conscientização para a posse, propriedade ou guarda responsável, é de fundamental importância e de competência do poder público para a promoção da saúde.

Assim, a Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) recomenda a implantação do controle de reprodução de cães e gatos nos municípios do Estado de São Paulo.

Métodos de Controle da Reprodução

A interferência no ciclo reprodutivo de cães e gatos, a fim de suprimir a concepção, pode ocorrer por três métodos:

- Cirúrgico – induz à esterilidade ou infertilidade permanente por meio de alterações anatômicas;
- Farmacológico – de bloqueio da implantação embrionária, de bloqueio do ciclo estral e de indução à perda embrionária e fetal;
- Imunológico – de bloqueio da atividade reprodutiva.

Método cirúrgico de esterilização

A principal vantagem do método cirúrgico de esterilização é o fato de ser realizado em um único procedimento, causando a perda irreversível da capacidade reprodutiva. Atualmente, a ovariossalpingo-histerectomia (OSH), retirada de ovários, útero e trompas, e a orquiectomia (OC), retirada dos testículos, são os métodos de eleição para o controle da reprodução em cães e gatos (Olson; Johnson, 1993; Mahlow, 1996).

As fêmeas esterilizadas cirurgicamente não apresentam cio e os machos orquiectomizados, ao contrário dos vasectomizados, perdem progressivamente a libido, diminuindo, portanto, a possibilidade da formação de grupos de animais, minimizando a ocorrência de brigas, agravos a humanos e transmissão de enfermidades (Heidenberger & Unshelm, 1990, Maarschalkerweerd *et al.*, 1997, Neilson *et al.*, 1997).

A esterilização cirúrgica antes da puberdade ou a partir de 8 semanas de vida apresenta as vantagens de evitar o risco da ocorrência da primeira cria dos cães e gatos, além de diminuir significativamente a incidência do tumor de mama nas fêmeas. É um procedimento seguro, mais rápido e de menor custo que nos adultos, e os animais apresentam rápida recuperação. A gonadectomia antes da puberdade diminui a incidência de obesidade nos caninos e incontinência urinária nas cadelas (Feldman & Nelson, 2004; Schneider, 1969 *apud* Olson, 1993).

As desvantagens das cirurgias de esterilização se referem às complicações cirúrgicas e anestésicas, principalmente quando realizadas por profissionais inexperientes e ao tratamento dispensado pelo proprietário no período de recuperação pós-cirúrgica (Mackie, 1998).

Os procedimentos de esterilização cirúrgica em massa de cães e gatos devem obedecer a critérios idênticos aos dos individuais, ou seja, existência de sala para preparo, sala de cirurgia, sala para pós-cirúrgico, avaliação clínica do paciente, procedimentos de esterilização do material, preparação do

paciente (anestesia geral e assepsia do campo cirúrgico) e esterilidade de todo o procedimento até os cuidados pós-cirúrgicos necessários.

Devem ser utilizadas técnicas de esterilização cirúrgica minimamente invasivas para a racionalização do tempo cirúrgico e dos recursos materiais e humanos necessários, além dos benefícios na recuperação do animal e diminuição dos riscos de infecção. Fios de algodão não deverão ser utilizados em cadelas devido às reações inflamatórias que podem ocasionar, colocando em risco a vida do animal. A ferida cirúrgica na técnica de esterilização cirúrgica tradicional pode chegar até 15 cm em cadelas, já nas técnicas minimamente invasivas ela varia em torno de 2 cm a 5 cm em cadelas em condições normais (sem piometra ou tumores), portanto com menor manipulação, pós-cirúrgico mais seguro, com menos intercorrências, menos doloroso e cicatriza em menor tempo.

Outra atividade que tem apresentado bons resultados é a gonadectomia, cirurgia para remoção das gônadas dos animais, antes da puberdade. É um procedimento seguro, mais rápido e de menor custo que nos adultos, em que os animais apresentam rápida recuperação, podendo ser realizado a partir dos 2 meses de idade. O uso desta técnica prescinde da necessidade do emprego de cuidados específicos para anestesia e jejum e pós-operatório dos animais. A importância de sua adoção está na constatação de que um dos fatores que contribuem para a grande quantidade de animais abandonados é a primeira cria já na ocorrência do primeiro cio, conforme experiências de outros países, mesmo em centros mais avançados (Olson *et al.*, 2000).

Métodos farmacológicos

Quanto aos métodos farmacológicos, os progestágenos são os principais fármacos empregados, podendo ser classificados em fármacos de curta duração, aplicados diariamente, e de longa duração, reaplicados em períodos variáveis de, no máximo, seis meses.

A aplicação dos métodos farmacológicos em programas de controle populacional, sem a possibilidade de avaliação individual e determinação correta da fase do ciclo estral por meio de exame laboratorial, pode desencadear uma série de problemas – como a hiperplasia cística endometrial, piometra, tumores de mama e, nos animais gestantes, o não desencadeamento do parto com conseqüente morte fetal, colocando em risco a vida do animal.

Portanto, devido à reversibilidade dos métodos farmacológicos, necessidade de diversas aplicações e determinação precisa da fase do ciclo estral, estes

são desaconselhados em ações para o controle das populações de cães e gatos (Jöchler W., 1974, Jöchler W., 1991, Feldman & Nelson, 2004).

Outros métodos

Os métodos de contracepção imunológica são ainda experimentais (Boué *et al.*, 2004, Griffin *et al.*, 2004).

Os fármacos que impedem a implantação ou induzem perda embrionária são indicados apenas nos casos de estabelecimento de prenhez indesejada, não sendo aplicados em ações para o controle populacional devido à necessidade de aplicação do fármaco em um período específico da gestação e acompanhamento ambulatorial veterinário de cada caso.

Recomendações

1. A implantação de atividades de controle da reprodução de cães e gatos, por meio da esterilização dos animais, nos serviços municipais;
2. O emprego das cirurgias de esterilização de ovário-salpingo-histerectomia (OSH) para fêmeas e orquiectomia (OC) para machos, para o controle da reprodução de cães e gatos;
3. A esterilização cirúrgica de cães e gatos a partir de 8 semanas de idade;
4. Capacitação dos médicos veterinários responsáveis pela realização das cirurgias de esterilização em massa e menos invasivas;
5. Que haja endosso dos Conselhos Municipais de Saúde e de Defesa do Meio Ambiente;
6. Que haja previsão de recursos anuais específicos e inclusão na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Previsão Orçamentária Anual;
7. Que o município disponibilize serviços próprios ou parcerias que viabilizem acesso geográfico e econômico facilitado à população, para a realização das cirurgias de esterilização;
8. Que procedimentos de controle da reprodução sejam parte integrante de um programa municipal de controle das populações de cães e gatos;
9. Sempre que possível, o emprego da técnica cirúrgica de esterilização minimamente invasiva;
10. Desenvolvimento associado de programas de saúde animal, como vacinações e vermifugações e outros, nas populações de cães e gatos;
11. Implantação e manutenção de programa educativo permanente e específico sobre o tema;
12. O incentivo da esterilização por meio da isenção de taxas como, por exemplo, de registro e identificação.

Referências Bibliográficas

1. BOUÉ, F., FARREE, G., VERDIER, Y., ROLLAND-TURNER, M., P13 DNA vaccine for canine species: immune studying and strategy for the development of an immunocontraceptive vaccine, Proceedings of II International The Alliance for Contraception in Cats and Dogs Symposium, Beaver Run CO, p.187, 2004.
2. FELDMAN, E.D., NELSON, R.W., Canine and feline endocrinology and reproduction, 3rd ed. St Louis, Saunders, 2004, 1089p.
3. GRIFFIN, B., BAKER, H., WELLES, E., MILLER, L., FAGERSTONE, K., Response of dogs to a GnRH-KLH conjugate contraceptive vaccine adjuvanted with adjuvac. Proceedings of II International The Alliance for Contraception in Cats and Dogs Symposium, Beaver Run CO, p.189-190, 2004.
4. HEIDENBERGER E., UNSHELM J., Changes in the behavior of dogs after castration. Tierarztl Prax. v.18, p.69-75. 1990.
5. JÖCHLER, W., Pet population control in Europe. Journal American Veterinary Medicine Association, v.198, p.1225-1230, 1974.
6. JÖCHLER, W., Pet population control: chemicals methods. Canine Practice, v.1, p.8-18, 1974.
7. MAARSCHALKERWEERD, R.J., N. ENDENBURG, J. KIRPENSTEIJN AND B.W. KNOL. Influence of orchietomy on canine behaviour. The Veterinary Record, v.140, p. 617-69, 1997.
8. MAHLOW, J. C. e M. R., Current issues in the control of stray and feral cats. Journal American Veterinary Medicine Association, v. 209, p. 2016-2020, 1996.
9. MAKIE, M., I Congresso Brasileiro de Bem-estar Animal da Arca Brasil. São Paulo, dezembro 1998.
10. NASSAR, R, FLUKE, J., Pet population dynamics and community planning for animal welfare and animal control. Journal American Veterinary Medicine Association, v. 198, n. 7, 1160-1164, 1991.
11. NEILSON, J.C., R.A. ECKSTEIN, AND B.L. HART. Effects of castration on problem behaviors in male dogs with reference to age and duration of behavior. Journal of the American Veterinary Medical Association, v. 211, p.180-2, 1997.
12. OLSON, P. N. e S. D., New developments in small animal population control. Journal American Veterinary Medicine Association, v. 202, p. 904-909, 1993.
13. OLSON, P.N., ROOTS KUSTRIZ, M.V., JOHNSTON, S.D., Early-age neutering of dogs and cats in the United States (A review). Journal of Reproduction and Fertility, Suppl. 57, p.223-232, 2000.
14. SCHNEIDER, 1969 apud OLSON, 1993
15. WOLD HEALTH ORGANIZATION WHO; WORLD SOCIETY FOR THE PROTECTION OF ANIMALS WSPA: Guidelines for dog population management. Geneva, 1990. 116 p.

NOTAS**Treinamento em Infecção Hospitalar**

Nos dias 11 e 12 de agosto, a Divisão de Infecção Hospitalar – órgão do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”, da Coordenadoria de Controle de Doenças (CVE/CCD) – realiza treinamento de controle de infecção hospitalar em hospital psiquiátrico. O objetivo do evento é capacitar os profissionais dos hospitais psiquiátricos para o manejo das principais síndromes infecciosas hospitalares, com ênfase na avaliação epidemiológica, medidas de proteção infecciosa ambiental e investigação de surtos. O treinamento é dirigido a profissionais das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, de nível superior, preferencialmente, médicos e enfermeiros, dos hospitais psiquiátricos do Estado, e profissionais das vigilâncias epidemiológica e sanitária das Direções Regionais de Saúde. As inscrições devem ser feitas até o próximo dia 9. Informações com Cadu, pelo telefone (11) 3081-7526.

Curso de Atualização do IAL

O Instituto Adolfo Lutz promove, de 29 de agosto a 2 de setembro, o curso “Atualização em *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*”, no âmbito do Programa da Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública – área de Concentração Pesquisas Laboratoriais em Saúde Pública. Organizado e coordenado pelo IAL-SP, com apoio da BioMérieux Brasil, BD Diagnostic e Ministério da Saúde, o curso tem como objetivo oferecer aos alunos de pós-graduação e profissionais de saúde treinamento e atualização em doenças de notificação compulsória, abordando aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. As inscrições, que vão de 8 a 19 de agosto, são gratuitas e as vagas limitadas (80 para profissionais de saúde e 20 para os alunos de pós-graduação). Os profissionais devem fazer as inscrições à Av. Dr. Arnaldo, 355, 2º andar, sala 66, telefone (11) 3068-2854 e e-mail treinamento@ial.sp.gov.br. Pós-graduandos, à Av. Dr. Arnaldo, 355, 2º andar, sala 65, Secretaria da Pós-graduação, telefone (11) 3068-2814, (posgraduacao@ial.sp.gov.br). O curso acontece das 8h30 às 18h00, no Anfiteatro da SES (Av. Dr. Arnaldo, 351, térreo).

Prorrogadas Inscrições de Trabalhos para o VI Encontro do IAL

Prorrogadas até 8 de agosto as inscrições de trabalhos científicos para VI Encontro do Instituto Adolfo Lutz, que acontece de 3 a 6 de outubro, sob o tema “Saúde Pública, Pesquisa e Responsabilidade Social”. Durante o evento será entregue o Prêmio Adolfo Lutz, que tem por objetivo estimular a produção/divulgação dos trabalhos científicos desenvolvidos nas áreas de Biomédica e Bromatologia e Química. Os dois melhores trabalhos inscritos em cada área receberão R\$ 2.000,00. O órgão também informa que as inscrições para participar do evento terão desconto até o próximo dia 31. Além disso, a cada dez inscrições em grupo será concedido um abatimento de 10% sobre o valor total. A programação preliminar para o VI Encontro, que será realizado no Centro de Convenções Rebouças, em São Paulo, está disponível no *site* (www.ial.sp.gov.br). Mais informações pelo telefone (11) 3068-2974.

Vacinação Contra Poliomielite

Acontece no próximo dia 20 de agosto, em todo o País, a segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. Este é o 26º ano de campanha de vacinação contra a doença, que não é registrada no Brasil há 16 anos. Livre do poliovírus desde 1989, o País deve manter e aproveitar ao máximo as campanhas, para impedir a reintrodução da poliomielite em território brasileiro. A estratégia é vacinar indiscriminadamente todas as crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias de vida, em todas as localidades. As demais vacinas do calendário – tetravalente (difteria, tétano, coqueluche e *Haemophilus influenzae*); tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e hepatite B – serão aplicadas nas unidades de saúde nas crianças em situação de atraso. A meta é vacinar 95% das crianças nesta faixa etária. Veja Informe Técnico completo no *site* do CVE (www.cve.saude.sp.gov.br).

Conferência em Saúde do Trabalhador de Botucatu

A prefeitura municipal de Botucatu, por meio da Secretaria de Saúde, realiza de 26 a 28 de agosto sua 1ª Conferência Municipal em Saúde do Trabalhador. O objetivo do evento é a elaboração do Plano

Municipal de Saúde do Trabalhador, no qual estarão definidas as diretrizes, metas, objetivos e estratégias que orientarão as ações articuladas dos órgãos setoriais do Estado, no âmbito do Município, nas políticas públicas em saúde do trabalhador. A Conferência Municipal, que terá o mesmo tema central da 3ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, “Trabalhar Sim, Adoecer Não”, também elegerá os delegados que participarão das etapas Estadual e Nacional.

Fundacentro Disponibiliza Livro sobre Sílica

Está disponível no *site* da Fundacentro o livro “Sílica Manual do Trabalhador”, voltado para treinamento e educação de trabalhadores expostos à sílica. O objetivo do material é esclarecer tanto o trabalhador quanto a empresa sobre os riscos da poeira de sílica, que provoca a silicose, uma das mais graves doenças ocupacionais. O livro mostra em que situações ela pode aparecer, bem como quais medidas de controle e de proteção devem ser adotadas. Pode, também, auxiliar em programas de treinamento em higiene do trabalho em empresas que apresentem exposição a outros tipos de poeiras e fibras, uma vez que as medidas de controle são gerais. O livro está acessível no endereço: (<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/publicacao/1/silica%20manual%20do%20trabalhador%202.pdf>).



DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Casos novos detectados de hanseníase, registro ativo e coeficiente de detecção e prevalência (por 10.000 habitantes) distribuídos por ano no Estado de São Paulo, 1985 - 2004

ANO	CASOS DETECTADOS	COEF. DETECÇÃO	CASOS R. ATIVO	COEF. PREVALÊNCIA
1985	2750	0,95	36577	12,51
1986	2603	0,83	38958	13,01
1987	2688	0,84	38398	12,51
1988	3342	1,06	37601	11,94
1989	3177	0,98	38957	12,04
1990	3303	0,99	40420	11,6
1991	3276	0,96	33438	11,8
1992	2983	0,91	30122	8,8
1993	2927	0,89	24481	7,44
1994	2929	0,89	17536	5,82
1995	2619	0,78	14572	4,32
1996	2901	0,85	10013	2,93
1997	2913	0,84	7801	2,24
1998	2621	0,74	6218	1,85
1999	2838	0,79	6242	1,74
2000	2898	0,8	5867	1,61
2001	2999	0,81	5723	1,52
2002	2765	0,72	5378	1,41
2003	2819	0,73	5032	1,31
2004	2623	0,67	4812	1,23

Fonte: CVE/CCD/SES-SP – Divisão Técnica Vigilância Epidemiológica Hanseníase – dados atualizados em: 5/4/05

Coqueluche – Distribuição de nº casos, nº óbitos, coeficiente de incidência e letalidade, segundo faixa etária, Estado de São Paulo, 2000 a 2005*

Ano	<1 Ano	1a4anos	5a9anos	10a14anos	15a19anos	20a29anos	30a39anos	40a49anos	50a59anos	60a69anos	70a79anos	> 80anos	Total
2000	casos	54	4	0	0	1	2	0	0	0	0	0	61
	óbitos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	C.I.	8,63	0,16	0,00	0,00	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16
	Letalidade	1,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64
2001	casos	71	6	3	1	3	2	1	0	0	1	0	88
	óbitos	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	C.I.	11,15	0,23	0,09	0,03	0,08	0,03	0,02	0,00	0,00	0,05	0,00	0,23
	Letalidade	4,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,41
2002	casos	45	3	0	0	2	3	1	0	0	0	0	54
	óbitos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	C.I.	6,96	0,11	0,00	0,00	0,05	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14
	Letalidade	2,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,85
2003	casos	76	4	1	2	0	2	0	0	0	0	0	85
	óbitos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	C.I.	11,59	0,15	0,03	0,06	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22
	Letalidade	1,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18
2004	casos	94	8	2	1	1	3	1	0	0	1	0	111
	óbitos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	C.I.	14,13	0,29	0,06	0,03	0,03	0,04	0,02	0,00	0,00	0,05	0,00	0,28
	Letalidade	1,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90
2005	casos	44	5	3	4	3	4	6	1	1	0	1	72
	óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	C.I.	6,41	0,18	0,09	0,11	0,08	0,05	0,09	0,02	0,03	0,00	0,09	0,18
	Letalidade	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total casos	384	30	9	8	10	16	9	1	1	2	1	0	471
Total óbitos	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7

Fonte: SINANW/Divisão de Doenças de Transmissão Respiratórias (DDTResp/CVE/SES-SP); Datasus/MS * Dados atualizados em 1/7/2005 C.I. = Coeficiente de incidência