

#### NESTA EDIÇÃO

*Investigação de Casos de Coqueluche na Direção Regional de Saúde XVIII - 2004/2005.....pág. 2*

*O Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo e o Sistema Estadual de Farmacovigilância.....pág. 9*

*A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Sistema Nacional de Farmacovigilância .....pág.12*

*Medindo Desigualdades na Saúde .....pág.15*

*Violência Contra Animais e a Violência Doméstica: Qual a ligação?.....pág.17*

*I Curso de Formação de Oficiais de Controle Animal Foca.....pág.18*

*Notas.....pág.19*

*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. 131*

*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

Osmar Mikio Moriwaki  
Superintendência de Controle de Endemias

#### Editor

Carlos Magno C. B. Fortaleza

Maria Maeno  
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

#### Conselho Editorial

Carlos Magno C. B. Fortaleza  
Centro de Vigilância Epidemiológica

#### Coordenação Editorial

Iara Camargo  
Centro de Vigilância Sanitária

Cecilia Abdalla  
Cláudia Malinverni  
Sylia Rehder  
Núcleo de Comunicação - GTI

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 - CVE/Nive  
Zilda Souza - CVE/Nive

#### EDITORIAL

Chegando hoje ao seu 16º número, o Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA) já se consolidou como instrumento de divulgação das ações de vigilância e controle de doenças e agravos no Estado de São Paulo. Indo além da publicação de dados, este periódico foi o porta-voz da integração de ações de diversos institutos ligados à saúde coletiva, para construção da “Vigilância à Saúde”.

É necessário prestarmos uma homenagem ao seu idealizador, o Prof. Dr. Luiz Jacintho da Silva. Em Janeiro de 2003, ele propunha um modelo inspirado no “paradigmático MMWR, do Centers for Disease Control and Prevention, dos Estados Unidos, e do mais modesto Eurosurveillance Weekly, da União Européia.” Mas sua visão editorial não se ateve à importação de moldes, e o BEPA adquiriu características próprias. Tornou-se importante referência para profissionais e mesmo para a imprensa leiga.

Assumindo a função de editor deste boletim, enfrento o desafio de, mantendo as diretrizes responsáveis pelo seu sucesso, expandir sua abrangência.

Esta é a reafirmação do compromisso da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com a divulgação oportuna e objetiva de doenças e agravos de interesse em saúde pública. Informação para ação.

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza

## Investigação de Casos de Coqueluche na Direção Regional de Saúde XVIII - Ribeirão Preto, 2004/2005

Alessandra Cristina Guedes Pellini, Flávia Helena Ciccone  
EPISUS-SP  
Telma Regina Marques Pinto Carvalhanas  
Maria Stella de C. J. O. Sidi  
Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória Centro de  
Vigilância Epidemiológica/  
Centro de Controle de Doenças/SES-SP

### Introdução

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda e transmissível que compromete predominantemente o aparelho respiratório (traquéia e brônquios), caracterizando-se por típicos acessos paroxísticos de tosse<sup>(1,2,3,4)</sup>. Em geral, crianças maiores ou adultos introduzem a doença na família, podendo manifestar o quadro clínico clássico da doença ou formas mais leves e até mesmo atípicas, o que leva a um tratamento tardio e muitas vezes incompleto<sup>(1,3,5-8)</sup>. No entanto, as crianças menores de 2 anos são as que mais sofrem com a coqueluche, pois tendem a apresentar quadros de maior gravidade e complicações<sup>(1,2,6,9,10)</sup>.

O agente etiológico da coqueluche é a *Bordetella pertussis*, um cocobacilo Gram-negativo aeróbico, com afinidade exclusiva pela camada mucosa do trato respiratório humano<sup>(1,2,5)</sup>. A transmissão da doença ocorre pelo contato com indivíduos sintomáticos, por meio de secreções do trato respiratório<sup>(1-3,5)</sup>. A doença é altamente transmissível no estágio catarral<sup>(2,5,11)</sup>, período em que a taxa de ataque secundária entre comunicantes domiciliares suscetíveis é de 80-90%<sup>(1,3-5)</sup>. Pacientes não tratados podem transmitir a doença por três semanas ou mais, após o início dos acessos de tosse, sendo que a transmissibilidade diminui rapidamente após o estágio catarral<sup>(5)</sup>.

A coqueluche ainda é uma importante causa de morte na infância em todo o mundo, e continua a ser uma preocupação de saúde pública, mesmo em países com alta cobertura vacinal<sup>(5,6)</sup>. Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que, em 2003, cerca de 17,6 milhões de casos ocorreram em todo o mundo, 90% dos quais em países em desenvolvimento e, aproximadamente, 279.000 pessoas morreram devido a esta doença. Estima-se que a vacinação global em 2003 evitou cerca de 38,3 milhões de casos e 607.000 óbitos<sup>(5)</sup>.

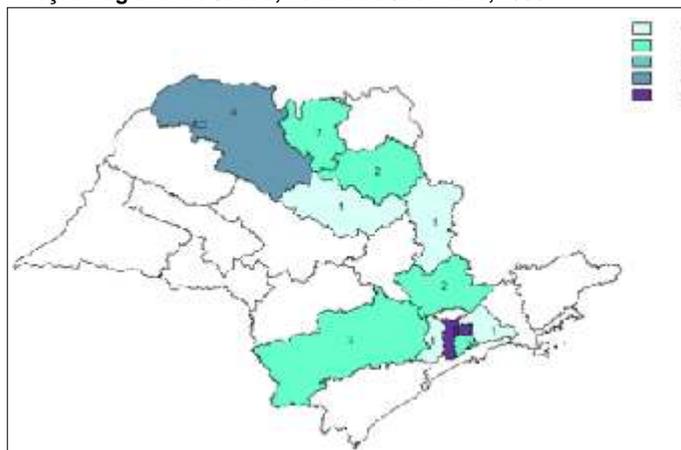
A coqueluche é doença de notificação compulsória em todo o território nacional, sendo que uma investigação laboratorial adequada deve ser priorizada em

situações de surtos e nos casos atendidos em unidades sentinelas<sup>(1,2)</sup>.

A principal dificuldade da vigilância deste agravo está em sua confirmação etiológica<sup>(1)</sup>. Outros agentes causadores de doenças respiratórias agudas, como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella bronchiseptica*, alguns adenovirus e, em particular, a *B. parapertussis*, podem causar a "síndrome pertussis", clinicamente confundida com a coqueluche, dificultando, desta forma, seu diagnóstico diferencial<sup>(1,2,4,5)</sup>. Assim, um sistema de vigilância passivo para a doença tem baixo valor preditivo positivo, porque permite a inclusão de casos que podem, de fato, não ser casos, uma vez que é possível a confirmação clínica ou por meio de técnicas laboratoriais pouco específicas. Além disso, com base nesses casos, o sistema de vigilância pode desencadear desnecessariamente a investigação e a adoção de medidas de controle, com custos adicionais prescindíveis<sup>(1)</sup>.

No ano de 2000, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo implantou um sistema de vigilância para a coqueluche com base em unidades sentinelas. Esse sistema tem como principal objetivo a triagem adequada de casos, através de uma definição de caso suspeito e da confirmação laboratorial da doença por meio da coleta precoce de secreção da nasofaringe para a realização de cultura<sup>(1)</sup>. Hoje, o Estado conta com 23 unidades sentinelas para coqueluche, distribuídas em diferentes regionais, conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1  
Distribuição das unidades sentinelas de coqueluche, segundo Direção Regional de Saúde, Estado de São Paulo, 2005



A vigilância estruturada no modelo de unidades sentinelas tem permitido um melhor acompanhamento da tendência da coqueluche, possibilitando a exclusão mais segura das demais síndromes pertussis. O Instituto Adolfo Lutz (IAL) é o laboratório de referência para a doença no Estado de São Paulo e em todo o território nacional<sup>(1)</sup>.

A partir de novembro de 2004, observou-se um aumento expressivo do número de casos notificados de coqueluche na DIR XVIII (Ribeirão Preto), com maior significância no município de Ribeirão Preto (RP).

Tendo em vista a magnitude do evento, bem como o registro da ocorrência de casos intrahospitalares em profissionais de saúde na regional, a equipe técnica da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" (DDTR-CVE), em conjunto com a equipe do EPISUS-SP e representantes da vigilância epidemiológica da DIR XVIII, do município de Ribeirão Preto e dos hospitais locais, deu seguimento à investigação dos casos. Para tanto, as equipes da DDTR-CVE e EPISUS-SP se deslocaram para Ribeirão Preto no dia 8 de março de 2005.

Os principais objetivos da investigação foram:

- Conhecer a situação clínica, epidemiológica e laboratorial dos casos de coqueluche da Regional XVIII, em especial no município de RP;
- Caracterizar a existência ou não de surto;
- Conhecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde do município de RP em relação à busca ativa de casos e medidas de prevenção e controle instituídas;
- Identificar e investigar os casos confirmados de coqueluche da regional de RP, por meio de análise de prontuários, das fichas de investigação epidemiológica do Sinan e dos resultados de exames laboratoriais do IAL-RP, e da visita aos casos internados;
- Analisar a cobertura vacinal e homogeneidade da vacina tetravalente no município de RP e na DIR XVIII.

## Método

Previamente à investigação de campo no município de Ribeirão Preto foram realizadas reuniões com as várias instituições envolvidas (Vigilância Epidemiológica da regional e do município de Ribeirão Preto, Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas de RP, IAL-RP, DDTR-CVE e EPISUS-SP), com o objetivo de se conhecer a atual situação dos casos de coqueluche, bem como planejar a execução da investigação.

As fontes de informação utilizadas foram os prontuários médicos, fichas de atendimento ambulatorial, fichas de notificação e investigação de coqueluche (Sinan) e planilhas de resultados de exames do IAL-RP.

Os casos notificados como suspeitos de coqueluche seguiram o fluxo de investigação epidemiológica e laboratorial já padronizado para esta doença, com as amostras biológicas sendo processadas pelo IAL-RP e as cepas de culturas positivas enviadas ao IAL-Central para a sorotipagem.

A investigação foi realizada em todos os hospitais onde foram internados casos de coqueluche nos anos de 2004 e 2005, inclusive em instituições particulares e de convênio.

A definição de caso utilizada nesta investigação foi a preconizada pelo Manual de Vigilância Epidemiológica de Coqueluche do CVE/SES-SP<sup>(1)</sup>:

### *Caso suspeito:*

- toda pessoa que, sem outra causa aparente e independentemente do estado vacinal e da idade, apresentar tosse seca há pelo menos duas semanas, acompanhada de pelo menos uma das seguintes manifestações: tosse paroxística, guincho inspiratório, vômito pós-tosse.

### *Caso confirmado por laboratório:*

- todo caso com cultura positiva para *Bordetella pertussis*.

### *Caso confirmado por vínculo epidemiológico:*

- todo caso suspeito com cultura negativa ou não realizada, sendo comunicante de outro caso confirmado por cultura.

### *Caso confirmado pela clínica:*

- todo caso que preencher a definição de caso suspeito, que tenha um hemograma com presença de leucocitose acima de 20.000 céls/mm<sup>3</sup> com linfocitose absoluta, com cultura negativa ou não realizada, mesmo sem a demonstração de vínculo epidemiológico com outro caso confirmado por laboratório, desde que não se confirme outra etiologia.

O diagnóstico laboratorial da coqueluche foi realizado mediante o isolamento da *Bordetella pertussis* em cultura de material coletado da nasofaringe, de acordo com a técnica padronizada descrita no Manual de Vigilância Epidemiológica de Coqueluche do CVE/SES-SP, atualizada em março de 2005 e disponível no seguinte endereço eletrônico: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve\\_coque.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve_coque.htm)<sup>(1)</sup>.

Em alguns casos internados foi possível encontrar registros de resultados de exames complementares, que auxiliaram na confirmação ou descarte dos casos suspeitos, tais como leucograma e raio-X de tórax.

Considerou-se indivíduo adequadamente vacinado aquele que recebeu três doses de vacina contra coqueluche (DTP, DTPa ou DTP+Hib - tetravalente), a partir de dois meses de vida, com intervalo de pelo menos 30 dias entre as doses (o intervalo ideal é de dois meses) e com reforço aplicado no prazo de 6 a 12 meses após a 3ª dose.

## Resultados

Foram investigados 48 casos em sete municípios: Ribeirão Preto, Sertãozinho, Barrinha, Cajuru, Santa Rosa do Viterbo, Batatais e Jardinópolis. O município de Ribeirão Preto, sede da regional de saúde, conta com 551.312 habitantes. Dos demais municípios investigados, Sertãozinho é o único com pouco mais de 100.000 habitantes, e os outros possuem uma população inferior a 56.000 habitantes<sup>(12)</sup>.

Quanto à distribuição geográfica dos casos, a grande maioria residia em Ribeirão Preto: 36 de 48 casos (75%). Os demais eram provenientes de Cajuru (6,3%), Jardinópolis (6,3%), Barrinha (4,2%), Santa Rosa do Viterbo (4,2%), Sertãozinho (2,1%) e Batatais (2,1%). O resumo da distribuição de casos e coeficientes de incidência nos municípios da DIR XVIII está descrito na tabela 1.

**Tabela 1**  
Distribuição de casos confirmados de coqueluche (número, percentual e coeficiente de incidência por 100.000 habitantes), segundo município de residência. DIR XVIII\*, 2004 e 2005 (até 31/3/2005)

MUNICÍPIO	Nº CASOS	% CASOS	POPULAÇÃO **	COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA
Cajuru	3	6,3	22.173	13,53
Santa Rosa do Viterbo	2	4,2	22.838	8,76
Jardinópolis	3	6,3	34.870	8,60
Barrinha	2	4,2	27.559	7,26
Ribeirão Preto	36	75,0	551.312	6,53
Batatais	1	2,1	55.501	1,80
Sertãozinho	1	2,1	104.619	0,96
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>818.872</b>	<b>5,86</b>

Fontes: Datasus/MS; dados da Vigilância Epidemiológica dos municípios da DIR XVIII, prontuários médicos e planilha do IAL-RP

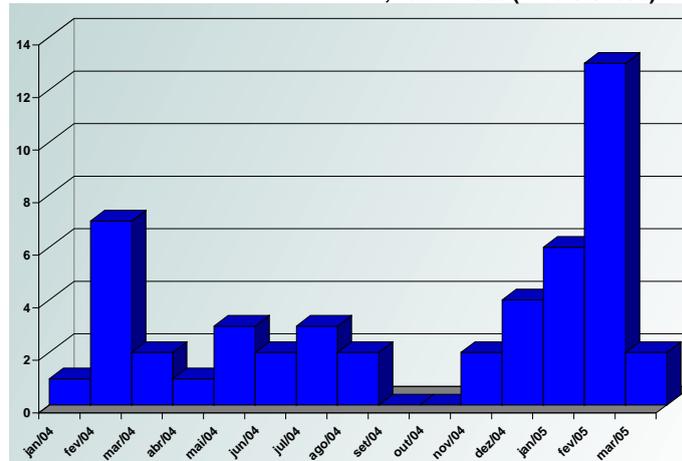
\*Municípios: Ribeirão Preto, Sertãozinho, Batatais, Jardinópolis, Barrinha, Santa Rosa do Viterbo e Cajuru

\*\*Ano de 2005

Dos 48 casos confirmados de coqueluche, 27 ocorreram durante o ano de 2004, e 21 no primeiro trimestre de 2005. Com relação ao período de apresentação da doença, a maioria dos pacientes desenvolveu os primeiros sintomas no mês de fevereiro deste ano. A curva epidêmica sugere modo de transmissão pessoa-a-pessoa, conforme demonstrado no gráfico 1.

**Gráfico 1**

Curva epidêmica dos casos confirmados de coqueluche, segundo mês do início dos sintomas. DIR XVIII\*, 2004 e 2005 (até 31/3/2005)



Fontes: Dados da Vigilância Epidemiológica dos municípios da DIR XVIII, prontuários médicos e planilha do IAL-RP

\*Municípios: Ribeirão Preto, Sertãozinho, Batatais, Jardinópolis, Barrinha, Santa Rosa do Viterbo e Cajuru

Em relação à distribuição quanto ao gênero, 30 (62,5%) pacientes pertenciam ao sexo feminino. O coeficiente de incidência foi de 4,87/100.000 habitantes no sexo feminino e 3,00/100.000 habitantes no sexo masculino.

A idade dos pacientes variou de 18 dias a 37 anos, com média de 7 anos e mediana de 2 meses. A faixa etária mais acometida foi a de menores de 1 ano, com um coeficiente de incidência bastante alto, de 153,45 por 100.000 habitantes, seguido da faixa etária de 10 a 14 anos, com coeficiente de incidência de 3,53 por 100.000 habitantes (tabela 2).

**Tabela 2**

Distribuição dos casos confirmados de coqueluche (número e coeficiente de incidência por 100.000 habitantes), segundo faixa etária. DIR XVIII\*, 2004 e 2005 (até 31/3/2005)

FAIXA ETÁRIA	Nº CASOS	POPULAÇÃO**	COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA
Menor de 1 ano	30	19.550	153,45
1 a 4 anos	0	80.664	0,00
5 a 9 anos	3	104.998	2,86
10 a 14 anos	4	113.249	3,53
15 a 19 anos	1	120.914	0,83
20 a 29 anos	7	213.841	3,27
30 a 39 anos	2	190.457	1,05
40 anos e mais	0	371.039	0,00
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>1.214.712</b>	<b>3,87</b>

Fontes: Datasus/MS; dados da Vigilância Epidemiológica dos municípios da DIR XVIII, prontuários médicos e planilha do IAL-RP

\*Municípios: Ribeirão Preto, Sertãozinho, Batatais, Jardinópolis, Barrinha, Santa Rosa do Viterbo e Cajuru.

\*\*Ano de 2005

Os sinais e sintomas mais freqüentes foram tosse (89,6%), paroxismo (70,8%), apnéia (47,9%), cianose (47,9%) e febre (43,8%) (figura 2).

Figura 2  
Distribuição dos casos confirmados de coqueluche, segundo sinais e sintomas. DIR XVIII\*, 2004 e 2005 (até 31/3/2005)

SINAIS E SINTOMAS	Nº CASOS	% CASOS
Tosse	43	89.6
Paroxísmos	34	70.8
Apnéia	23	47.9
Cianose	23	47.9
Febre	21	43.8
Vômitos	18	37.5
Guincho inspiratório	16	33.3
Taqui/dispnéia	13	27.1
Coriza	11	22.9
Conjuntivite	4	8.3

**Total: 48 pacientes**

Fontes: Dados da Vigilância Epidemiológica dos municípios da DIR XVIII, prontuários médicos e planilha do IAL-RP  
\*Municípios: Ribeirão Preto, Sertãozinho, Batatais, Jardinópolis, Barrinha, Santa Rosa do Viterbo e Cajuru

Dos 35 casos em que houve investigação da situação vacinal, 19 pacientes não haviam recebido nenhuma dose da vacina tetravalente, pois não apresentavam idade requerida; 16 foram vacinados com pelo menos uma dose e apenas seis casos receberam pelo menos quatro doses.

O critério de confirmação de 40 (83,3%) casos foi laboratorial, através de cultura positiva para *Bordetella pertussis*; quatro casos foram confirmados por critério clínico-epidemiológico e dois casos por critério clínico. Em dois casos não foi possível saber o critério de confirmação. A letalidade desta série foi de 2,08%.

## Discussão

No ano de 2000, seguindo-se a implantação das unidades sentinelas, foi observado um aumento das notificações de casos suspeitos de coqueluche na regional de Ribeirão Preto. A partir de novembro de 2004, ocorreu novo aumento progressivo da notificação de casos suspeitos, com uma alta taxa de positividade das culturas colhidas, o que não esteve associado a nenhum evento que pudesse ser responsável por nova sensibilização das equipes de saúde.

Desde a implantação das sentinelas no município de RP, excetuando-se o período pós-implantação, quando foram confirmados 13 casos, ocorreu uma média anual de 7,5 casos de coqueluche, segundo dados do Sinan. Em 2004, este número aumentou para 18 casos confirmados; em 2005 (até 31 de março) já se contabilizam 18 casos confirmados.

É importante ressaltar que a busca ativa de casos frente a um caso confirmado pode ter contribuído, em parte, para o aumento da detecção de casos. Identificou-se, através das diversas fontes consultadas, 48 casos confirmados de coqueluche de janeiro de 2004 até 31 de março 2005 (27 casos em 2004 e 21 em 2005) na regional, dos quais pelo menos 25% foram encontrados através da busca ativa de contatos. Além disso, sabe-se que esta doença pode apresentar variações cíclicas em sua incidência, relacionadas às modificações normais na proporção de suscetíveis na comunidade<sup>(13)</sup>.

Os casos ocorreram em sete municípios da regional, sendo 36 casos (75%) residentes em Ribeirão Preto. Este município constitui a sede da regional, conta com uma população atual de 551.312 habitantes e representa 45,4% da população da Regional (1.214.712 habitantes)<sup>(12)</sup>. Apesar do maior número absoluto de casos ter ocorrido em Ribeirão Preto, o município de Cajuru apresentou o maior coeficiente de incidência da doença (13,53/100.000 habitantes), porque sua população é a menor dos sete municípios que apresentaram casos, representando apenas 1,82% da população de toda a Regional, e 1/25 comparativamente à população do município de RP<sup>(12)</sup>.

De acordo com a distribuição segundo unidades sentinelas, 19 pacientes foram atendidos no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, um hospital de referência da regional, vinculado à USP-RP, e oito pacientes no Instituto Santa Lydia, uma unidade particular e de convênios, que atende a uma pequena parcela da demanda do SUS. Além desses, foram detectados casos atendidos por outras instituições com atendimento particular e de convênios, além de unidades básicas de saúde.

A coqueluche ocorre durante todo o ano, porém tem maior incidência no verão e outono<sup>(1)</sup>. Na presente investigação, dos 48 casos confirmados de coqueluche 27 ocorreram durante o ano de 2004 e 21 no primeiro trimestre de 2005. A maioria dos pacientes apresentou a doença a partir de dezembro de 2004, sendo que este número foi aumentando e alcançou seu pico em fevereiro de 2005, denotando uma maior incidência nos meses de verão. A curva epidêmica sugere transmissão pessoa-a-pessoa, modo clássico de transmissão da coqueluche.

O sexo feminino foi o mais acometido nessa população, representando 62,5% dos casos e com um coeficiente de incidência de 4,87/100.000 hab., 62% maior que no sexo masculino (3,00/100.000 habitantes).

A idade dos casos variou de 18 dias a 37 anos, com média de 7 anos. A faixa etária mais acometida foi a de menores de 1 ano, com um coeficiente de incidência bastante alto, de 153,45 por 100.000 habitantes. A grande maioria dos casos apresentava

idade inferior a 6 meses (61,7%), e 50% tinham menos de 2 meses de idade, resultado da vacinação incompleta esperada nessa faixa etária<sup>(1,9,10)</sup>.

A doença tipicamente cursa em três fases distintas: catarral, paroxística e convalescente. Após um período de incubação de 7 a 10 dias (podendo variar de 4 até 21 dias)<sup>(1,2,5,11)</sup>, os pacientes desenvolvem as manifestações da fase catarral, que inclui sintomas do trato respiratório superior, sendo esta a fase mais transmissível<sup>(1,2,5)</sup>. No curso de 1 a 2 semanas sobrevém a fase paroxística, com cianose, salivação, lacrimejamento e guinchos inspiratórios<sup>(1,2,4,5)</sup>. Em casos típicos, a tosse é mais exuberante à noite, e freqüentemente seguida por vômitos. Em crianças muito pequenas, a doença pode causar apenas apnéia e cianose, enquanto em adolescentes e adultos, uma tosse persistente e pouco característica pode ser a única manifestação da doença, com duração de vários meses<sup>(4,5)</sup>.

Com relação aos sinais e sintomas, 89,6% dos pacientes apresentaram tosse, 70,8% paroxismos, 48% apnéia, 47,9% cianose e 43,8% febre. A febre foi maior que 38°C em apenas 6 (28,6%) dos 21 pacientes que a apresentaram, condizente com a literatura, que descreve ausência de febre ou febre baixa na maioria dos casos<sup>(4)</sup>.

A evolução clínica dessa doença depende de fatores como idade e estado vacinal<sup>(1,3)</sup>. Apesar da maioria dos casos clinicamente reconhecíveis incidir em crianças entre 1 e 5 anos, doença grave e óbito são relatados principalmente em menores de 6 meses incompletamente imunizados<sup>(1,2,6,9,10)</sup>. Em crianças mais velhas, adolescentes e adultos a coqueluche não é freqüentemente diagnosticada devido ao seu curso comumente atípico; no entanto, estes grupos representam importante fonte de infecção para as faixas etárias mais jovens suscetíveis<sup>(1,3,5,8)</sup>.

Quatro (8,3%) pacientes dessa casuística apresentaram pneumonia como complicação. Na literatura, complicações são descritas em 6% dos casos de coqueluche, com maior incidência nos menores de 6 meses. Broncopneumonia é a complicação mais esperada, podendo ser causada pela própria *B. pertussis* ou, mais comumente, por infecção secundária. Outras complicações neurológicas podem se apresentar, tais como: encefalopatia, convulsões, estupor e anormalidades de nervos cranianos<sup>(1,3,5,14)</sup>. O comprometimento do sistema nervoso geralmente resulta em seqüelas permanentes (1/3 dos casos) ou óbito (1/3 dos casos)<sup>(1)</sup>.

A eritromicina, um antibiótico macrolídeo, pode prevenir ou moderar a sintomatologia da doença, quando administrada no período de incubação ou no início do estágio catarral. Este antibiótico tem demonstrado substancial atividade *in vitro* e *in vivo* contra a *B. pertussis*, erradicando rapidamente esta

bactéria da nasofaringe. Por esse motivo, esse antimicrobiano é a droga de escolha para a profilaxia e o tratamento da doença, recomendando-se sua utilização por 14 dias<sup>(1,2,4,14)</sup>. Com o uso desse antibiótico, o paciente pode ser considerado não contagiante após cinco dias da instituição da terapêutica<sup>(1)</sup>. Durante a fase paroxística da doença, o uso de antimicrobianos parece não alterar o curso clínico da coqueluche, mas pode eliminar a bactéria da nasofaringe e assim reduzir a transmissão<sup>(5)</sup>. No caso de intolerância à eritromicina, pode-se utilizar o sulfametoxazol-trimetoprim<sup>(1,4)</sup>.

Dos 37 pacientes nos quais foi possível identificar o uso de antibiótico, a droga de primeira escolha foi a eritromicina, utilizada em 25 casos (67,6%). Outros antibióticos também foram utilizados, como ampicilina, azitromicina, claritromicina, amoxicilina e ceftriaxone. Não foi possível esclarecer em que fase da doença se encontravam os pacientes quando da introdução da antibioticoterapia.

Nos 15 casos em que o hemograma foi realizado, o leucograma variou de 3.500 a 28.200 céls/mm<sup>3</sup>, com média de 16.687 céls/mm<sup>3</sup> e mediana de 16.600 céls/mm<sup>3</sup>. O percentual de linfócitos variou de 21% a 84%, com média de 66,5% e mediana de 73%. O padrão citado na literatura para o hemograma é de uma leucocitose maior que 20.000 céls/mm<sup>3</sup>, com predomínio absoluto de linfócitos, o que não está presente na infecção por *B. paraptussis*<sup>(1,4)</sup>. Da mesma forma, nos casos leves ou moderados de coqueluche, o aumento do número de leucócitos pode ser discreto ou até mesmo estar ausente<sup>(1)</sup>.

A transmissão intra-hospitalar da coqueluche entre pacientes, profissionais de saúde ou ambos em hospitais representa um alto risco de transmissão para crianças suscetíveis ou pacientes com outras condições médicas. Surtos hospitalares com muitos casos de coqueluche são bem documentados e continuam a ocorrer<sup>(15,16)</sup>. Estudos soropidemiológicos sugerem que a exposição à *B. pertussis* é comum entre profissionais de saúde, especialmente em enfermarias pediátricas<sup>(15)</sup>.

A existência de dois casos confirmados em profissionais de saúde nesta série pode ter resultado da admissão de um paciente com coqueluche, acompanhante de paciente ou mesmo outros profissionais de saúde, e reflete o diagnóstico tardio de um caso ou uma inadequação no uso de equipamentos de proteção individual, suscitando uma importante discussão sobre a quimioprofilaxia no controle de infecção intra-hospitalar dessa doença.

Desde a implantação da vacina em países desenvolvidos, no início da década de 50, a incidência e mortalidade pela coqueluche sofre um decréscimo significativo. No Brasil, a vacinação em massa

foi iniciada apenas em 1983, aproximadamente 30 anos após o início da vacinação nos países desenvolvidos<sup>(17)</sup>. Dados do Ministério da Saúde denotam uma queda nos coeficientes de incidência de 10,64 casos por 100.000 habitantes, em 1990, para 0,76 em 1999<sup>(1)</sup>.

A vacina (componente *Pertussis* da tetravalente) não confere imunidade duradoura, e esta se completa apenas no primeiro ano após a imunização. Esta imunidade sofre um decréscimo gradual com o passar dos anos. Após quatro anos, conta ainda com 84% de eficácia, que chega a 50% nos três anos seguintes, e após 12 anos, nenhuma proteção é mais evidente. Assim, com o uso disseminado da vacina vigente nos últimos anos, que não permite reforços acima dos 7 anos, dois reservatórios de suscetíveis continuam tendo grande importância para o controle da doença: (1) crianças menores de 1 ano, porque ainda não completaram o esquema básico; (2) adolescentes e adultos, nos quais a perda da imunidade, na ausência de reforços vacinais após 5 a 10 anos, poderia explicar a doença. Com a menor circulação da bactéria na comunidade, ocorre também a redução dos reforços naturais e, por conseguinte, a reemergência da coqueluche<sup>(1,17,18)</sup>.

Na presente investigação, dos 37 casos em que foi possível a investigação vacinal, 30 crianças (81,1%) ainda não tinham idade suficiente para receber a proteção vacinal completa, ou seja, pelo menos quatro doses da vacina; 21 (56,7%) pacientes não haviam recebido nenhuma dose da vacina, e apenas seis casos (16,2%) receberam pelo menos quatro doses.

A cobertura da vacina tetravalente (tétano, coqueluche, difteria e hemófilo) no município de Ribeirão Preto e na DIR XVIII é de 95,1% e 98,9%, respectivamente. A homogeneidade da cobertura vacinal (95% ou mais) de todos os municípios da regional é de 80%, segundo o banco de dados do API-SP (Avaliação do Programa de Imunização).

Nessa casuística, apenas um caso evoluiu para óbito, configurando uma letalidade de 2,08%, mais elevada do que a apontada pela literatura, que descreve uma letalidade, para todas as idades, de 0,4%, alcançando 0,5% a 1% nos menores de 11 meses<sup>(1,4)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde considera a cultura bacteriana o padrão-ouro para a confirmação laboratorial<sup>(9)</sup>. Este exame tem um valor especial na investigação de surtos, pois nessas ocasiões é possível se obter positividade em 80% a 90% dos casos, porque o diagnóstico é mais precoce e a positividade é maior na fase inicial da doença e antes da introdução da antibioticoterapia<sup>(1)</sup>.

O critério de confirmação de 40 casos (83,3%) foi laboratorial, através de cultura positiva para *Bordetella pertussis*; quatro casos foram confirmados

por critério clínico-epidemiológico; e dois casos por critério clínico.

### Conclusões e recomendações

Tendo em vista o aumento do número de casos de coqueluche e a necessidade de um conhecimento mais oportuno dos casos, recomendou-se o estabelecimento de um fluxo de notificação rápida dos suspeitos e confirmados da doença no município de Ribeirão Preto para a Regional de saúde. Além disso, foi sugerida a efetivação de um fluxo rápido de resultado das culturas de coqueluche do IAL-RP para o município, Regional de Saúde e unidades sentinelas.

Foi salientada a importância da busca ativa de casos entre adultos cuidadores, uma vez que estes são os que mais comumente trazem a doença para as crianças suscetíveis.

As equipes de assistência devem ser oportunamente informadas sobre a situação epidemiológica da coqueluche, destacando-se a importância do diagnóstico precoce para a prevenção de novos casos. A organização de reuniões periódicas envolvendo as equipes de assistência, vigilância e laboratório, bem como a elaboração de informes técnicos veiculados por meio de jornais, boletins, revistas científicas ou outros, são de grande valia neste momento. Além disso, faz-se necessário o esclarecimento à população com informações precisas, através da mídia local.

O município de Ribeirão Preto, além de sede da DIR XVIII, representa uma referência em inúmeros aspectos para a população proveniente dos municípios adjacentes de menor porte, que para lá se desloca à procura de instituições de saúde, comércio, ensino médio e universitário, lazer, etc.; daí a importância do alerta sobre a doença a todos os municípios de abrangência da Regional.

Encontra-se em fase de elaboração um documento técnico abordando a indicação de quimioprofilaxia para o controle de infecção intra-hospitalar da coqueluche pelo CVE (DDTR e Divisão de Infecção Hospitalar), uma vez que profissionais de saúde podem representar não apenas um risco individual para a coqueluche, mas, sobretudo, um risco coletivo, tornando-se uma fonte importante da doença para pacientes internados.

### Agradecimentos especiais

Vigilância Epidemiológica da Regional de Ribeirão Preto; Vigilância Epidemiológica do município de Ribeirão Preto; Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto; equipe técnica do Instituto Santa Lydia; e equipe técnica (Diretoria Médica, Departamento de Pediatria e Epidemiologia) do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

## Referências bibliográficas

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac". Manual de Vigilância Epidemiológica de Coqueluche Normas e Instruções. São Paulo, 2001.
2. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5 ed. Brasília (DF); agosto, 2002. 842p. Coqueluche. p.183-99.
3. Dodhia H, Crowcroft NS, Bramley JC, et al. UK guidelines for use of erythromycin chemoprophylaxis in persons exposed to pertussis. *J Public Health Med* 2002; 24(3): 200-6.
4. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 24 ed. American Academy of Pediatrics. 2003. Pertussis. p. 472-86.
5. World Health Organization. Weekly Epidemiological Record. Pertussis vaccines. Geneva, jan, 2005, 80(4): 29-40. Available from: <URL: <http://www.who.int/wer/2005/en/wer8004.pdf>> [2005 apr 19].
6. Forsyth KD, Campins-Marti M, Caro J. et al. New pertussis vaccination strategies beyond infancy: recommendations by the global pertussis initiative. *Clin Infect Dis* 2004; 39(12):1802-9.
7. Black S. Epidemiology of pertussis. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16(4Suppl):S85-9.
8. Bisgard KM, Pascual FB, Ehresmann KR et al. Infant Pertussis: who was the source? *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23(11): 985-9.
9. Guris D, Strebel PM, Bardenheier B et al. Changing Epidemiology of Pertussis in the United States: Increasing Reported Incidence Among Adolescents and Adults, 1990-1996. *Clin Infect Dis* 1999, 28: 1230-7.
10. Farizo KM, Cochi SL, Zell ER et al. Epidemiological features of pertussis in the United States, 1980-1989. *Clin Infect Dis* 1992; 14(3): 708-19.
11. Bisgard K. Chapter 11 Definitions. In: Guidelines for the Control of Pertussis Outbreaks. Centers for Diseases Control and Prevention. Apr 2000. Available from: <URL: <http://www.cdc.gov/nip/publications/pertussis/cha pter11.pdf>> [2005 apr 20].
12. Departamento de Informação e Informática do SUS DATASUS (MS). Informações de Saúde: População residente segundo faixa etária Regional de Saúde XVIII (Ribeirão Preto) Brasil;

2005. Disponível em:

URL:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?i bge/cnv/popsp.def> [2005 abr 18].

13. Waldman EA. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. [Série Saúde & Cidadania].

14. Dalya G. Chapter 3 - Treatment and Chemoprophylaxis. In: Guidelines for the Control of Pertussis Outbreaks. Centers for Diseases Control and Prevention. Jun 2000. Available from: <URL: <http://www.cdc.gov/nip/publications/pertussis/chapter3.pdf>> [2005 apr 19].

15. Zanardi L, Vitek C. Chapter 9 Hospitals, Institutions and Clinics. In: Guidelines for the Control of Pertussis Outbreaks. Centers for Diseases Control and Prevention. May 2000. Available from: <URL: <http://www.cdc.gov/nip/publications/pertussis/chapter 9.pdf>> [2005 apr 19].

16. Centers for Diseases Control and Prevention. Outbreaks of Pertussis Associated with Hospitals - Kentucky, Pennsylvania, and Oregon, 2003. *Morb Mortal Wkly Rep* 2005; 54(03): 67-71.

17. Luz PM, Codeço CT, Werneck GL. A reemergência da coqueluche em países desenvolvidos: um problema também para o Brasil? *Cad Saúde Pública* RJ, 2003; 19(4): 1209-13.

18. Jenkinson D. Duration of effectiveness of pertussis vaccine: evidence from a 10-year community study. *Br Med J* 1988; 296: 612-4.



## O Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo e o Sistema Estadual de Farmacovigilância

*Marcos Mendes Silva  
Ricardo Fernandes de Menezes  
Núcleo de Farmacovigilância,  
Divisão de Produtos Relacionados à Saúde -Ditep  
Centro de Vigilância Sanitária/  
Centro de Controle de Doenças/SES-SP*

No dia 15 de outubro de 1986, com a edição do decreto nº 26.048, foi criado o Centro de Vigilância Sanitária - CVS. Órgão inserido no plano central da estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, destacam-se como seus objetivos maiores planejar, coordenar, supervisionar, realizar estudos e propor normas e programas de Vigilância Sanitária referentes à prestação de serviços de saúde, das etapas da cadeia produtiva até o consumo dos produtos relacionados à saúde e às ações sobre o meio ambiente.

Estruturando-se em uma instituição que, desde a criação do Serviço Sanitário do Estado, em 1892, de modo crescente, foi propiciando a organização do arcabouço administrativo e a concepção de processos tecnológicos relacionados à proteção da saúde, a partir de 1987 o CVS projetou no seu âmbito de atuação, em articulação com as outras instâncias técnico-administrativas componentes do Sistema Estadual de Saúde, o desenvolvimento de atividades de controle de riscos à saúde direcionadas aos estabelecimentos de assistência e de interesse da saúde, aos produtos relacionados à saúde, às ações sobre o meio ambiente e às ações sobre os ambientes e processos de trabalho. O desenho organizacional do órgão completou-se, em 1991, com a formalização de locus administrativo relativo à vigilância sanitária do trabalho.

Os termos do decreto, ao dispor concisamente sobre o Centro de Vigilância Sanitária, estabeleceu suas atribuições referentes aos estabelecimentos envolvidos com toda a cadeia dos produtos relacionados à saúde e chamamos a atenção a seus efeitos na saúde individual e coletiva.

Assim, de meados para o final dos anos 80, através de grupo de técnicos cujo objeto de trabalho ensejou sua denominação, concebeu-se, no órgão, o Núcleo de Estudos de Medicamentos que passou a desenvolver atividades conjuntas com outros órgãos da Secretaria de Estado da Saúde, os quais, pelas suas características, também lidam com a questão da segurança e qualidade dos medicamentos. Esse processo resultou na criação

do Núcleo de Vigilância Farmacológica do CVS, por meio da Portaria CVS-17, de 20/7/89, núcleo esse que tinha como uma das suas finalidades criar condições para a implantação do Programa de Farmacovigilância no âmbito do Estado.

Em 1998, através da resolução SS-72, de 13/4/98, o Secretário de Estado da Saúde de São Paulo instituiu o Programa Estadual de Redução das Intoxicações (Peri), sob coordenação do Centro de Vigilância Sanitária, cabendo a esse órgão estabelecer normas e procedimentos para a operacionalização do fluxo de notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos, o aperfeiçoamento do Sistema de Informações de Medicamentos, o aprimoramento do controle do receituário médico e a capacitação dos recursos humanos necessários para a consecução do programa.

A edição da resolução SS-72, aponta para o desenvolvimento das ações de farmacovigilância e sua incorporação à prática regular do Centro de Vigilância Sanitária de São Paulo, bem como de órgãos de vigilância regionais e municipais, enquanto um dos elementos de política de saúde que visa garantir a segurança e monitorar a utilização e a informação sobre os medicamentos comercializados no Estado.

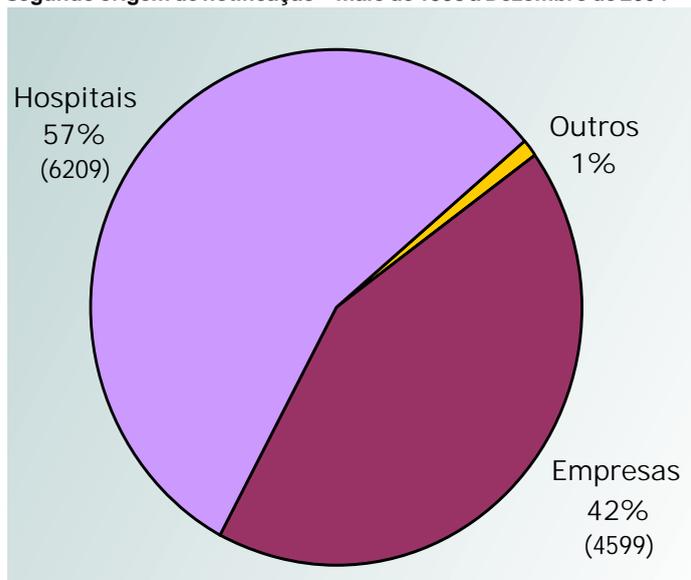
De fato, de maio de 1998 a dezembro de 2004, deu-se a incorporação daquelas ações à prática de equipes técnicas do CVS: assentando-se no bem sucedido programa de notificação de suspeitas de reações adversas a medicamentos implantado nos hospitais públicos estaduais, subordinados à Coordenadoria de Serviços de Saúde desta Secretaria e gerenciados por organizações sociais de saúde; na notificação, pelas empresas farmacêuticas que operam no Estado, dos relatos de reações adversas que lhes são encaminhados por profissionais de saúde e, enfim, na notificação advinda da divulgação do próprio serviço de farmacovigilância no seio das categorias de profissionais de saúde prescritores e não prescritores.

Atualmente, as atividades da programação de farmacovigilância coordenada pelo Centro de Vigilância Sanitária, do Centro de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, se amplia e necessário se faz articular-se sistemicamente com órgãos de vigilância regionais e municipais, bem como com instituições colaboradoras. Por outro lado, também se faz necessário lançar mão com frequência dos meios de comunicação fornecidos pela própria instituição, a começar pelo nosso Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa), publicação mensal da CCD, a fim de socializar informações a respeito das ações de farmacovigilância.

Desse modo, na escolha dos seis gráficos que se seguem, a equipe do Núcleo de Farmacovigilância do CVS optou, neste momento, pela inserção de dados os mais simples ao lado das metas estabelecidas, no ano passado, para o biênio 2005-2006. De qualquer forma, nestes gráficos se reflete o trabalho, tanto do notificador quanto do analista, os quais, cada um ao seu modo, se esforçam para consolidar em nosso meio uma cultura de notificação, pelos profissionais de saúde, de suspeitas de reações adversas a medicamentos ou de desvios da qualidade desses produtos.

No gráfico 1, distribuição das notificações de reações adversas a medicamentos, segundo origem de notificação, 6.209 notificações são provenientes de hospitais (57%); 4.599 notificações são provenientes de empresas farmacêuticas (42%) e, (1%) é de notificações encaminhadas por profissionais de saúde, não necessariamente vinculados a hospitais. Período: maio de 1998 a dezembro de 2004.

**Gráfico 1**  
Distribuição das Notificações de reações adversas a medicamentos, segundo origem de notificação - maio de 1998 a Dezembro de 2004

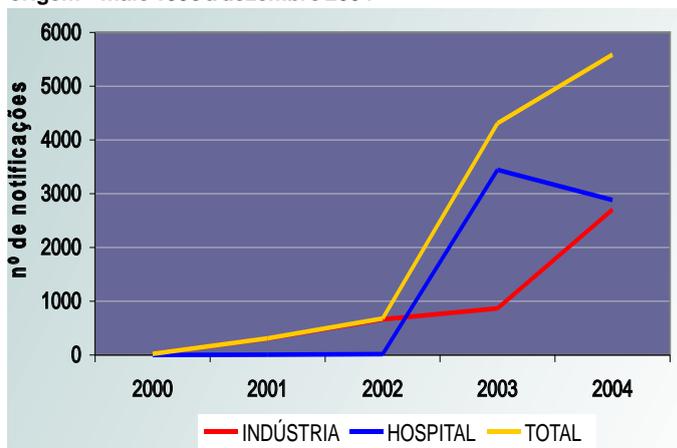


Fonte: Núcleo de Farmacovigilância, Divisão de Produtos Relacionados à Saúde - Ditep, do Centro de Vigilância Sanitária - CVS/SES-SP

No gráfico 2, evolução anual das notificações de reações adversas a medicamentos, verifica-se o gradativo incremento das notificações, pelas empresas farmacêuticas que operam no Estado, dos relatos de reações adversas que lhes são encaminhados por profissionais de saúde, configurando tendência de crescimento de notificações de reações adversas a medicamentos (o número de notificações provenientes dos estabelecimentos de saúde estabilizou-se no patamar registrado no último trimestre de 2004, o que mantém-se nos três primeiros meses de 2005). Período: de maio de 1998 a dezembro de 2004.

**Gráfico 2**

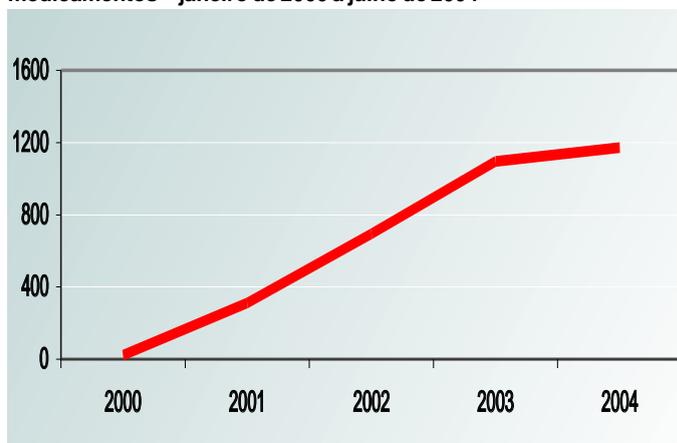
Evolução anual das notificações de reações adversas, segundo origem - maio 1998 a dezembro 2004



Fonte: Núcleo de Farmacovigilância, Divisão de Produtos Relacionados à Saúde - Ditep, do Centro de Vigilância Sanitária - CVS/SES-SP

No gráfico 3, evolução anual das notificações de reações adversas a medicamentos, o total corresponde ao número de notificações recebidas de janeiro de 2000 a julho de 2004, que foram digitadas no banco de dados eletrônico.

**Gráfico 3**  
Evolução anual das notificações de reações adversas a medicamentos - janeiro de 2000 a julho de 2004

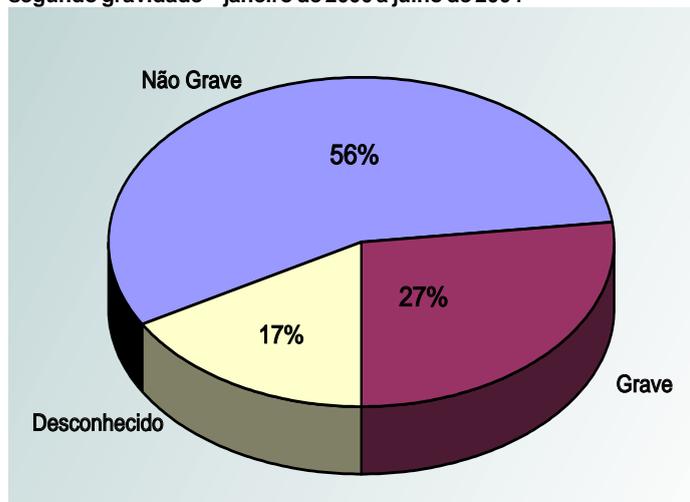


Fonte: Núcleo de Farmacovigilância, Divisão de Produtos Relacionados à Saúde - Ditep, do Centro de Vigilância Sanitária - CVS/SES-SP

No gráfico 4, distribuição das notificações de reações adversas a medicamentos, segundo gravidade, o total corresponde ao número de notificações recebidas de janeiro de 2000 a julho de 2004, que foram digitadas no banco de dados eletrônico.

Verifica-se 56% de reações adversas não graves; 27% de reações adversas graves e 17% de desconhecidos. Esse último dado alertou a equipe do Núcleo de Farmacovigilância do CVS quanto à importância de adotar-se estratégias de esclarecimento permanente de prescritores, equipes técnicas, instituições e empresas; introduzir-se campos de preenchimento obrigatório nos formulários de Notificação e Comunicação para efeitos de análise e outros.

**Gráfico 4**  
Distribuição das notificações de reações adversas a medicamentos, segundo gravidade - janeiro de 2000 a julho de 2004

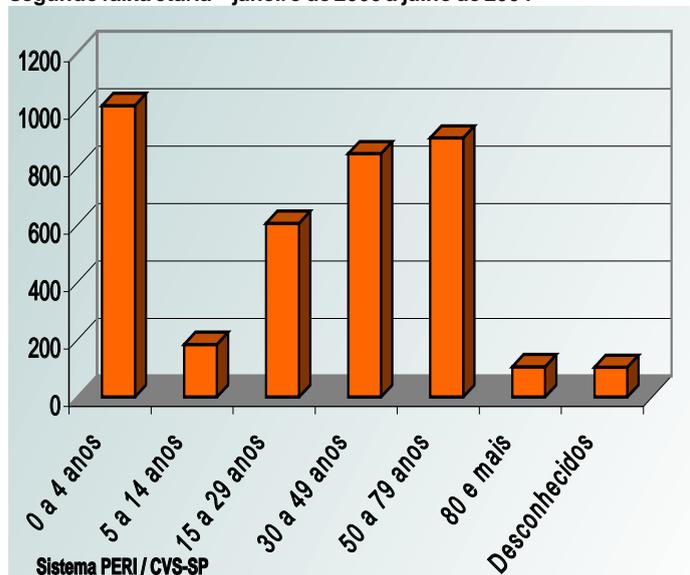


Sistema PERI / CVS-SP

Fonte: Núcleo de Farmacovigilância, Divisão de Produtos Relacionados à Saúde - Ditep, do Centro de Vigilância Sanitária - CVS/SES-SP

No gráfico 5, distribuição das notificações de reações adversas a medicamentos, segundo faixa etária, o total corresponde ao número de notificações recebidas de janeiro de 2000 a julho de 2004, que foram digitadas no banco de dados eletrônico.

**Gráfico 5**  
Distribuição das notificações de reações adversas a medicamentos segundo faixa etária - janeiro de 2000 a julho de 2004

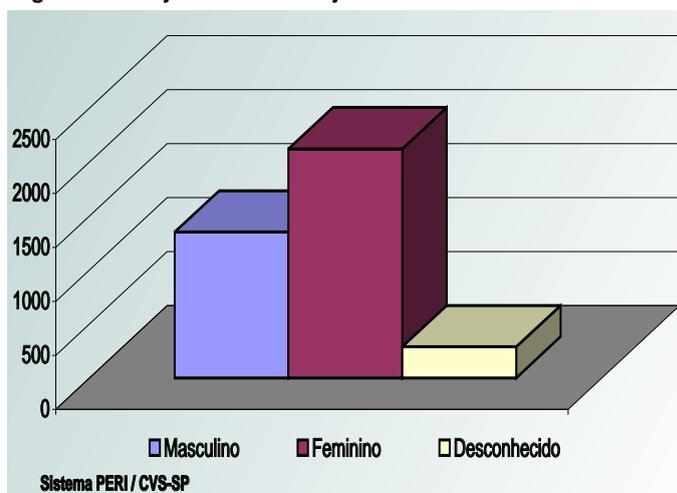


Sistema PERI / CVS-SP

Fonte: Núcleo de Farmacovigilância, Divisão de Produtos Relacionados à Saúde - Ditep, do Centro de Vigilância Sanitária - CVS/SES-SP

No gráfico 6, distribuição das notificações de reações adversas a medicamentos, segundo sexo, o total corresponde ao número de notificações recebidas de janeiro de 2000 a julho de 2004, que foram digitadas no banco de dados eletrônico.

**Gráfico 6**  
Distribuição das notificações de reações adversas a medicamentos, segundo sexo - janeiro de 2000 a julho de 2004



Sistema PERI / CVS-SP

Fonte: Núcleo de Farmacovigilância, Divisão de Produtos Relacionados à Saúde - Ditep, do Centro de Vigilância Sanitária - CVS/SES-SP

## Metas

O Centro de Vigilância Sanitária tem como metas para o biênio 2005 e 2006:

- Implementação do Sistema Estadual de Farmacovigilância, inserido no Sistema Nacional de Farmacovigilância, coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa/MS;
- Informatização do formulário Notificação de Reação Adversa a Medicamento ou Desvio da Qualidade de Medicamento, e do formulário Comunicação de Reação Adversa a Medicamento ou Desvio da Qualidade de Medicamento, que encontra-se em fase de testes prévios à implantação, para propiciar:
  - notificação através da Internet de suspeita de reação adversa a medicamento ou desvio da qualidade de medicamento: profissional de saúde de nível superior;
  - comunicação através da Internet de suspeita de reação adversa a medicamento ou desvio da qualidade de medicamento: usuário;
- Aprimoramento e harmonização dos formulários de Notificação e Comunicação com os da unidade de Farmacovigilância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa/MS, já realizado;
- Incorporação de variáveis do Sistema Sineps da Anvisa ao Sistema de Informação do Programa Estadual de Redução de Iatrogenias - Peri, que está sendo concebido em plataforma web, em curso;
- Organizar e sistematizar a divulgação de atividades técnico-científicas, inclusive a edição de boletins de farmacovigilância periódicos, em curso;

- Ampliação da Rede de Estabelecimentos de Saúde notificadores, em curso;
- Finda a implantação do projeto-piloto “Farmácias Notificadoras”, coordenado tecnicamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa/MS, Centro de Vigilância Sanitária CVS/CCD/SES-SP e Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP, em andamento, implantá-lo em todo o Estado de São Paulo;
- Implantação do Centro de Informações de Medicamentos (CIM) na Divisão de Produtos Relacionados à Saúde do CVS, iniciativa fundamental para intervenção arrojada visando dirimir dúvidas de prescritores de medicamentos, bem como de profissionais de saúde não prescritores (farmacêuticos, enfermeiros e outros) e usuários, trabalhando-se no sentido de estimular o uso racional e consciente dos fármacos comercializados;
- Propor a elaboração, em conjunto com instâncias técnicas pertinentes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de protocolos que tratem de medicamentos de alto custo e estratégicos.

Por fim, levando-se em conta que as iniciativas apontadas anteriormente visam ampliar as fontes de notificação de suspeitas de reações adversas a medicamentos ou de desvio da qualidade de medicamentos, de certo é possível afirmar: estamos operacionalizando, e aprofundando com arrojo um bloco de ações de controle, de monitoramento e de informação qualificada incidindo sobre toda a cadeia do medicamento — da fabricação, passando pela distribuição e armazenamento, à comercialização e uso —, que, no limite, se constitui em ferramenta potente para a preservação da saúde dos usuários de fármacos residentes no Estado de São Paulo.

Nota: Para entrar em contato com o Núcleo de Farmacovigilância do CVS utilize o endereço eletrônico [peri@cvs.saude.sp.gov.br](mailto:peri@cvs.saude.sp.gov.br)



## A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Sistema Nacional de Farmacovigilância

Murilo Freitas Dias  
Unidade de Farmacovigilância da  
Gerência Geral de Medicamentos da  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Anvisa/MS.

Em 14 de outubro de 1999, a Unidade de Farmacovigilância (Ufarm), da Gerência Geral de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, iniciou as discussões para a instalação do Sistema Nacional de Farmacovigilância. Nessa primeira fase, em que se estabeleceram os procedimentos administrativos básicos, foi compilada a bibliografia necessária ao funcionamento do Centro Nacional de Farmacovigilância, estabelecido o modelo de farmacovigilância a ser adotado, e elaborada a primeira versão do formulário de notificação de suspeita de reações adversas a medicamentos.

Iniciou-se, em 2000, a notificação voluntária, disponibilizando-se, na página eletrônica da Anvisa, formulários de notificação, que muito impulsionou o processo de captação de notificações pelo órgão.

Em 2001, houve a criação do Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos (CNMM), sediado na Unidade de Farmacovigilância (Ufarm) da Anvisa, por meio da portaria MS/GM nº 696, de 7 de maio de 2001, publicado na Seção 1 no D.O.U nº 88-E, de 8 de maio de 2001.

O Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos tem como missão montar o fluxo nacional de notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos (RAM). Tem como objetivo maior, o mesmo do Programa Internacional de Monitoramento: identificar, precocemente, uma nova reação adversa ou aumentar o conhecimento de uma reação adversa pouco descrita que tenha uma possível relação de causalidade com os medicamentos comercializados.

O Brasil foi admitido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o 62º país a fazer parte do Programa Internacional de Monitoramento de Medicamentos, coordenado pelo Centro Colaborador Internacional para Monitorização de Medicamentos da OMS, localizado em Uppsalla na Suécia (The Uppsalla Monitoring Centre - WHO). Neste contexto, o Brasil passou a ser membro oficial do programa, sediado na Unidade de Farmacovigilância da Anvisa.

Os dois anos seguintes marcaram-se pelo trabalho de implementação do modelo de farmacovigilância, formação de profissionais no trabalho e em cursos acadêmicos, construção de linguagem que propiciasse a troca de informações com as Vigilâncias Sanitárias - (VISAs) estaduais e municipais, acompanhamento e avaliação das ações e atividades efetuadas.

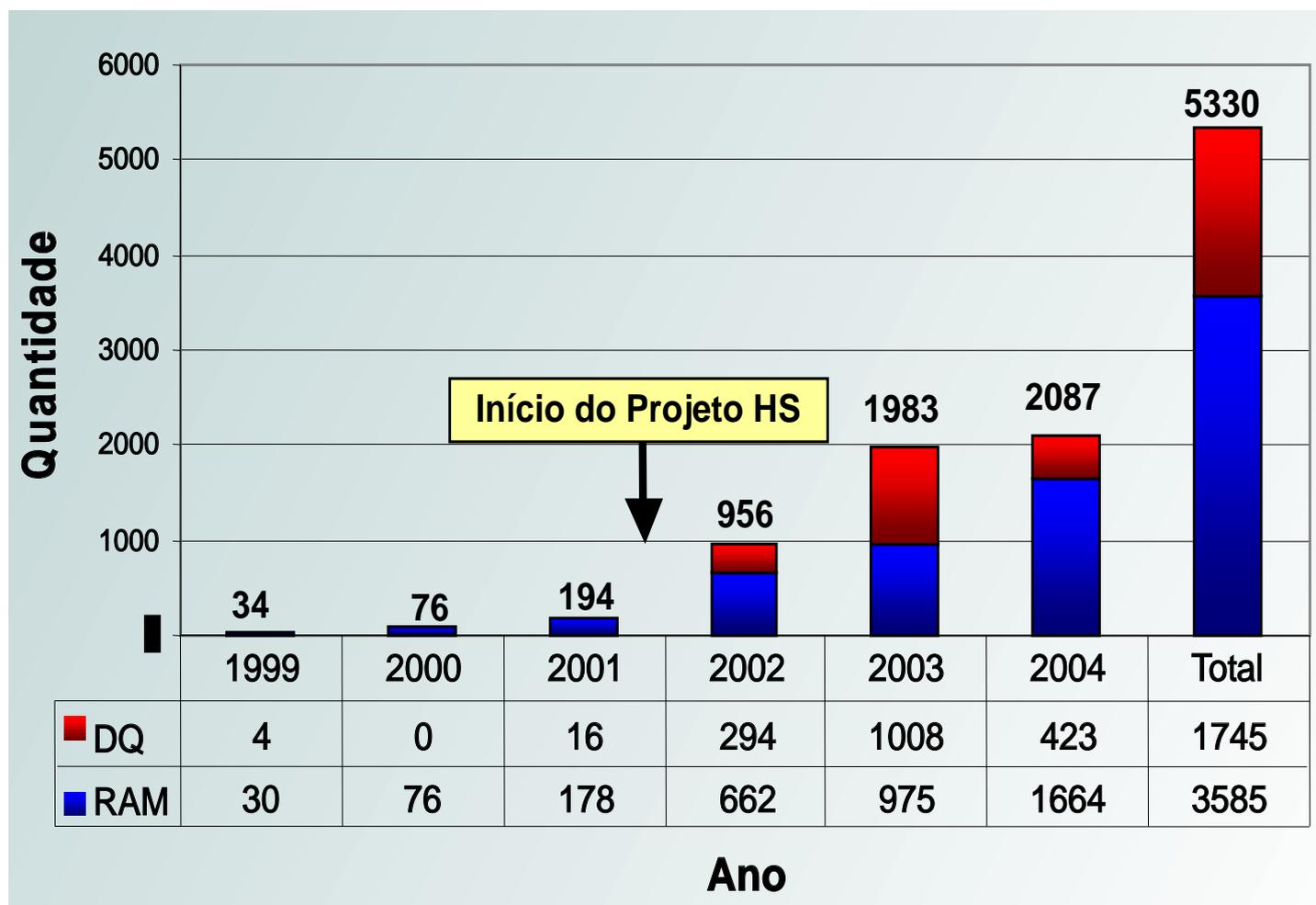
Grandes projetos, que envolvem a formação de redes nacionais de notificadores, tornaram-se realidade. A rede de hospitais sentinelas possui, atualmente, 98 hospitais credenciados e 24 hospitais colaboradores, responsáveis pela coleta de dados e relato de suspeitas de reações adversas. Isso representou aumento significativo no número de notificações e ampliou as possibilidades de investigação ante indícios de problemas com medicamentos. Tem como principal objetivo notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde: insumos, materiais e medicamentos, saneantes, reagentes para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso no Brasil.

O processo de notificação voluntária, iniciado em 2000, conta hoje com quatro formas de captação de notificação por meio de formulários:

- Formulário de notificação de suspeita de reação adversa a medicamentos, próprio para profissionais de saúde;
- Formulário de notificação de desvio da qualidade, próprio para profissionais de saúde;
- Comunicação de evento adverso, para usuário de medicamentos;
- Sistema eletrônico de notificação (Sineps), para hospitais sentinelas.

O processo de notificação voluntária foi intensificado com a participação dos parceiros nacionais. Os hospitais sentinelas contribuíram com 61% das notificações. As indústrias farmacêuticas e usuários de medicamentos representaram a menor contribuição, 8%. As notificações do ano de 2004 representaram 39% do banco de dados do CNMM, demonstrando crescimento significativo (figura 1).

Figura 1 - Notificações recebidas pela Ufarm/Anvisa de 1999 a 2004



A Ufarm participa de ações de investigação *in loco* de casos graves de eventos adversos, junto com outras gerências da Anvisa e em conjunto com os Estados, durante a vigência de surtos relacionados a problemas de medicamentos. Em 2003, por exemplo, foram investigados os seguintes temas: Celobar®; hidróxido de ferro III polimaltosado; anfotericina; heparina; antimoniato de meglumina; produtos oftalmológicos.

Uma estratégia da Ufarm é o desenvolvimento da farmacovigilância descentralizada, ou seja, nas vigilâncias sanitárias estaduais, especialmente, com a criação de centros estaduais. O Sistema Estadual de Farmacovigilância passa pela colaboração entre diversas entidades, tendo como destaque o pioneirismo do Núcleo de Farmacovigilância do CVS - SP.

O ano de 2004 trouxe novas idéias e perspectivas, com profissionais já capacitados para repassar conhecimento e formar representantes dos estados, na tentativa de incentivar a constituição de linguagem comum no contexto de farmacovigilância, preparando parceiros para fortalecer a rede de notificação nacional.

Em 15 de março de 2004, foi inaugurado o quadro de gestão à vista da Ufarm, que inclui os seguintes temas, atualizados mensalmente:

- taxa de notificações de suspeita de reações adversas graves - geral;
- taxa de notificação de suspeita de falha terapêutica grave avaliada;
- taxa de notificações de suspeita de reação adversa a medicamentos (RAM) por efeito extrínseco graves avaliadas;
- taxa de notificações de suspeitas de RAM graves avaliadas. Os indicadores atualizados estão disponíveis no seguinte endereço eletrônico da rede interna da Anvisa: [http://intravisa/intra/s\\_agencia/areas/naest/proj\\_melhoria\\_gestao/acompanhamento.htm](http://intravisa/intra/s_agencia/areas/naest/proj_melhoria_gestao/acompanhamento.htm)

Os alertas de Farmacovigilância divulgam informações sobre risco potencial ou real do uso de medicamentos. Em 2004, foram publicados sete alertas federais. Além disso, há os alertas restritos, que são uma ferramenta de comunicação entre a Anvisa e a rede sentinela, visando reforçar ou descartar as suspeitas de risco com medicamentos comercializados. O acúmulo de informações poderá promover um alerta público, quando gerado um sinal de alerta, que estão disponíveis no seguinte endereço eletrônico da Anvisa na Internet: <http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/alerta/index.htm>

As farmácias paulistas são novas aliadas do poder Público na identificação de adversidades com os medicamentos vendidos no Brasil. A Anvisa lançou no dia 20 de janeiro do presente ano, em São Paulo, o projeto piloto Farmácias Notificadoras, desenvolvido em parceria com o Centro de Vigilância Sanitária do Estado/CVS/CCD/SES-SP e o Conselho Regional de Farmácia/CRF-SP, com o objetivo de aumentar o número de informações qualificadas sobre reações adversas e desvios da qualidade dos medicamentos. Os estabelecimentos que integrarem o projeto receberão o selo "Farmácia Notificadora" e serão alternativa para os consumidores que quiserem fazer queixas desses produtos.

O Estado de São Paulo está sendo pioneiro, novamente, com a adesão ao projeto-piloto e contribuirá para a definição do fluxo de ações por contemplar diferentes realidades e ter o maior número de farmácias do País (14 mil). Essa fase terá duração máxima de seis meses. Farmacêuticos de 43 farmácias (públicas e privadas) estão participando do projeto-piloto. O farmacêutico, que se mantém em contato direto com os usuários, deve adotar novo comportamento ao ouvir queixas. Fará a coleta sistemática e a seleção das informações, procedendo à notificação de suspeitas de reações adversas e desvios da qualidade dos medicamentos comercializados, como uma nova fonte de informação, especialmente para os medicamentos de venda livre e fitoterápicos.

A efetivação de uma rede nacional de monitorização de medicamentos, integrada e harmônica, promoverá o conhecimento do risco iminente no sistema de saúde e no mercado farmacêutico brasileiros permitindo a identificação precoce de ameaças dos problemas relacionados com os medicamentos.



## Medindo Desigualdades na Saúde

Luís Eduardo Batist  
Assessoria Técnica -CCD/Instituto de Saúde/SES-SP,  
Maria Mercedes Loureiro Escuder,  
Instituto de Saúde

Segundo Coimbra Jr., "no Brasil, as pesquisas sobre os efeitos de desigualdades sociais em saúde tendem, em sua maioria, a privilegiar a análise da composição socioeconômica como um dos elementos centrais de seus modelos explicativos. Não há uma produção sistemática acerca do peso da dimensão étnico-racial na expressão diferenciada dos agravos à saúde."

Barata *et al.* (1997) e Barros (1997) evidenciam que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer. Os trabalhos mostram desigualdades no perfil de saúde entre as regiões do País e entre diferentes segmentos de classe social. Todavia, poucos associam a inserção social desqualificada/desvalorizada dos pretos, pardos e negros (pretos mais pardos) em nossa sociedade e os indicadores de saúde.

A construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos, pretos, pardos e negros (pretos mais pardos) condiciona a forma de viver de um grupo de pessoas. Heringuer (2002); Guimarães e Huntley (2000) discutem as dificuldades de pretos, pardos e negros ascenderem socialmente e preconizam, como causas da discriminação racial, uma desvantagem inicial produzida pela escravidão. Os autores mostram que, quando se analisa um mesmo grupo social, a escolaridade, a renda, o acesso a saneamento básico e bens e consumo são sempre menores entre os negros. Todos estes indicadores refletem nas condições de saúde dos indivíduos.

Enfim, a exclusão social vivenciada pela população negra a coloca em condições de vulnerabilidade, inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) da invisibilidade de suas necessidades nas ações e programas de atenção e prevenção (vulnerabilidade programática) e exposta a maiores riscos.

Para desenvolver uma metodologia de análise das desigualdades, sugerir indicadores e instrumentos de medição para monitoramento das desigualdades em saúde e avaliar a evolução da desigualdade e subsidiar gestores no processo decisório, Vianna *et al.* (2001) sugerem a utilização de registros administrativos de bases regulares. Os autores trabalham com seis dimensões de desigualdades: oferta; acesso e utilização de serviços de saúde;

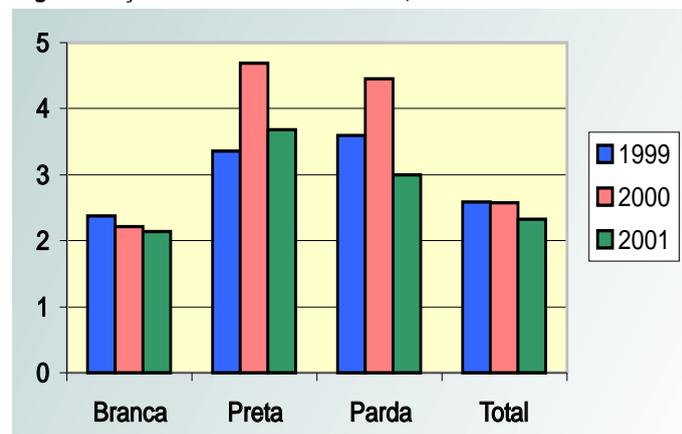
financiamento; qualidade da atenção; situação de saúde; e saúde e condições de vida.

Para este artigo, selecionamos a análise de duas dimensões: situação de saúde (analisada a partir dos indicadores: mortalidade proporcional por diarreias em menores de 5 anos e mortalidade proporcional dos 60 anos e mais) e qualidade em saúde (analisada a partir do percentual de óbitos por causas mal definidas e razão de mortalidade câncer de mama por câncer de útero). Este trabalho tem como objetivo descrever as diferenças destas dimensões entre pretos, pardos e brancos, utilizando os registros de óbitos do Estado de São Paulo dos anos de 1999 a 2001, cedidos pelo então Centro de Informação de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CISSES). Segundo o Batista *et al.*, os pretos e os pardos, embora morram das mesmas causas, diferem entre si em intensidade.

Para o cálculo de cada indicador foram excluídos registros sem informação de raça/cor e idade, totalizando 707.731 óbitos. Os óbitos das categorias amarela e indígena não serão objeto desta discussão.

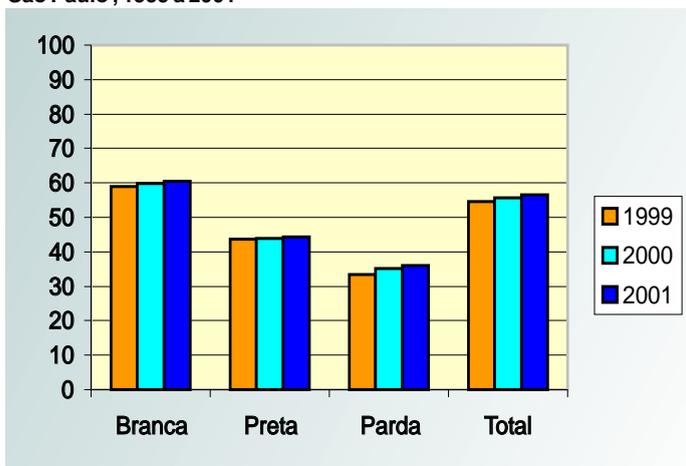
A mortalidade proporcional por diarreia em menores de 5 anos está diretamente relacionada às condições de tratamento disponível e acesso a serviços. O gráfico 1 mostra maior proporção de mortalidade por esta causa entre as crianças pretas e pardas.

Gráfico 1  
Proporção de óbitos por diarreia em crianças menores de 5 anos, segundo raça/cor - Estado de São Paulo, 1999 a 2001



O indicador mortalidade proporcional em maiores de 60 anos mostra que quanto maior o percentual de pessoas que vivem mais de 60 anos melhores são as condições de vida deste segmento da população ou desta sociedade. Os dados do gráfico 2 mostram que no Estado de São Paulo aproximadamente 55% da população vivem mais de 60 anos. Todavia, apenas 35% dos pardos e 43% dos pretos chegam a esta faixa etária. Ou seja, 65% dos pardos e 57% dos pretos não vivem até os 60 anos de idade.

Gráfico 2  
Proporção de óbitos acima de 60 anos, segundo raça/cor - Estado de São Paulo, 1999 a 2001

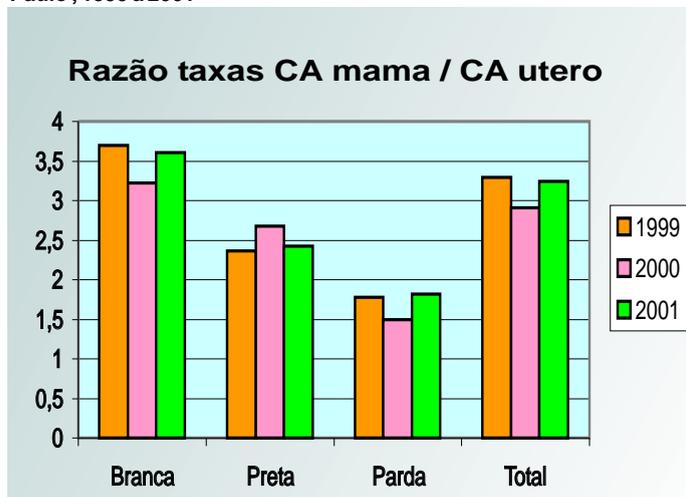


### Qualidade em saúde

O percentual de óbitos mal definidos e razão entre a mortalidade por câncer de mama e a mortalidade por câncer de colo são indicadores que dizem respeito à falta ou deficiências de assistência médica e/ou maior ou menor capacidade diagnóstica. Segundo Vianna *et al.*, em um bom modelo de atenção preventiva à mulher, o número de óbitos por câncer de útero é menor que os de mama.

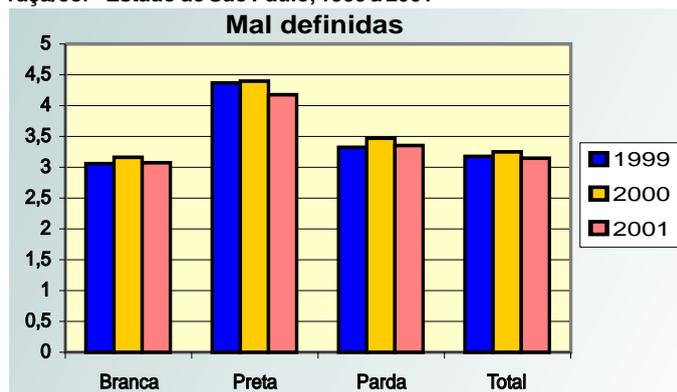
O gráfico 3 aponta que no Estado de São Paulo para cada três óbitos por CA mama existe um por CA útero, o que evidencia boa qualidade no modelo de atenção preventiva à saúde da mulher. No entanto, quando se analisa os diferenciais segundo a raça/cor no ano de 2000, constatamos que entre as mulheres pretas a relação é de 2,7 óbitos por CA mama para um por CA útero, e entre as pardas a situação é ainda mais grave, com uma relação de 1,5 para um.

Gráfico 3  
Razão de taxa de mortalidade por câncer de mama pela taxa de mortalidade por câncer de útero, segundo raça/cor - Estado de São Paulo, 1999 a 2001



"O percentual de óbitos por causa mal definida é um indicador tradicional de qualidade da assistência, visto que não identificar adequadamente a causa de um óbito está relacionado geralmente à falta ou deficiência de assistência médica" (Vianna, 2001). Os pretos no Estado de São Paulo apresentam maiores índices de óbitos por causas mal definidas, e, conseqüentemente, piores condições de qualidade da assistência (gráfico 4).

Gráfico 4  
Mortalidade proporcional por causas mal definidas, segundo raça/cor - Estado de São Paulo, 1999 a 2001



O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes, e que tratamentos iguais nem sempre são eqüitativos. Os indicadores aqui selecionados mostram que os pretos e pardos são mais vulneráveis em diferentes grupos etários e que se manifestam em diferentes dimensões da saúde pública. A atenção diferenciada nos serviços de saúde é uma ação afirmativa entre as muitas que devem ser adotadas em todos os aspectos do setor público.

### Referências Bibliográficas

1. BARATA, R.B. (org.) "Condições de vida e situação de saúde". Rio de Janeiro. ABRASCO, 1997.
2. BARROS M.B. "Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde". In: Barata, R.B. (org) "Condições de vida e situação de saúde". Rio de Janeiro. ABRASCO, 1997.
3. BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.; PEREIRA, J.C. "A cor da morte: estudo de causas de óbito segundo características de raça/cor no Estado de São Paulo", 1999 a 2001. Rev. Saude Pública, 2004 v.38 n.5 p.630:6.
4. COIMBRA JR, C.E.A.; SANTOS, R.V. "Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil", Ciência & saúde coletiva, 2000 v.5 n.1 p.125-132.
5. GUIMARÃES, A.S.A.; HUNTLEY, L. "Tirando a máscara: ensaios sobre o racismo no Brasil". São Paulo, Paz e Terra, 2000, 434p.
6. HERINGER, R., 2002. "Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas". Cadernos de Saúde Pública, 2002, v.18 supl. p. 57:65.
7. VIANNA, S.M.; SANTOS, J.R.S.; BARATA, R.B.; NUNES, A. "Medindo as desigualdades em saúde no Brasil". OPAS: IPEA, 2001.

## Violência Contra Animais e a Violência Doméstica: Qual a ligação?

Rita de Cassia Garcia  
Assessoria Técnica/CCD/SES-SP

Qual a relação entre maus-tratos e crueldades para com os animais e a violência doméstica? Existe um elo entre eles? Não é de hoje que pesquisas comprovam a ligação entre a violência doméstica e a violência contra os animais de estimação, esta última servindo como sinal de alerta para a possível existência da violência contra seres humanos mais fragilizados no contexto familiar, como no caso de crianças, idosos e até mesmo mulheres. Mas também a crueldade contra os animais está presente como uma característica comum nos registros de estupradores e assassinos em série. O abuso contra animais aparece de forma clara nas histórias de pessoas com comportamento violento (FBI, 1998; Alan Brantley, 1996).

A violência doméstica, muitas vezes, começa com o abuso ou maus-tratos de animais. Dessa forma, cientistas sociais e órgãos de execução penal norte-americanos passaram a encarar a crueldade contra animais como um grave problema humano, diretamente relacionado à violência doméstica, abusos contra crianças, idosos e outros crimes violentos, se tornando um meio eficaz de romper o ciclo da violência doméstica de uma geração para a outra (Associação Internacional dos Chefes de Polícia, 2000).

Na Filadélfia (Estados Unidos) uma criança de 4 anos foi espancada até a morte em janeiro de 1999. Mas as autoridades de controle de cães e gatos já haviam estado no local, meses antes, devido a denúncias de crueldade com o cão da família, feitas por vizinhos. Esse caso, entre centenas de outros, é um exemplo de como os serviços de controle de zoonoses e de controle de populações de cães e gatos, em parceria com os profissionais médicos veterinários, podem auxiliar os órgãos competentes a diagnosticar a violência doméstica (Phil Arkow, 2004).

Em pesquisa realizada por DeViney, Dickert & Lockwood, 1983, abusos contra animais aconteceram em 88% das famílias em que ocorreram casos de abusos físicos contra crianças. Segundo Groves, 2004, entre 45% a 60% dos lares com violência doméstica apresentam maior risco de abuso contra crianças.

Tanto as crianças como os animais são vítimas silenciosas da violência doméstica, muitas vezes vítimas invisíveis. Como o abuso contra o animal é um indicador de um lar caótico, no qual a segurança das crianças está em risco, tal abuso deve ser percebido e

documentado, da mesma forma que um problema de bem-estar humano, e ser redefinido, também, como violência doméstica. Por sua vez, a comunidade deve ser treinada para reconhecer e denunciar todas as formas desta violência.

Por fim, a crueldade contra os animais não deve ser ignorada, mas encarada como a manifestação da agressividade latente, pois pode mostrar sinais de um comportamento futuro violento contra humanos. “Quando animais sofrem abusos, as pessoas estão em perigo. Quando as pessoas sofrem abusos, os animais estão em perigo”, Associação Internacional dos Chefes de Polícia, 2000.

\*Texto escrito a partir de informações passadas durante a apresentação de Phil Arkow no Simpósio de Policiais, em 2004, em São Paulo.

### Bibliografia

1. Alan Brantley, Agente Especial do FBI, Unidade de Ciências do Comportamento, 1996.
2. Arnold Arluke & Carter Luke, Northeastern University & Massachusetts SPCA, 1997.
3. “Animals Relations in Childhood and Later Violent Behaviour Against Humans” K-G Schiff & D.A. Louw, Dept. of Psychology, University of the Orange Free State & Frank R. Ascione, Psychology Dept., Utah State University.
4. Betsy McAlister Groves, Child Witness to Violence Project, Boston MA, 2004.



## I Curso de Formação de Oficiais de Controle Animal - Foca

*Adriana Vieira  
Rita de Cassia Garcia  
Assessoria Técnica/CCD/SES-SP*

O I Curso de Formação de Oficiais de Controle Animal (Foca) foi realizado, de 14 a 18 de março de 2005, no Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) de Guarulhos, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com apoio da prefeitura de Guarulhos (PMG), do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo (CRMV-SP), Instituto Técnico de Educação e Controle Animal (Itec), Instituto Nina Rosa, World Society for the Protection of Animals (WSPA), Associação Paulista de Auxílio aos Animais (APAA) e da ONG “No Caminho da Paz”.

A prefeitura de Guarulhos, por meio do seu CCZ, abraçou a proposta de mudança da conduta do manejo de animais desde o seu início, sendo uma das responsáveis pela concretização de tal curso.

Com o objetivo principal de capacitar recursos humanos para o manejo adequado de cães e gatos, durante as atividades de captura, remoção, transporte, desembarque e internação nos CCZ, visando diminuir os riscos à saúde dos funcionários envolvidos nessas atividades, o bem-estar animal e a melhora da imagem desses órgãos junto à comunidade, o curso contou com a participação de 27 agentes de controle de zoonoses e 13 médicos veterinários dos municípios de Barueri, Bauru, Botucatu, Diadema, Guarulhos e São Paulo, além de dez funcionários da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), representando as regionais do Estado de São Paulo.

Durante os cinco dias de curso, foram discutidos temas sobre comportamento de cães e gatos, comunicação corporal, componentes da relação homem-animal, programas de controle de populações de cães e gatos, manejo animal e apresentação de equipamentos apropriados, captura e imobilização de cães e gatos, a importância de manejar bem o animal, socialização e educação de cães e gatos, imagem dos CCZ, envolvimento da comunidade, atividades educativas, eutanásia, estresse dos funcionários e dos animais, a missão e a importância do Oficial de Controle Animal (OCA) para a comunidade, prevenção de mordeduras, definição de bem-estar animal em CCZ, parcerias com instituições, aspectos legais do controle animal, o elo entre a violência humana e a crueldade animal, educação humanitária (respeito a todas as formas de vida, principalmente à comunidade

e aos animais), valorização do funcionário como um profissional OCA. O curso foi finalizado com uma prova para avaliação do aprendizado.

O primeiro curso Foca contou com a participação da oficial de controle animal de Fort Landardale, Flórida (EUA), Joanne Roman; e dos médicos veterinários Nestor Calderon, MSc., da Universidad de Sale, Colômbia, e especialista em comportamento, bem-estar e bioética; Mariângela Freitas, também psicóloga, especialista em bem-estar animal e consultora da WSPA; Flavya Mendes de Almeida, MSc., consultora da WSPA, especialista em controle e manejo de gatos; Cristina Magnabosco, diretora do CCZ de Guarulhos; Daniel Aspis, da Divisão Técnica de Controle da Raiva da DVS/Sameb de Barueri; Elizabeth da Silva, assessora do CCZ de São Paulo; Jonas Lotufo Brant, do CCZ de Botucatu; Jorge Moreira, membro do Itec e diretor do Medicoveterinário.net; Luciana Hardt Gomes, diretora do CCZ de São Paulo; Mônica Almeida, coordenadora de Educação do Itec e vice-presidente da APAA; Rogério Chacur Abou-Jamra, membro do Itec e diretor do Medicoveterinário.net; Stélio Pacca Luna, da Unesp de Botucatu e consultor do Itec; Vania Plaza Nunes, do DAEE de Jundiaí e da assessoria técnica do Instituto Nina Rosa.

### Novo paradigma

Desde a década de 70 o Brasil conta com a profissão de “laçadores” ou “catadores de cães”, extremamente importante para o controle da raiva transmitida por cães e, ainda hoje, necessária para a saúde e bem-estar humano, animal e ambiental. Infelizmente, devido ao fato da atividade ser realizada de modo violento desde o manejo nas ruas — laçando os animais pelo pescoço, jogando-os dentro dos veículos e os transportando soltos — até o descarregamento dos animais dentro dos órgãos municipais, leva ao conflito entre funcionários e sociedade.

Com esse estigma, os veículos (carrocinhas) que retiram animais das ruas para evitar agravos ao ser humano, meio ambiente e outros animais e, também, protegê-los, sempre foram extremamente criticados devido à maneira violenta como a atividade era executada. Vários funcionários sofriam e sofrem diferentes tipos de agressões e intimidações por parte das comunidades locais, em diferentes áreas geográficas, colocando em risco as suas próprias vidas.

Não há uma percepção da população sobre a importância da atividade de captura em relação à saúde pública e ao bem-estar animal. Graças a fatores relacionados à dinâmica populacional de

cães e gatos e à posse irresponsável de muitos proprietários destes animais, há uma grande demanda pelo serviço de captura de animais soltos em vias públicas. Alia-se a isto a falta de ações voltadas à educação para a posse responsável de cães e gatos, ao controle reprodutivo, insuficiência de lares que acolham animais abandonados e o desrespeito e falta de fiscalização adequada de legislações instituídas em diferentes municípios.

O enfoque predominante do paradigma atual é o da saúde pública em detrimento do bem-estar animal. Ambos devem caminhar juntos. São, por vezes, antagônicos, mas necessariamente complementares. Atuar com visão de saúde pública não negligenciando o sofrimento animal e de seres humanos sensíveis à causa.

Por outro lado, os médicos veterinários responsáveis por essa atividade não possuíam ferramentas suficientes para poder mudar essa situação, uma vez que tal mudança dependia (e depende) da conscientização da população quanto à importância tanto desses profissionais como da atividade desenvolvida.

Com a intenção de mudar esse paradigma, e construir um novo conceito deste profissional, havia necessidade de mudar o conceito de que “laçador” é aquele que “laça os animais soltos em vias públicas e os leva para o canil público” para “oficial de controle animal”, que, antes de tudo, é um educador especializado em manejo e comportamento animal.

Isto envolve uma mudança de atitude e de linguagem, assim como no modo de captura de animais, de seu transporte e de sua manutenção e manejo, quando de sua apreensão. A nova abordagem diz respeito a um novo profissional que tem como atribuições a educação para a posse responsável de cães e gatos, conquistando a confiança e o respaldo popular. O agente deve mostrar que protege a comunidade, educando-a para tal. Deve demonstrar sua importância, principalmente, respaldada pela domiciliação dos animais e apontar as consequências da presença de cães e gatos em vias públicas.

Diante disso, os participantes iniciaram o curso como “laçadores” e o concluíram como “oficiais de controle animal”, conscientes do seu importante papel na promoção à saúde do ser humano, do animal e do meio ambiente, por meio da educação e atividades de controle animal.

Com uma profissão tão importante, porém difícil e perigosa, os oficiais de controle animal saíram motivados, carregando, além do “canudo” com o diploma e o distintivo no uniforme novo, conquistado no final do curso, a certeza de que podem e devem fazer melhor.

## NOTAS

### Litoral Norte Contra a Dengue

Com o objetivo de melhorar o planejamento e a condução das ações de combate à dengue no Litoral Norte de São Paulo, os secretários de Saúde dos quatro municípios da região, em parceria com os técnicos da DIR XXI - São José dos Campos, do Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba e da Sucen, formaram o Comitê Regional de Combate à Dengue. A iniciativa, inédita no Estado, foi motivada por fatores como: elevada incidência de casos de dengue na região, particularmente em 2001, quando São Sebastião tinha um dos maiores coeficientes de incidência entre os municípios paulistas; e, em 2003 e 2004, em Caraguatatuba e Ilhabela, evidências da presença de alto índice de Breteau, existência dos sorotipos 1, 2 e 3 circulantes, possibilidade de introdução do sorotipo 4, indicando risco de ocorrência de forma hemorrágica da doença, e aspectos geográficos e climáticos comuns à região.

Embora o ano passado tenha sido marcado pela intensificação das ações educativas junto à população e identificação de focos de *Aedes aegyptis*, as equipes envolvidas no controle da dengue no Litoral Norte, nos níveis estadual e municipal, decidiram criar o Comitê para uma ação coordenada. Em janeiro passado, em encontro que reuniu representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde, do Núcleo e da Sucen, os secretários João Carlos Correia Senna Filho, de Caraguatatuba, Arquimedes de M. P. Hyppólito, de Ilhabela, Guilherme Duarte de Carvalho, de São Sebastião, e Marcos da Silveira Franco, de Ubatuba, estabeleceram as bases da estratégia técnico/política de combate ao mosquito e controle da doença na região.

Desde então, reuniões periódicas vêm sendo realizadas para traçar as metas, acompanhar as ações e avaliar resultados, no que tange às prioridades estabelecidas: necessidade de organização de serviço em ações semelhantes em todos os municípios; utilização do PSF no combate à dengue; realização de treinamento de coordenadores, chefes de equipe, pessoal de campo, leitura de larvas, sistema de informação, diagnóstico/tratamento para FHD; e montagem de plano de contingência.

A partir do levantamento das prioridades, foram realizados treinamentos pela Divisão de Zoonoses, do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Sucen, em conjunto com o Núcleo Regional de Saúde de Caraguatatuba, nos quatro municípios. Além disso, foram adotadas ações para minimizar os riscos no

verão deste ano, período de grande afluxo de pessoas para o Litoral Norte. O Comitê informa que até o início de abril, foi registrado apenas um caso de dengue na região.

## Simpósio Sobre Meningites Bacterianas

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realiza, através da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" (CVE), o IV simpósio sobre Meningites Bacterianas. O evento, que acontecerá no dia 24 de maio, no Grande Auditório do Centro de Convenções Rebouças (Av. Rebouças, 600, em São Paulo), é dirigido a profissionais de saúde das redes pública e privada.

Durante o simpósio, que será realizado das 8 às 13h30, serão discutidas: a situação epidemiológica atual das meningites bacterianas (Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza, coordenador da CCD e do CVE); a doença meningocócica no município de São Paulo, de 1986 a 2002 (Eliseu Waldman, da Faculdade de Medicina da USP); a questão do diagnóstico laboratorial das meningites bacterianas (Vera Simonsen, do Instituto Adolfo Lutz) e o pneumococo, os sorotipos prevalentes versus resistência bacteriana (Maria Cristina Cunto Brandileone, IAL).

O evento promoverá, ainda, uma mesa-redonda sobre estratégias de prevenção e controle das meningites bacterianas, seguida de palestras sobre vacinação em grupos de risco (Marta Heloísa Lopes, do ICFMUSP); vacinas disponíveis em surtos/epidemias e quimioprofilaxia (José Cássio de Moraes, FCMSC-SP); surto de doença meningocócica sorogrupo C em Itapeva (Kátia Cristina G. L. Burgundgi, da Vigilância Epidemiológica da DIR XXI - Sorocaba); e diagnóstico clínico e tratamento das meningites bacterianas (Otávio Branchini, Instituto de Infectologia Emílio Ribas).

## Capacitação em Análise de Dados de Morbimortalidade em Acidentes e Violências

Foi realizado em março o curso de capacitação em Análise de Dados de Morbimortalidade em Acidentes e Violências, promovido pela Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, do Centro

de Vigilância Epidemiológica (CVE). Dividido em três grupos, o curso foi especialmente dirigido aos interlocutores das Direções Regionais de Saúde (DIRs).

Os acidentes e violências, intencionais ou não, são um problema de saúde pública em todo o mundo. Segundo os dados de mortalidade de 1998, estima-se que 5,8 milhões de pessoas morrem, a cada ano, em função de algum tipo de lesão, segundo os dados da OMS de 2001.

Os eventos mais comuns que produzem lesões no Estado de São Paulo são: violência interpessoal e agressões; colisões de veículos e acidentes de transportes; incidentes na residência, no trabalho e nas atividades esportivas ou recreativas.

A proposta de vigilância dos acidentes e violências para o Estado de São Paulo estabelece algumas prioridades para as DIRs. São elas: acompanhamento e análise dos dados de mortalidade por causas externas; implementação da notificação dos maus-tratos contra a criança e o adolescente; estabelecimento de uma rede de atendimento às vítimas de violência sexual; e projetos especiais.

Foram capacitados 41 profissionais das DIRs e de alguns municípios para serem os interlocutores do Sistema de Vigilância dos Acidentes e Violências. A carga horária foi de 16 horas, compreendendo teoria e prática de análise de dados. Os programas empregados para esta finalidade foram o tabwin e o excel, tendo como apoio a base de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Internação Hospitalar (SIH).

Para desenvolver estratégias de prevenção efetivas, é necessário melhorar a qualidade das informações, conhecendo os números de acidentes e violências, bem como as circunstâncias em que esses eventos ocorrem. Tais informações indicarão a dimensão do problema e onde a implantação de medidas de prevenção é mais urgente.

