

NESTA EDIÇÃO

Cenário e Estratégias em Saúde do Trabalhador no SUS/SP.....pág. 1

Redução de Uso de Anti-Retrovirais para Profilaxia Pós-Exposição após Publicação do Novo Consenso do Ministério da Saúde.....pág. 3

Pesquisas de Opinião sobre as Campanhas de Vacinação contra a Influenza no Estado de São Paulo.....pág. 8

Monitorização da Eliminação da Hanseníase no Estado de São Paulo – 2003pág. 10

Dengue: Velhos e Novos Desafios.....pág. 11

Inquérito Epidemiológico de Exposição ao Chumbo em População Residente no Entorno de Empresa de Acumuladores – Bauru, São Paulo.....pág. 13

Notas.....pág. 15

Dados Epidemiológicos.....pág. 16



O Boletim Epidemiológico Paulista é uma publicação mensal do Grupo Técnico de Implantação da Agência Paulista de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 12º andar sl. 1.218
CEP: 01246-902
Tel.: (11) 3066-8823 e 3066-8825
bepa-agencia@saude.sp.gov.br

EXPEDIENTE

Grupo Técnico de Implantação da Agência Paulista de Controle de Doenças (GTI)

Coordenador

Luiz Jacintho da Silva

Editor

Luiz Jacintho da Silva

Conselho Editorial

Carlos Magno C. B. Fortaleza

Centro de Vigilância Epidemiológica

Marisa Lima de Carvalho

Centro de Vigilância Sanitária

Cristiano Correa de A. Marques

Instituto Adolfo Lutz

Neide Yume Takaoka

Instituto Pasteur

Marcos da Cunha Lopes Virmond

Instituto Lauro de Souza Lima

Jorge Afiune

Instituto Clemente Ferreira

Artur Kalichman
Centro de Referência e
Treinamento em DST/Aids

Osmar Mikio Moriwaki
Superintendência de Controle de
Endemias

Maria Maeno
Centro de Referência em Saúde
do Trabalhador

Coordenação Editorial

Cecilia Abdalla

Cláudia Malinverni

Sylia Rehder

Núcleo de Comunicação - GTI

Projeto Gráfico/Editoração Eletrônica

Marcelo F. Monteiro - Fesima

Marcos Rosado - CVE/Nive

Zilda Souza - CVE/Nive

Cenário e Estratégias em Saúde do Trabalhador no SUS/SP

Trabalhador: todos os brasileiros acima de 10 anos, empregados ou a procura de emprego, componentes da população economicamente ativa (PEA). No Estado de São Paulo, a PEA está próxima de 16 milhões de pessoas, das quais 9 milhões têm vínculo formal de emprego e contribuem para a Previdência Social (população segurada de trabalhadores) e 7 milhões compõem a massa do setor informal e do funcionalismo público.

Nas duas últimas décadas, a PEA cresceu predominantemente no setor terciário da economia, o de prestação de serviços, com aumento de trabalhadores não-contribuintes, aliado a um baixo rendimento familiar. É este segmento que depende quase que exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) e cuja população apresenta o maior risco de adoecer, de acidentar-se ou de morrer pelo trabalho ou fora dele.

Para cumprir o princípio da universalidade estabelecido pelo SUS, qualquer estratégia de implantação de serviços que vise a proteção, a preservação e a recuperação dos trabalhadores deve se preocupar não só com a saúde de cada uma das pessoas que integram essa população, dentro e fora do trabalho, como também dos seus familiares.

Já no campo das inter-relações saúde e trabalho, cabe ao SUS criar ferramentas que possibilitem intervir eficazmente sobre os fatores de risco, condicionantes de agravos à saúde de expressivos contingentes populacionais, por meio da criação de uma rede de serviços integrados ao sistema hierarquizado de atenção à saúde. Essa intervenção exige, por parte do gestor estadual do SUS, a definição de estratégias e metas concretas no seu plano plurianual, para a obtenção de resultados não somente na redução das doenças e dos acidentes relacionados com o trabalho, mas também na promoção da saúde.

A criação de uma rede de centros de referências (Renast) é a estratégia adotada para a construção de uma efetiva política de Estado na área da saúde do trabalhador, por meio da organização das ações e serviços voltados para a atenção à saúde dos trabalhadores, com vistas à sua incorporação à rede de serviços de saúde pública. A utilização de um sistema, sob a forma de uma rede universal e regionalizada de centros de referência, possibilitará a disseminação das práticas em saúde do trabalhador no SUS em todos os níveis de atenção.

Outros aspectos importantes para definição e execução das políticas públicas na área de saúde do trabalhador devem considerar:

1. O método epidemiológico para definição de prioridades, avaliação do impacto das ações desenvolvidas e acúmulo de conhecimento no processo de vigilância em

saúde do trabalhador (relações causais e etiológicas das exposições, efetividade das medidas de proteção).

2. A sua inclusão nas agendas econômicas de forma a torná-la um componente imprescindível na definição dos modelos de desenvolvimento que se preconiza para o País. Atualmente, quando se valoriza a idéia do desenvolvimento sustentável, há que se considerar que a valorização do trabalho pressupõe a sustentação da saúde, do bem-estar e da vida dos trabalhadores.

3. A importância do papel ativo dos trabalhadores e de suas instituições representativas, consoante com o entendimento de que são eles os principais protagonistas nas mudanças das relações trabalhistas, que têm repercussão direta no processo de seu adoecimento.

No artigo "Política de saúde do trabalhador no Brasil", — publicado na revista Saúde Pública, Ensp/Fiocruz, v.8, n.2, 1992 — Oliveira e Vasconcelos afirmam que "as políticas de saúde do trabalhador estão submetidas ao movimento de forças sociais que influenciam na relação entre Estado e sociedade civil. Dessa forma, há necessidade de adaptar o modelo de atenção à saúde do trabalhador para que as medidas capazes de enfrentar e reverter os perfis epidemiológicos de morbimortalidade dos trabalhadores sejam compatíveis com as rápidas transformações sociais e com as mudanças na correlação de forças na dinâmica da relação entre o Estado e a sociedade civil".

Assim, a abrangência universal do SUS, aliada à inter-setorialidade, peculiaridade da área da saúde do trabalhador, insere esta no conceito abrangente de seguridade social, princípio consagrado na carta constitucional brasileira, conferindo-lhe um papel estratégico importante na integralidade do sistema nacional de saúde.

Tal condição exige uma atuação integrada com outras pastas do poder público, que tratam das condições de habitação, de alimentação, do meio ambiente, da agricultura e de transporte, assim como com as entidades representativas de trabalhadores e empregadores.

A Agência Paulista de Controle de Doenças, autarquia especial prestes a ser criada, tem a área da saúde do trabalhador como uma das instâncias que vai estimular, dentro e fora dela, a discussão de temas como a integralidade, concepção importante de uma visão interativa da questão saúde e trabalho, congregando instituições públicas e privadas de ensino, de pesquisa e de administração de serviços em saúde, entidades de empregados e de empregadores.

A Agência tem a compreensão da importância da intervenção organizada do Estado nas condições de trabalho, como forma principal de prevenir danos à saúde dos trabalhadores, e tem clareza de que deve envolver toda a rede de serviços de saúde, desde os de mais alta complexidade até os mais simples, numa perspectiva de hierarquização das ações.

Neste processo de expansão das ações de saúde do trabalhador no SUS, se buscará a auto-suficiência dos municípios na gestão de seus problemas, dos recursos financeiros e humanos, e o aprimoramento das pactuações regionais para que, além da universalidade e equidade

de das ações, a integralidade também seja obtida.

A Agência deverá exercer o papel de instância de aglutinação, consolidação, processamento e análise de todas as informações (selecionadas) geradas e obtidas:

- pelo conjunto das ações em saúde do trabalhador;
- pelos procedimentos assistenciais;
- pelas ações de vigilância;
- pelos projetos de intervenção;
- por meio da ação das organizações de trabalhadores;
- pelas intervenções de outros órgãos de políticas públicas conexas, tais como trabalho, previdência, meio ambiente, agricultura, educação, assistência e desenvolvimento social.

Este conjunto de informações compreenderá indicadores de saúde, eventos sentinelas, indicadores de gestão e de qualidade de serviços. As modalidades de observatórios estadual, metropolitano e regionais em saúde do trabalhador centralizarão as informações produzidas ao nível dos equipamentos das redes básicas, de média e alta complexidade do SUS constituintes da Renast, e serão integradas pelos dispositivos da Agência ao funcionamento do Cerest/SP (Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador), dos CRTSs metropolitanos e dos CRSTs regionais (Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador). Além disso, deverão estar articulados com centros colaboradores de ensino e pesquisa e outras pastas governamentais.

A rede estadual de saúde do trabalhador, denominação para este conjunto de atividades, tem seu ordenamento técnico-administrativo pronto e seus objetivos, metas e prazos traçados. No entanto, um plano de saúde do trabalhador só será exequível se seus autores e atores estiverem minimamente ajustados e envolvidos. E, com base na análise de conjunturas concretas e seu permanente acompanhamento, o plano poderá ser corrigido, mudado e adaptado para o seu fiel cumprimento.

Tabela 1
População Economicamente Ativa por setor de atividade econômica
Estado de São Paulo, 1980, 1989, 1999

Setor de Atividade	Anos		
	1980	1989	1999
Primário			
1 - agrícola	1.175.802	1.038.360	1.151.325
Secundário			
1 - indústria de transformação	3.068.936	4.062.989	2.788.628
2 - indústria da construção	795.313	914.237	1.112.013
3 - outras atividades industriais	134.193	143.370	131.438
Terciário			
1 - comércio	1.102.525	1.877.242	2.345.048
2 - prestação de serviços	1.946.814	2.590.197	3.469.528
3 - serv. aux. de atividade econômica	0	648.026	969.114
4 - transporte e comunicações	486.319	637.747	743.730
5 - social	727.267	1.315.867	1.637.498
6 - administração pública	360.868	555.498	641.959
7 - outras atividades	438.782	595.832	438.733
Total	10.236.019	14.379.365	15.412.014

Fontes: IBGE, PNAD: 1980, 1989, 1999
IBGE, Anuário Estatístico - Brasil

Autor: Otani, K., assistente técnico da CIP e coordenador do Geiar (Grupo Estadual para Implementação e Acompanhamento da Renast)

Redução de Uso de Anti-Retrovirais para Profilaxia Pós-Exposição após Publicação do Novo Consenso do Ministério da Saúde

Introdução

A descoberta de que o AZT oferece proteção após exposição ocupacional ao HIV fez com os serviços se organizassem e que programas fossem criados, com o intuito de reduzir o risco de aquisição de HIV após exposição a fluidos biológicos contaminados. Entretanto, as primeiras recomendações em relação à dispensação de anti-retrovirais (ARV) para profissionais da área da saúde (PAS), com acidentes com fonte desconhecida ou com sorologia ignorada, não estabeleciam claramente as circunstâncias nas quais as medicações deveriam ser prescritas. Em julho de 2001, o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), de Atlanta (EUA), publicou novas recomendações em relação a condutas frente a acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos.

Em dezembro de 2001, as novas "Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV – 2001", do Ministério da Saúde (MS), incluíram uma revisão das recomendações previamente existentes e tornou explícito que a maioria dos acidentes envolvendo fonte desconhecida ou com sorologia ignorada não deveria ser medicada com anti-retrovirais.

Justificativa e objetivos

Este estudo objetiva medir o impacto das novas recomendações do MS no uso de anti-retrovirais em um serviço de referência para o atendimento de acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos, especialmente aqueles com fonte desconhecida ou com sorologia anti-HIV ignorada.

Material e métodos

Foram avaliados os prontuários de todos os pacientes atendidos no serviço em dois períodos distintos, o primeiro semestre de 2001 (antes das novas recomendações do CDC e do MS) e o primeiro semestre do ano seguinte (logo após a publicação das novas recomendações do MS). Os seguintes dados foram coletados dos pacientes: sexo, idade, função do funcionário, tipo de acidente, material envolvido no acidente, categoria de exposição (CDC, 1998), categoria de status da fonte em relação ao HIV, recomendação de ARV e tipo de ARV recomendado.

Resultados e conclusões

Foram incluídos 80 pacientes em 2001 e 91, em 2002. Os pacientes não diferiram nos dois períodos do estudo em relação ao sexo (feminino em 75% em 2001 e 86%, em 2002), tipo de acidente (pérfuro-cortantes em 88% e 91%, respectivamente), material envolvido

no acidente (sangue em 78% e 63%, respectivamente), categoria de exposição (categoria 1, isto é, acidente leve atingindo mucosa ou pele não-integra, em 9% e 14%, em 2001 e 2002) e a função (enfermagem envolvida em 65% e 57% dos acidentes, respectivamente). A recomendação de ARV ocorreu em 69% de todos os acidentes de 2001 e em 12% dos acidentes de 2002 (OR=0,05; IC 95% 0,02-0,12; p<0,0001). Quando analisamos separadamente os acidentes ocorridos com fonte desconhecida ou com sorologia desconhecida, 40 de 46 acidentes (87%) receberam ARV em 2001 e três de 74 acidentes (4%) foram medicados em 2002 (OR=164,44; IC95% 33,92-952; p<0,0001).

Dessa forma, concluímos que o seguimento às recomendações atuais do MS reduziu significativamente a dispensação de anti-retrovirais para os acidentados em nosso serviço, especialmente entre pacientes com fonte desconhecida ou com sorologia anti-HIV ignorada. Novos estudos deverão ser conduzidos para que verifiquemos o impacto destas medidas sobre a chance de abandono do seguimento do acidente e sobre a recuperação das sorologias do paciente fonte.

Notificações de acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos no Estado de São Paulo – 1999 a 2003

Entre janeiro de 1999 e outubro de 2003, foram notificados 5.735 acidentes no Sinabio. Destes, 344 foram excluídos por representarem duplicidade de notificação ou por não se incluírem na definição de caso de acidente ocupacional com exposição a material biológico.

Dados gerais

Foram recebidas notificações de 138 diferentes municípios. A Capital paulista foi responsável por cerca de 30% de todas as notificações recebidas (tabela 1).

Tabela 1 - Acidentes ocupacionais notificados segundo municípios com maiores números de notificações – Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003

Município	Nº	%
Araçatuba	200	3,7
Araraquara	161	3,0
Diadema	177	3,3
Marília	568	10,5
Piracicaba	182	3,4
São Bernardo do Campo	305	5,7
São Carlos	161	3,0
São João da Boa Vista	204	3,8
São Paulo	1.638	30,4
Taubaté	256	4,7
Demais municípios	1.539	28,5
Total	5.391	100,0

Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/ Aids – SES/SP

Entre os acidentes notificados, 219 (4,1%) ocorreram em 1999, 1.695 (31,4%) em 2000, 1.670 (31%) em 2001, 1.209 (22,4%) em 2002 e 598 (11,1%) em 2003, dados parciais. Dentre 5.391 acidentes analisados, 4.357 (80,8%) ocorreram em profissionais do sexo feminino. Observa-se na tabela 2 que a maioria dos acidentes notificados ocorreu em profissionais entre 20 anos e 39 anos de idade.

Tabela 2 – Acidentes ocupacionais notificados por faixa etária – Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003

Faixa etária	N°	%
< 20 anos	113	2,7
20-29 anos	1.969	36,5
30-39 anos	1.631	30,3
40-49 anos	1.171	21,7
50-59 anos	420	7,8
> 60 anos	53	0,9
Ignorado	34	0,1
Total	5.391	100,0

Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/ Aids – SES/SP

Mais da metade dos acidentes notificados ocorreu entre auxiliares de enfermagem e os funcionários da limpeza constituíram a segunda categoria mais freqüentemente exposta (tabela 3).

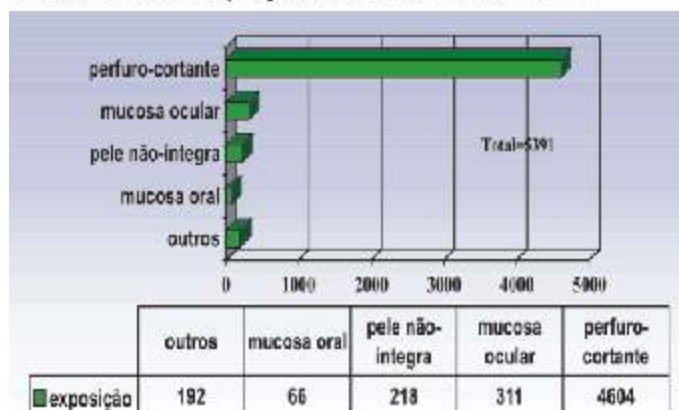
Tabela 3 - Acidentes ocupacionais notificados, segundo categoria profissional – Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003

Categoria profissional	N°	%
Atendente	57	1,1
Auxiliar de enfermagem	2.754	51,1
Dentista	153	2,8
Enfermeiro	186	3,5
Estudantes	434	8,1
Laboratório	120	2,2
Auxiliar de limpeza	479	8,9
Médico	369	6,8
Técnico de enfermagem	266	4,9
Outros	499	9,3
Ignorado	74	1,4
Total	5.391	100,0

Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/ Aids – SES/SP

A maior parte dos acidentes notificados foi percutâneo (gráfico 1) e o material biológico envolvido, na maior parte das exposições, foi sangue (76,5%).

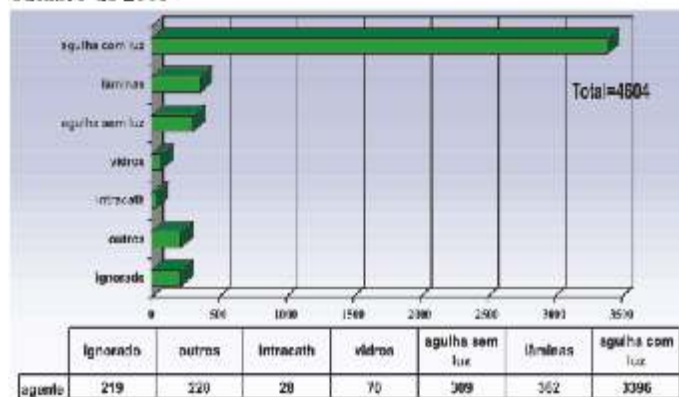
Gráfico 1 - Acidentes ocupacionais notificados por tipo de exposição - Estado de São Paulo, de janeiro de 1999 a outubro de 2003



Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/ Aids – SES/SP

Nota-se no gráfico 2 que a grande maioria dos acidentes perfuro-cortantes notificados foi causada por agulhas ocas.

Gráfico 2 - Acidentes ocupacionais do tipo perfuro-cortante, segundo agente causador da lesão - Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003



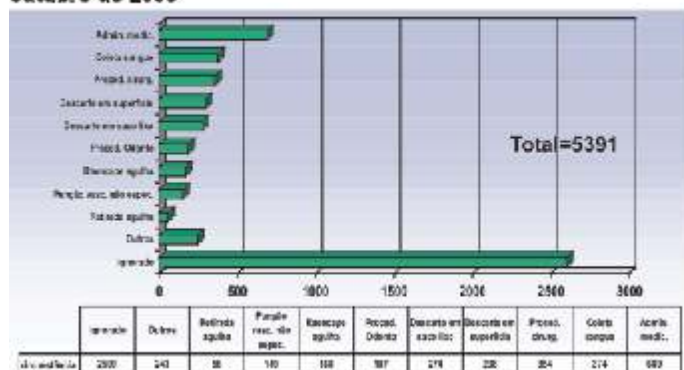
Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/Aids – SES/SP

Na análise das circunstâncias relacionadas à ocorrência de acidentes, observa-se que a administração de medicações foi a situação mais freqüentemente notificada (gráfico 3). Esta análise, entretanto, fica prejudicada devido ao fato de este dado não estar disponível em cerca de 50% das notificações.

Em relação ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI), de acordo com alguns tipos de acidentes, verificou-se que entre 374 indivíduos que se acidentaram durante coleta de sangue somente 236 (63%) usavam luvas; da mesma forma, entre 287 acidentados durante a administração de medicação EV, 166 (58%) referiram uso de luvas; dentre 149 acidentes ocorridos por punção venosa ou arterial não especificada, somente 63 (42%) usavam luvas.

Na avaliação dos acidentes ocorridos durante procedimentos cirúrgicos (354), observou-se que o uso de óculos foi referido em 59 ocasiões (16%). Somente em 4 (7%) dos 59 acidentes ocorridos com exposição de mucosa ocular o funcionário fazia uso de óculos. Tais dados refletem a necessidade de treinamentos nos serviços visando o uso de EPIs quando necessário.

Gráfico 3 – Acidentes ocupacionais notificados, de acordo com a circunstância do acidente - Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003

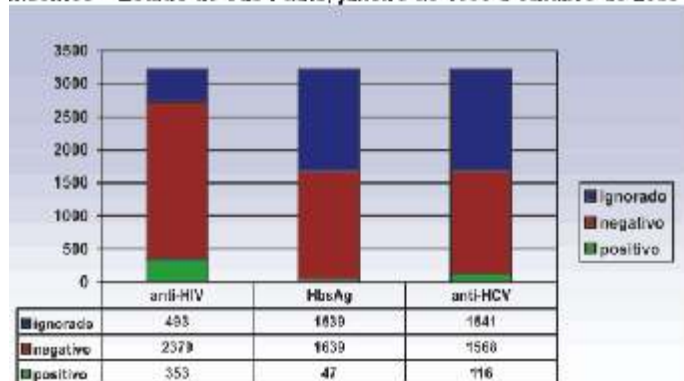


Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/Aids – SES/SP

O funcionário e o paciente-fonte

O paciente-fonte foi conhecido em 3.225 acidentes (60%). Destes, 2.732 (85%) tiveram o resultado da sua sorologia anti-HIV conhecida; o HbsAg foi conhecido em 1.686 (52%) acidentes; a sorologia para hepatite C foi registrada em 1.684 (52%) acidentes (gráfico 4). Cerca de 13% dos pacientes com sorologia para HIV conhecida resultaram positivo para este vírus. O fato não reflete a prevalência do HIV na população geral, mas uma maior preocupação do PAS em procurar atendimento quando o acidente envolve uma fonte com HIV ou Aids. Chama a atenção o fato de cerca de 48% dos registros de fontes conhecidas terem permanecido com sorologia ignorada para hepatites B e/ou C.

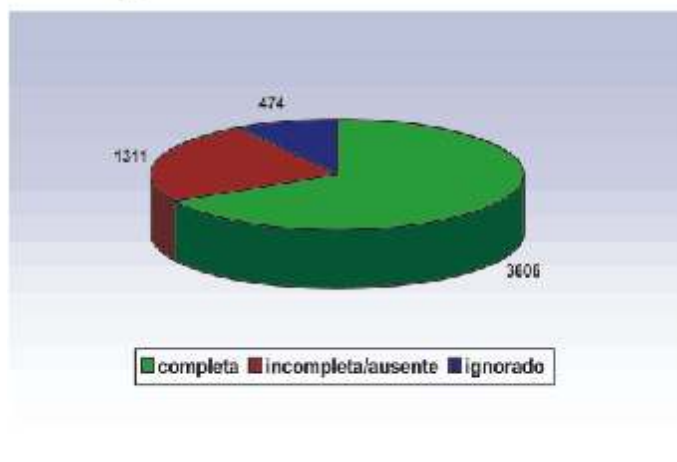
Gráfico 4 – Acidentes ocupacionais de pacientes-fonte conhecidos, segundo resultados de sorologia para HIV e hepatites B e C dos mesmos – Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003



Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/Aids – SES/SP

No gráfico 5 observa-se os resultados das sorologias dos funcionários acidentados. É importante salientar que 62% dos funcionários testados para anti-HBs tiveram resultado positivo. O anti-HBs é o marcador de proteção para hepatite B e pode ser adquirido por vacinação ou infecção natural (com cura) pelo HBV. Não foi obtido resultado de sorologia anti-HIV em 36% dos funcionários acidentados; em relação ao HbsAg, a falha na informação ocorreu para 43% das ocasiões e para o HCV a falha foi de 41%. Vinte e sete funcionários apresentavam sorologia positiva para HIV no momento do acidente; 41 funcionários eram portadores do HbsAg; e 59 resultaram positivos para hepatite C no início do seguimento.

Gráfico 5 – Acidentes ocupacionais notificados, de acordo com resultados de sorologias para HIV e hepatites – Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003

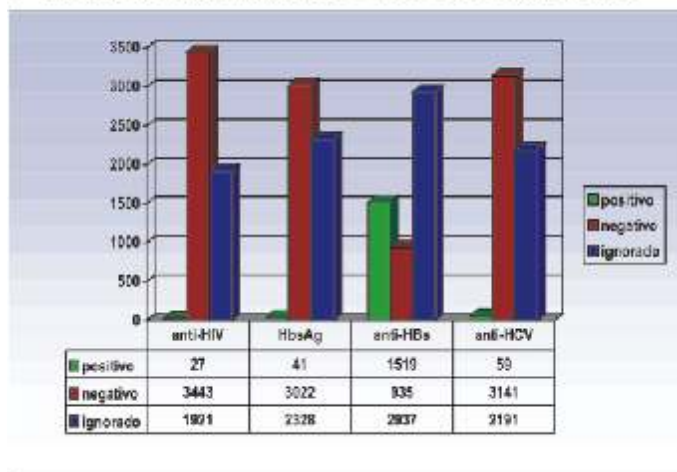


Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/Aids – SES/SP

Conduta após o acidente

Do total de 4.917 acidentes para os quais se conhece a informação de vacinação prévia contra hepatite B, 3.606 (73%) ocorreram em profissionais que referiram vacinação adequada (gráfico 6).

Gráfico 6 – Acidentes ocupacionais notificados, de acordo com vacinação prévia do profissional acidentado contra hepatite B – Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003



Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/Aids – SES/SP

Apesar dos percentuais dos dados “vacinação completa” e “sorologia Anti-HBs positiva” serem próximos (67% e 62%, respectivamente), tal informação deve ser vista com cautela. Quando avaliadas as informações conjuntamente, verifica-se que entre os 1.732 funcionários que referem ter tomado pelo menos três doses de vacina contra hepatite B e dos quais se dispõe de resultados de sorologia, 1.230 (71%) apresentaram anti-HBs reagente e 502 (29%) anti-HBs não-reagente. Como a eficácia da vacina contra hepatite B é superior a 90%, algumas hipóteses devem ser elaboradas para explicar tal diferença entre os resultados esperados e os encontrados:

1. A informação do número de doses de hepatite B recebidas é verbal e a apresentação da carteira vacinal é habitualmente dispensada. Portanto, a qualidade deste dado pode estar prejudicada.

2. Pode estar havendo pouca clareza na interpretação dos exames, com conseqüente erro no preenchimento desta variável no Sinabio.

3. A vacinação pode ter sido feita há muitos anos, podendo ter ocorrido redução nos títulos de anti-Hbs.

Entre 2.431 funcionários que referiram ter sido vacinados com pelo menos três doses contra hepatite B, 159 (6,5%) foram encaminhados à vacinação novamente logo após o acidente. Não se sabe se tais funcionários foram encaminhados de forma inadequada, se não apresentaram resposta vacinal ao primeiro esquema vacinal ou se o preenchimento do dado foi feito de forma errônea.

Entre 2.404 funcionários que referiram vacinação completa contra hepatite B, somente 32 (1,3%) receberam imunoglobulina específica contra hepatite B (HBIg) após o acidente. Em contraste, entre 846 funcionários que referiram não ter recebido vacinação completa contra aquele vírus, 103 (12,2%) receberam HBIg ($p < 0,001$; OR = 0,1 (IC 95%: 0,06-0,15)).

Os dados referentes à administração de anti-retrovirais pós-exposição ocupacional são conhecidos em 4.146 acidentes. Em relação à conduta específica de profilaxia com anti-retrovirais, 1.814 (43,8%) funcionários não receberam anti-retrovirais após o acidente. Dentre os 2.332 funcionários que receberam medicação, 1.604 (68,8%) foram medicados com AZT+3TC; 641 (27,4%) receberam AZT+3TC+Indinavir; 74 (3,2%) receberam AZT+3TC+Nelfinavir; 13 (0,6%) funcionários foram medicados com esquemas diferentes dos acima descritos (tabela 4).

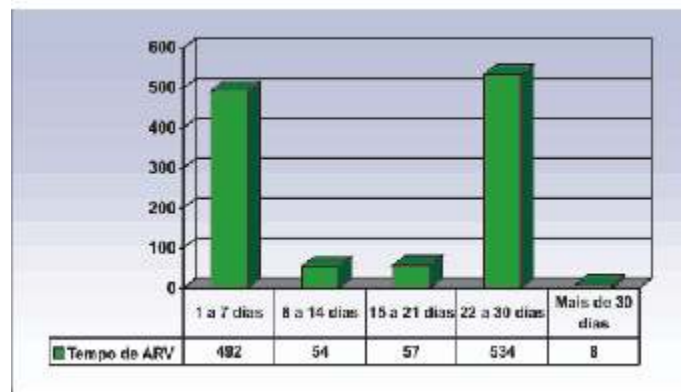
Tabela 4 – Acidentes ocupacionais, segundo indicação de profilaxia anti-retroviral pós-exposição – Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003

ANTI-RETROVIRAIS	Nº	%
Nenhum ARV	1.814	43,8
AZT + 3TC	1.604	38,7
AZT + 3TC + IDV	641	15,5
AZT + 3TC + NFV	74	1,8
Outros esquemas	13	0,3
Total	4.146	100,0

Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/ Aids – SES/SP

Entre os 2.332 acidentes nos quais os funcionários foram medicados, foram informados dados do tempo de tomada de medicações para 1.145 acidentes. Destes, 492 tomaram anti-retrovirais entre 1 e 7 dias e 534 entre 22 dias e 30 dias (gráfico 7).

Gráfico 7 – Acidentes ocupacionais, segundo tempo de utilização de profilaxia anti-retroviral pós-exposição – Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003



Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/ Aids – SES/SP

Observa-se na tabela 5 os dados referentes à evolução dos casos. Chama a atenção o grande número de casos em seguimento, que, na verdade, devem ser reclassificados posteriormente, visto que “em seguimento” é uma condição temporária. Entre os casos com seguimento conhecido até a alta definitiva do sistema, aproximadamente 15% abandonaram o seguimento e 44% obtiveram alta porque a fonte do seu acidente era negativa para as sorologias testadas.

Tabela 5 – Acidentes ocupacionais, segundo conclusão dos casos – Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003

Evolução	Número	%
Alta sem conversão sorológica	752	23,8
Alta com conversão sorológica	-	-
Alta por fonte negativa	833	26,3
Em seguimento	1.259	39,8
Transferência	28	0,9
Abandono	290	9,2
Óbito	1	0,0
Total	3.163	100,0

Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/ Aids – SES/SP

Na análise dos dados de acidentes em seguimento, de acordo com o ano de sua ocorrência, constata-se que 5,4% dos acidentes ocorridos em 1999, 15,8% dos ocorridos em 2000 e 33,5% dos ocorridos em 2001 permanecem com a conclusão em seguimento, o que demonstra a necessidade de se reavaliar os casos para alta definitiva do sistema.

Além disso, entre os casos que receberam alta por paciente-fonte negativo, muitas vezes não há informações que permitam avaliar tais altas como adequadas (tabela 11). Globalmente, os dados disponíveis permitem inferir que as altas por pacientes-fonte negativos foram inadequadas em pelo menos 20% das ocasiões.

Tabela 11 – Resultados de sorologias do paciente-fonte para HIV, hepatite B e hepatite C de acidentes ocupacionais com evolução “alta por paciente-fonte negativo” - Estado de São Paulo, janeiro de 1999 a outubro de 2003

EXAME	Resultado negativo	Resultado positivo	Resultado ignorado
Anti- HIV	784	0	49
HbsAg	662	12	159
Anti-HCV	667	10	156

Fonte: Sinabio – Divisão de Vigilância Epidemiológica – PE DST/Aids – SES/SP

Não foram relatadas conversões aos vírus das hepatites B e C ou ao HIV até o presente momento.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido em relação à notificação e às ações de prevenção de acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos. É necessário que se aumente o número de notificações em todos os níveis, tanto do ponto de vista do indivíduo como no nível institucional e municipal. A notificação gera mais conhecimento e orienta as medidas de controle e prevenção de modo mais acertado.

O uso de EPI adequado às tarefas realizadas deve ser alvo de treinamentos e observações. Nossos dados sugerem que existe uma grande falha no uso de luvas e óculos em situações em que estes seriam recomendados.

A realização de sorologias entre os pacientes-fonte deve ser estimulada e ressaltada a necessidade de serem testados os três vírus mais importantes no contexto dos acidentes biológicos (HIV, HBV e HCV). Além disso, o funcionário só poderá receber alta por “paciente-fonte negativo” se for testado para os três vírus e os resultados das sorologias forem negativos (ou, se o paciente-fonte for positivo para hepatite B e o funcionário tiver marcador de proteção para a hepatite B – anti-HBs positivo).

A vacinação para hepatite B precisa ser estimulada entre os PAS e estudantes da área da saúde. É importante lembrar que os funcionários da limpeza também são profissionais sob risco de aquisição de patógenos veiculados pelo sangue e devem ser adequadamente imunizados contra o vírus.

O encerramento do caso é fundamental. Através dele, verifica-se possíveis conversões e tendências em relação a abandonos de seguimento e definição de seus fatores de risco. Além disso, no fechamento dos casos, habitualmente os dados são revistos e a ficha tem o seu preenchimento completado. Sugere-se que os casos que permanecem em seguimento por um período igual ou superior a um ano sejam reavaliados pelos serviços de atendimento e recebam alta tipo abandono.

Lembretes

Avaliação do acidente

O acidente deve ser avaliado pela equipe responsável o mais precocemente possível, para medidas e condutas para acompanhamento do funcionário.

Preenchimento da ficha de notificação

Na elaboração desse boletim, encontramos um grande número de ignorados ou campo não preenchido (em branco) nos seguintes itens:

Item 1 – Identificação: é fundamental preencher o campo Cargo/Função e Setor onde ocorreu o acidente, para que possamos analisar em qual categoria e setor ocorrem mais acidentes, visando adoção de medidas de prevenção.

Item 2 – Circunstância da exposição: este item foi modificado e passou a abranger novas circunstâncias que faziam parte das listadas no campo Qual.

Item 5 – Uso de EPI: neste item é importante saber se o equipamento de proteção individual está sendo usado. O dado será sempre cruzado com o de circunstância do acidente para definirmos se o uso dos EPIs se faz adequadamente.

Item 11 – Acompanhamento sorológico do funcionário acidentado: este campo não vem sendo preenchido, mas é de grande importância na avaliação da consistência dos dados do banco. Poderá ser completado quando da saída do funcionário do seguimento (alta).

Item 13 – Evolução do caso: é um campo existente a partir da segunda versão da ficha que nos mostra a informação evolutiva de cada caso.

O correto preenchimento da ficha de notificação nos dará subsídios para o controle e prevenção dos acidentes ocupacionais com material biológico. Para isso existem alguns critérios a serem seguidos:

Definição de caso de acidente ocupacional com fluido biológico

-Exposição a fluidos de risco, a saber: sangue, fluidos com sangue; líquido, líquidos pleural, amniótico, pericárdico, ascítico, articular e secreções sexuais;

-Situações de atendimento à saúde (profissionais da área da saúde e não profissionais da saúde com exposição a fluidos de risco em situações de atendimento à saúde, tais como bombeiros, policiais, profissionais de limpeza em serviços de saúde, cuidadores domiciliares, indivíduos em situação de atendimento de saúde eventual).

Lágrima, suor, fezes, urina e saliva são líquidos biológicos sem risco de transmissão ocupacional do HIV. Portanto, fica a critério de cada serviço a forma de registro destes acidentes. Vale lembrar que acidentes envolvendo estes fluidos não devem ser notificados no Sinabio.

Autoras: Ramalho, M; Monteiro, ALC; e Santos, NJS, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – São Paulo, SP



Pesquisas de Opinião sobre as Campanhas de Vacinação contra a Influenza no Estado de São Paulo

Passada a campanha de vacinação contra a influenza de 2000, que apresentou uma cobertura vacinal inferior à de 1999, surgiu a preocupação de entender as razões para a aceitação ou recusa da vacina por parte da população-alvo, pessoas com 65 anos ou mais. Em 2002, houve a oportunidade de realizar uma pesquisa semelhante — motivos para a aceitação ou recusa da vacinação — de 2002 e intenção para 2003, uma vez que a primeira pesquisa, realizada quase um ano após a campanha (entre 15 e 20 de fevereiro de 2001), levantou questões sobre se o intervalo de tempo decorrido entre a campanha e a pesquisa poderia ter interferido na precisão das informações obtidas.

Em 2004, conhecendo melhor a opinião da população-alvo e percebendo um baixo grau de participação dos médicos em recomendar a vacinação para os seus pacientes e um número significativo de entrevistados indecisos (na pesquisa de 2002), que afirmaram que se vacinariam casos houvesse recomendação específica do seu médico, buscou-se entender melhor a opinião desses quanto à vacinação contra a influenza.

Foram, portanto, três pesquisas de opinião, conduzidas pela Divisão de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) em conjunto com o Fomento de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis (Fesima), órgãos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, executadas pelo Instituto Datafolha e apoiadas pela Aventis Pasteur.

As pesquisas de 2001 e 2002

As duas primeiras pesquisas foram semelhantes e tiveram os mesmos objetivos: conhecer o perfil do idoso que aderiu ou não à campanha anterior; investigar os motivos de adesão ou não à campanha anterior; e verificar a intenção de adesão à campanha subsequente.

Da mesma maneira, a metodologia empregada foi semelhante. Ambas foram quantitativas com abordagem pessoal, no domicílio do idoso, mediante aplicação de um questionário estruturado. A técnica de amostragem foi probabilística (probabilidade por área). Os municípios foram divididos em clusters (conjunto de nove quarteirões) e em cada cluster foram realizadas três entrevistas. O universo constituiu-se de pessoas com 61 anos ou mais na primeira entrevista, uma vez que foi realizada quase um ano após a campanha, e com 60 anos ou mais na segunda.

A abrangência da pesquisa foi o Estado de São Paulo, ainda que na segunda pesquisa tenham sido conduzidos inquéritos em outros Estados. Mas essa parte da pesquisa não integrou o conjunto conduzido pela secretaria. A amostra final foi de 603 entrevistas na pesquisa de 2000, das quais 292 na Grande São Paulo e 311 no Interior; e 608 entrevistas distribuídas geograficamente de forma representativa no Estado, na pesquisa 2002.

Resultados

As duas pesquisas apresentaram resultados semelhantes, mostrando que o tempo decorrido entre a campanha e a realização da primeira pesquisa não influenciou na qualidade das respostas. A quantidade de informações foi muito grande, mas alguns aspectos merecem destaque.

A margem de erro máxima para o total da amostra foi de cinco pontos percentuais para mais ou para menos, dentro de um nível de confiança de 95%. De 884 médicos contatados, 446 (50%) responderam e 438 (50%) não responderam. Desses últimos, 153 (35%, 17,3% do total) justificaram a recusa alegando que o assunto “vacina” não era de sua pertinência.

Divulgação: Aventis e Instituto Datafolha

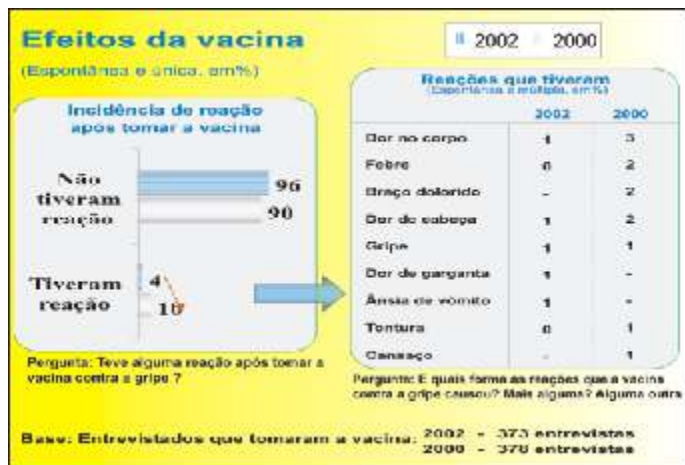
	Não falou no assunto	Recomendou	Instituiu que tomasse	Desaconselhou	Não costumava ir ao médico	Base
Total	66	18	2	2	13	608
Fator de risco						
Fumo	61	10	-	2	19	80
Diabetes	72	20	1	4	3	99
Prob. Cardíacos	62	22	3	7	6	122
Prob. Pulmonares	66	20	4	1	9	77
Pressão Alta	68	19	2	3	8	268
Cuidado saúde						
Plano de Saúde	71	20	2	1	6	267
Velho Médico	75	21	2	2	-	528

	Total	Cardiologista	Clinico Geral	Geriátrico	Geriatra	Urologista	Endócrino	Transt. Afecção	Outro	RM	Instit.
TOP TWO BOXES	28	72	39	75	80	79	81	80	81	70	78
Muito eficiente a vacinação contra a gripe (5)	17	10	17	12	20	17	14	10	13	7	19
Efficiente (4)	11	39	34	66	56	62	75	50	52	70	59
NAIS OU MENOS EFICIENTE (3)	19	25	18	22	14	17	19	22	21	22	17
BOTTOM TWO BOXES	2	4	1	-	-	4	-	-	-	2	3
Faltou eficiência (2)	1	3	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Não eficiente a vacinação contra a gripe (1)	1	1	1	-	-	2	-	-	-	2	1
NÃO SABE	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Média	3,2	3,6	4,0	3,8	4,1	3,9	4,0	4,1	4,0	3,6	4,0
Base	384	32	21	50	36	41	28	40	52	46	104

A porcentagem de pessoas que afirmaram terem sido vacinadas na campanha precedente, assim como os que afirmaram ter intenção de se vacinar na próxima campanha, foi muito próxima à efetiva cobertura vacinal verificada nas campanhas de 2000, 2001 e 2002, o que aponta para a confiabilidade das demais informações.

Ao contrário do que se temia, o interesse em se vacinar foi grande: cerca de 95% dos entrevistados entendiam que o governo deveria continuar a fazer as campanhas. A maioria acabou não se vacinando por medo de eventuais reações. A ocorrência de reações, no entanto, foi extremamente baixa, muito próxima à relatada pela literatura médica: 90% dos

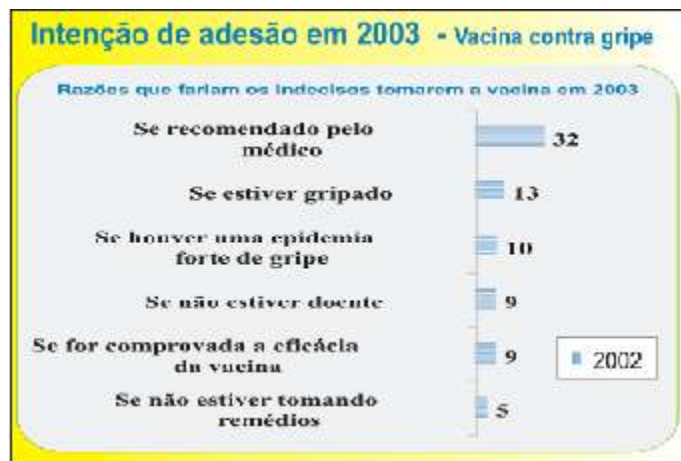
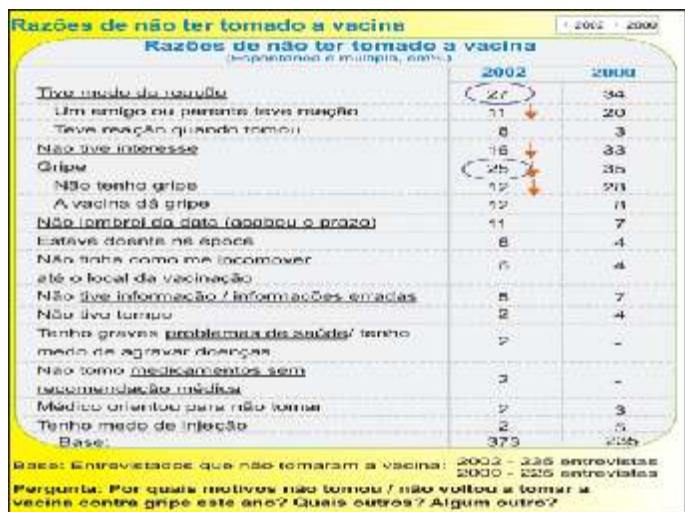
entrevistados não referiram qualquer reação; dos 10% que relataram alguma reação, apenas 2% relataram febre e 3% dor no corpo, mostrando efetivamente que a vacina da gripe é muito bem tolerada. Cerca de 92% dos entrevistados, em ambas as campanhas, têm uma visão positiva em relação à vacina.



Os entrevistados que aderiram às campanhas o fizeram, em grande parte, por iniciativa própria ou por insistência dos familiares; apenas 10% dos entrevistados se vacinaram por recomendação médica. Ainda que uma porcentagem elevada dos entrevistados afirme ir com frequência ao médico (mais de 60%), o papel destes profissionais em recomendar a vacinação foi pequeno.

Cerca de 45% dos entrevistados relataram que o médico não tocou no assunto vacina, enquanto pouco mais de 10% disseram ter recebido recomendação médica para se vacinar e 2% relataram que o médico contra-indicou a vacinação contra a influenza. Contrastando com a pequena participação dos médicos, 32% dos entrevistados em 2002, que ainda estavam indecisos quanto à vacinação na campanha seguinte (2003), afirmaram que se vacinariam se houvesse recomendação específica do seu médico.

Esse pouco entusiasmo dos médicos em relação à vacinação motivou a pesquisa de 2004, em que se buscou conhecer a opinião dos médicos em relação à vacina contra a gripe.



A pesquisa 2004

A terceira pesquisa foi realizada com médicos do Estado de São Paulo. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, com abordagem telefônica dos entrevistados, a partir de uma listagem de médicos que atendem planos de saúde, construída pelo Instituto Datafolha. Para esse estudo, a amostragem estabeleceu cotas por especialidade, com base na pesquisa de 2002 com a população idosa sobre vacinação contra a gripe. As entrevistas, realizadas mediante aplicação de questionário estruturado, se limitaram às especialidades médicas que surgiram nas pesquisas anteriores como as mais procuradas pelos pacientes com mais de 60 anos (cardiologia, clínica geral, ortopedia, ginecologia, geriatria, endocrinologia, urologia, pneumologia e infectologia).

O universo constituiu-se dos médicos que atendem idosos⁽¹⁾ em serviços públicos, convênios médicos ou mediante pagamento direto. A amostra total foi de 446 entrevistas, com verificação em 30% do material de cada entrevistador. As entrevistas tiveram início no dia 9 de fevereiro de 2004. De 884 médicos contatados, 446 (50%) responderam ao questionário, 438 (50%) não responderam e, desses, 153 (35%, 17,3% do total) justificaram a não resposta alegando que vacina não era um problema seu.

A maioria (88%) dos médicos, no entanto, entendia que a gripe é uma doença grave com possíveis complicações sérias para o paciente idoso. E mesmo que uma porção significativa (79%) dos médicos relatasse uma visão positiva da vacina, apenas um terço deles incluía a vacinação como medida preventiva para seus pacientes, contra dois terços que recomendava não fumar. Ainda que muitos eventualmente recomendassem a vacinação, poucos efetivamente prescreviam a vacina.



Discussão e conclusões

A pouca participação dos médicos no estímulo à vacinação contra a gripe é preocupante, principalmente quando se percebe que a população de idosos valoriza sobremaneira as recomendações médicas. O valor da vacinação contra a Influenza é hoje um consenso, não só como fator de redução da morbidade e mortalidade por infecções respiratórias, mas inclusive por doença cardiovascular (Nichol & cols⁽²⁾).

Para alcançar êxito e efetividade, as ações de saúde pública, aí incluídas as iniciativas de controle de doenças transmissíveis, demandam um comprometimento de todos os seus agentes, notadamente daqueles que lidam direta e individualmente com os pacientes. Há necessidade, portanto, de uma intensa e extensa ação educativa junto aos médicos, no sentido de valorizar seu papel e, ao mesmo tempo, definir adequadamente o seu nível de responsabilidade no processo de imunização.



Medidas preventivas recomendadas pelo médico
(Espontânea e múltipla, em %)

Recomendação da vacina contra gripe/pneumonia e, tendencialmente¹ maior, entre os geriatras e pneumoinfectologistas

	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras	Geriatras
Não fazer	63	67	68	61	63	67	63	62	62	62	65	62	62	65	62	62	65	62
Fazer em todas as idades	31	32	32	34	37	33	33	38	38	38	35	38	38	35	38	38	35	35
Fazer em algumas idades	20	20	23	17	24	7	24	20	20	21	21	20	21	21	20	21	21	21
Evitar a vacinação em situações especiais	15	10	21	15	12	12	13	10	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Consultar o especialista antes de recomendar a vacinação	9	7	3	15	1	25	5	2	12	6	7	12	6	7	12	6	7	12
Ter em consideração a situação clínica do paciente	8	3	3	7	14	5	5	7	5	7	7	5	7	7	5	7	7	5
Fazer a vacinação em situações especiais	6	8	10	2	6	9	-	2	8	7	8	8	7	8	8	7	8	8
Fazer a vacinação em todas as idades	5	3	3	5	2	1	-	10	3	6	6	3	6	6	3	6	6	3
Evitar a vacinação em situações especiais	4	2	10	3	1	1	2	3	6	4	4	6	4	4	6	4	4	6
Evitar a vacinação	3	-	2	5	2	1	3	10	4	-	3	4	-	3	4	-	3	4
Fazer a vacinação em todas as idades	3	4	1	3	3	-	3	7	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2
Ter em consideração a situação clínica do paciente	3	3	4	2	-	-	1	-	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
Evitar a vacinação em situações especiais	2	2	3	2	-	-	-	5	1	4	2	1	4	2	1	4	2	1
Revisão	102	61	27	69	32	42	158	55	233									

Autores: Moura M, Fesima; Silva LJ, Sucen

⁽¹⁾ Obs.: idoso foi definido como qualquer paciente com idade igual ou maior que 60 anos.
⁽²⁾ Nichol, K.L.; Nordin, J; Mullooly, J; Lask, R; Fillbrandt, K; Iwanw, M. 2003. Influenza Vaccination and Reduction in Hospitalizations for Cardiac Disease and Stroke among the Elderly. In The New England Journal Medicine, 2003; 348: 1322-32. Minneapolis, MN.

Monitorização da Eliminação da Hanseníase no Estado de São Paulo – 2003

O Estado de São Paulo registrou, no final de 2002, um total de 4.929 casos de hanseníase (taxa de prevalência de 1,29 por 10.000/habitantes). Deste total, 2.968 casos haviam sido detectados no ano (taxa de detecção de casos novos de 0,78 por 10.000/hab.). O quadro atual reflete uma tendência decrescente da prevalência e uma tendência estável da detecção de casos de hanseníase nos últimos anos no Estado (figuras 1 e 2).



Figura 1 – Taxa de prevalência no Estado de São Paulo, 1998-2002

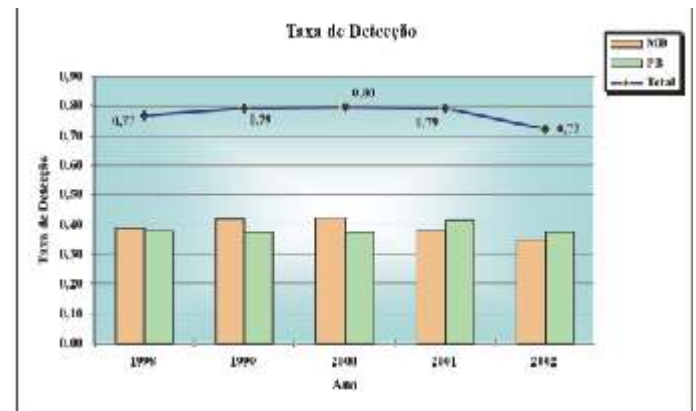


Figura 2 – Taxa de detecção por 10.000 habitantes no Estado de São Paulo, 1998-2002

O exercício de monitorização da eliminação da hanseníase, LEM (Leprosy Elimination Monitoring), proposto pela Opas/OMS, tem como objetivos avaliar a qualidade das ações de saúde oferecidas aos pacientes pelos serviços PQT (poliquimioterapia) e validar indicadores de tipo epidemiológico e operacional manejados pelo nível central do controle. A metodologia do LEM se baseia na análise de dados de prontuários clínicos, entrevistas com pacientes e responsáveis por unidades de saúde que prestam atendimento, além da revisão da informação estatística disponível. Estas ações são executadas por visitas de terreno do monitor treinado, através da aplicação de formulários padronizados.

O exercício LEM do Estado de São Paulo foi realizado em julho de 2003, sob a responsabilidade do Instituto Lauro de

Souza Lima (ILSL), envolvendo sete unidades de saúde dos municípios de Guarujá, Jundiaí, Santo Anastácio, São José do Rio Preto e São Paulo, selecionados por um processo prévio de amostragem de tipo aleatório.

A análise dos dados obtidos no exercício permite alguns comentários sobre a situação da endemia de hanseníase em São Paulo (2004). Nesse sentido, verifica-se que o Estado encontra-se no grupo de unidades federadas que pode atingir a meta de eliminação da doença ainda em 2005, uma vez que a meta prevê uma taxa de prevalência menor que um caso por 10.000 habitantes.

A cobertura geográfica dos serviços de PQT é de apenas 7,15%, valor que pode ser considerado aceitável, dado o cenário de baixa prevalência da hanseníase e de extensa cobertura de serviços gerais de saúde. Entretanto, a cooperação do Programa de Saúde da Família (PSF) para a atenção em hanseníase melhoraria o acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento. A taxa de cura dos pacientes em São Paulo (75%), verificada pela análise das coortes de tratamento, poderia ser maior, fazendo com que casos em condição de alta saiam da prevalência e permitindo uma aproximação mais rápida da meta de eliminação.

A disponibilidade da medicação específica (PQT) nas unidades é excelente, bem como a de inespecífica (corticoesteróides, talidomida, etc.) e outros insumos. A resolutividade das unidades de saúde envolvidas com o atendimento à hanseníase é alta, o que significa uma atenção integral de muito boa qualidade aos pacientes em todas as suas necessidades e intercorrências (episódios de reação, prevenção de incapacidades e reabilitação). Como consequência, a taxa de abandono do tratamento é baixa (4,86%), o que revela uma boa aderência dos pacientes ao serviço.

Apesar desses pontos positivos, observou-se que ainda é baixa a flexibilidade das unidades de saúde no sentido de facilitar o acesso dos pacientes aos medicamentos da PQT para o tratamento auto-administrado, promovendo assim o incremento da responsabilidade individual, da família e da comunidade para um tratamento oportuno, completo e regular de todos os casos.

Como conclusão, verifica-se que o perfil da endemia hanseníase em São Paulo apresenta resultados positivos com vistas à proposta de eliminação dessa doença e reflete a atuação consistente de um programa de controle e eliminação bem estruturado e adequadamente conduzido nos últimos anos.

Referências bibliográficas:

BRASIL – Ministério da Saúde – Área Técnica de Dermatologia Sanitária – Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase – Brasília, novembro, 2003.

SÃO PAULO – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Instituto Lauro de Souza Lima – Relatório Exercício LEM – Região Sudeste (págs. 127-141 – Relatório de Assessoria – LEM – São Paulo) – Bauru, 2004.

Autores: Eidt, L²; Lombardi, C¹; Melo, LC¹; Virmond, M¹;

¹ Instituto Lauro de Souza Lima – SES/SP – Bauru

² Secretaria de Estado da Saúde – Rio Grande do Sul

Dengue: Velhos e Novos Desafios

Com a ocorrência de epidemias no Rio de Janeiro, Ceará e Alagoas, em 1986, o dengue passou a ser doença de notificação compulsória no Estado de São Paulo. Em 1987, foi confirmada transmissão no distrito rural de Ribeira do Vale, município de Guararapes, com 30 casos confirmados, e em Araçatuba, com 16. Nos anos 1988 e 1989 foram registrados apenas casos importados.

Desde o final de 1990, ocorrem epidemias todos os anos. A incidência tem variado de 0,12 a 137,3 casos por 100.000 habitantes, sendo as maiores incidências constatadas em 2001 e 2002, com 192 e 185 municípios com transmissão, respectivamente, correspondendo a 38% das cidades paulistas com infestação domiciliar por *Aedes aegypti*.

Distribuição de casos confirmados de dengue e municípios com transmissão. Estado de São Paulo, 1998 a 2004

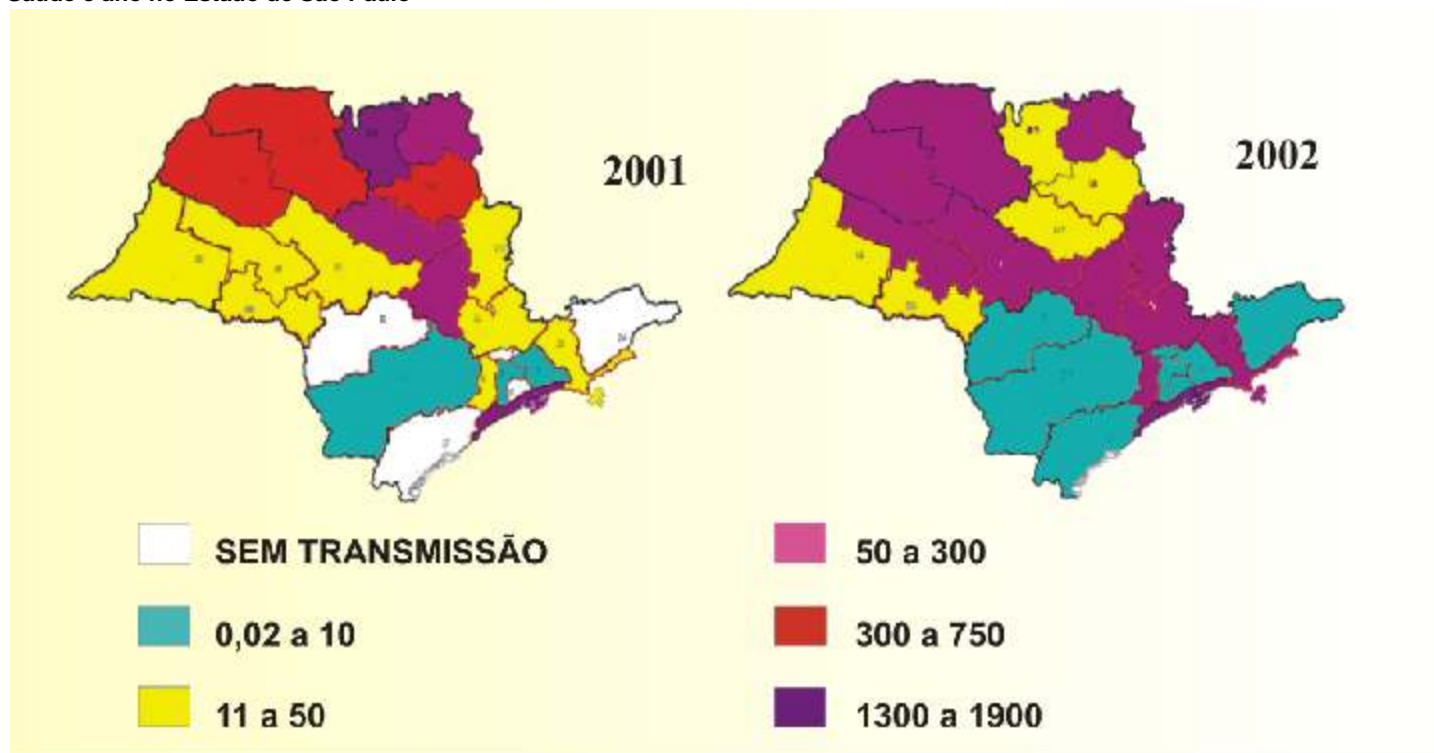
ANO	Nº DE CASOS	INCIDÊNCIA/100.000 HAB	Nº MUNICÍPIO/TRANSMISSÃO
1998	10.630	30,2	102
1999	15.082	42,3	101
2000	3.520	9,4	64
2001	51.472	137,3	192
2002	42.368	111	185
2003*	20.292	51,6	166
2004*	1.209	3,08	166

*Dados provisórios até 19/04/2004

Até 1998, os municípios com transmissão de dengue concentravam-se no interior do Estado, regiões Norte e Centro-Oeste. Desde então, epidemias de dengue começaram a ocorrer também na Baixada Santista, Litoral Norte e na região Leste. Em 2002, 70% dos casos ocorreram nos municípios da Baixada Santista, que apresentam condições ambientais propícias para proliferação do *Aedes aegypti*. Em 2001, teve início a transmissão de dengue nas cidades da Grande São Paulo, onde há um processo de urbanização desorganizado e o abastecimento de água é precário nas regiões periféricas dos municípios, dificultando as ações de controle. Diante desse quadro, houve aumento da incidência de dengue no Estado em 2001 e 2002, juntamente com a entrada em circulação dos sorotipos DEN-1, DEN-2 e DEN-3. Havendo, portanto, condições necessárias para ocorrência de dengue hemorrágico.

Em 2004 há uma situação estável em São Paulo em relação à transmissão da dengue, com uma incidência de 3,08 por 100 mil habitantes. Entretanto, no município de Potim houve uma incidência de 3612,63 por 100 mil habitantes, mostrando que a situação ainda é preocupante, uma vez que a dispersão do vetor está cada vez mais rápida em municípios vulneráveis à transmissão da doença, com população totalmente susceptível aos três sorotipos.

Incidência de Dengue (por 100 mil/hab.), segundo Regional de Saúde e ano no Estado de São Paulo



Desde 1996, vem sendo detectada a circulação de vírus dos sorotipos 1 e 2 no Estado de São Paulo. No Brasil, além da ampla circulação destes dois sorotipos, em 2001 houve a introdução do sorotipo 3 no Estado do Rio de Janeiro. Em 2002, ocorreu a introdução do sorotipo 3 em território paulista, sendo detectada a circulação deste sorotipo em 20 cidades, o que corresponde a 62,5% dos municípios que realizaram isolamento viral.

Casos hemorrágicos de dengue vêm ocorrendo no Estado desde 1999, quando foi detectado o primeiro caso. Em 2000, 2001, 2002 e 2003 ocorreram, respectivamente, 2, 5, 30 e 22 casos. A letalidade em 2001 foi de 20%, mostrando a detecção apenas de casos de febre hemorrágica de dengue (FHD) graus III e IV e desconhecimento dos profissionais médicos no tratamento da doença.

Com o objetivo de melhorar a detecção de FHD e reduzir a letalidade da doença foram realizadas capacitações em atenção ao paciente com dengue para os médicos das unidades de saúde, no período pré-epidêmico. Para tanto, foram selecionados os municípios com maior incidência de dengue e/ou circulação de mais um sorotipo do vírus. Em 2002 foram treinados 796 profissionais e em 2003, 950. Posteriormente, foi realizado acompanhamento da qualidade da notificação, investigação e tratamento dos casos através das FIEs (Ficha de Investigação Epidemiológica).

Em 2002 foram notificados 179 casos de FHD, com 30 casos confirmados, e em 2003, 79 notificados com 22 confirmados, todos por critério laboratorial. Em relação ao estadiamento da doença, observou-se um aumento do percentual de casos leves; foram 6 casos grau I e 12 casos grau II, em 2002, e 5 casos grau I e 14 casos grau II, em 2003, o que corresponde a 60% e 86% dos casos confirmados. A letalidade

foi de 20% em 2002, e 4,5% em 2003. Em relação à faixa etária, em 2002 variou de 8 meses a 71 anos, média de 27,7 anos, e de 17 a 74 anos em 2003, média de 36,6 anos.

No ano passado, houve a descentralização dos sistemas de informação laboratorial do diagnóstico de dengue. Isso permitiu maior agilidade no repasse dos resultados laboratoriais, auxiliando nas ações de vigilância e controle de dengue.

Observa-se, este ano, uma redução de 50% dos casos, apesar das maiores incidências estarem concentradas nos municípios da Grande São Paulo. Os dados mostram a necessidade de manutenção das ações de capacitação nas áreas de atendimento básico ao paciente, vigilância e controle da doença, com o objetivo de impedir a sua endemização e evitar casos de FHD e Síndrome do Choque do Dengue.

Autora: Spinola R, Divisão de Zoonoses, CVE

Nota do editor:

Dengue ainda é um problema sério. Apesar de uma significativa redução da transmissão em 2004, isso não significa uma redução dos fatores de risco. O *Aedes aegypti* ainda está disseminado pelo Estado, ganhando novas áreas. A ocorrência de um surto no Vale do Paraíba, no município de Potim, ainda que rapidamente controlado, é um sinal de que as áreas com potencial de transmissão de dengue ainda são numerosas e a doença poderá causar problemas nos anos vindouros, se não forem intensificadas as ações de controle.

Silva LJ, ed.

Inquérito Epidemiológico de Exposição ao Chumbo em População Residente no Entorno de Empresa de Acumuladores – Bauru, São Paulo

A Diretoria Regional de Saúde de Bauru (DIR X) recebeu da Cetesb (agência de controle ambiental, ligada à Secretaria de Estado do Meio Ambiente), em 1º de fevereiro de 2002, um documento informando a interdição do setor metalúrgico de empresa de acumuladores, devido à constatação de chumbo na atmosfera, proveniente de seu processo industrial, em valores acima dos padrões estabelecidos. A companhia solicitava à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo um estudo epidemiológico para avaliação das condições de saúde dos moradores residentes nas imediações da empresa.

Os grupos de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária da DIR X, com suporte técnico da Divisão de Doenças Ocasionalmente pelo Meio Ambiente (Doma), do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE) e do Centro de Vigilância Sanitária (CVS), elaboraram um plano de trabalho para verificar as possíveis fontes de exposição ao chumbo, avaliar a exposição humana a este metal e identificar as necessidades de intervenção tanto do ponto de vista da saúde humana como do meio ambiente. As ações foram discutidas e executadas em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

O estabelecimento de padrões de referência

Na primeira abordagem para verificar a necessidade ou não de um amplo estudo de exposição, optou-se por fazer um estudo-piloto para conhecer os níveis de chumbo na população, uma vez que não se dispõe de níveis referenciais na população brasileira. Foram estudadas crianças por se constituírem um grupo de maior risco, devido a maior absorção do chumbo e à sensibilidade para os efeitos deste metal no organismo. O chumbo afeta o sistema nervoso, provocando em crianças retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, diminuição da audição e do quociente de inteligência, mesmo em baixas concentrações.

Foram selecionadas 30 crianças de 2 a 7 anos, que sempre residiram ou residiam há mais de quatro anos na área próxima à empresa, "grupo exposto", e um "grupo controle" composto por outras 30 crianças residentes a mais de 11 km da empresa e com as demais características semelhantes às do "grupo exposto". Buscava-se averiguar se as médias de chumbo no sangue eram maiores nas crianças do "grupo exposto". Os exames foram realizados pelo Instituto Adolfo Lutz - Central, por técnica de espectrofotometria de absorção atômica com forno de grafite. Os resultados mostraram que os níveis de chumbo no sangue dos integrantes do "grupo exposto" – com

valores médios de 7,72 µg/dl – eram maiores que os das crianças do "grupo controle", cujos valores estavam abaixo do limite de detecção do método (5 µg/dL).

No "grupo exposto" havia uma forte correlação entre a distância da empresa e os níveis de chumbo no sangue ($R=0,74$), indicando que na medida em que as residências se afastavam da fonte, a plumbemia nas crianças decrescia. Todas as crianças com níveis de chumbo no sangue superiores ou iguais a 10 µg/dl foram reavaliadas, buscando-se outras fontes de exposição. No "grupo controle" foi encontrada uma criança, retirada da amostra, com história de exposição anterior a chumbo. Estes resultados indicaram a necessidade de aprofundar a investigação.

A avaliação da exposição

Optou-se pela realização de um estudo transversal, analisando inicialmente todas as crianças (de 0 a 12 anos) residentes no raio de mil metros da empresa, podendo ser estendido de acordo com os resultados encontrados no inquérito epidemiológico. Foi aplicado questionário, respondido pelos responsáveis do domicílio, por meio do qual se investigou, entre outras questões, fatores de exposição ao chumbo no local e outras possíveis fontes convencionais de exposição não relacionadas à área.

Estabeleceu-se como limite de intervenção plumbemias maiores ou iguais a 10 µg/dl, na medida em que este é o limite recomendado, para crianças, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e pela Comunidade Européia. Concomitantemente às primeiras análises de plumbemia, a DIR X desencadeou medidas de investigação clínica e tratamento das crianças, agregando à rede pública municipal várias instituições. Entre elas, o Departamento de Neuropediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp), o Departamento de Psicologia da Unesp, a Faculdade de Odontologia da USP e o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP (Centrinho), as três unidades em Bauru, estruturando-se uma equipe composta de médicos (neuropediatras, otorrinolaringologistas, pediatras, hematologistas), dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e equipes auxiliares. Esta equipe vem garantindo a avaliação e o acompanhamento das crianças.

Todos os participantes da investigação foram informados acerca da finalidade da pesquisa e concordaram por escrito com os procedimentos realizados. Foram investigadas 825 crianças, uma das quais com história de exposição a chumbo na residência, retirada das análises.

Análise dos dados

Para permitir o cálculo das médias de todas as amostras, os resultados de plumbemia inferiores ao limite de quantificação do método (5 µg/dl) foram substituídos pela metade, ou seja, 2,5 µg/dl. Os dados foram analisados segundo as características de pessoa (sexo, idade,

hábitos, ocupação dos pais); lugar (presença de asfalto nas ruas, uso da água, consumo de alimentos do local) e tempo (de moradia, permanência no local). Foram calculados níveis médios de plumbemia para cada variável e testado se as diferenças eram significativas. Também foi testada a correlação entre distância da fonte e idade e níveis de plumbemia. Em todo o estudo estabeleceu-se como significativo o valor de $p < 0,05$. Os dados foram analisados pelos pacotes estatísticos EPI-Info, versão 6.4, e SPSS, versão 8.0.

Resultados

As análises de chumbo no sangue das 824 crianças acusaram nível médio de $9,28\mu\text{g}/\text{dl}$. Destas, 295 (35,8%) tiveram plumbemias iguais ou superiores a $10\mu\text{g}/\text{dl}$. *Screening* realizado pela Academia Americana de Pediatria (Pediatrics, 101:6,1998) em crianças de 15 anos encontrou prevalência de 4,4% de crianças com plumbemia maior ou igual a $10\mu\text{g}/\text{dl}$. Do total analisado, foram encontradas 151 crianças com plumbemia entre $10\mu\text{g}/\text{dl}$ e $14\mu\text{g}/\text{dl}$ (18,3%), 73 entre $15\mu\text{g}/\text{dl}$ e $19\mu\text{g}/\text{dl}$ (8,8%), 68 entre $20\mu\text{g}/\text{dl}$ e $39\mu\text{g}/\text{dl}$ (8,2%) e 3 apresentaram plumbemia de $40\mu\text{g}/\text{dl}$ ou mais (0,36%).

Observou-se, também, uma forte correlação entre distância da empresa e níveis de chumbo no sangue ($R=0,52$), indicando que à medida em que as residências se afastam da fonte os níveis de chumbo no sangue decrescem. Encontrou-se, ainda, maior risco de plumbemias mais elevadas, como descrito na literatura, em crianças de menor idade – excluídas as de colo (0 a 9 meses) –, o que foi relacionado aos hábitos mão-boca comuns em faixas etárias mais jovens. Essas crianças, vivendo em solo contaminado, têm maior chance de apresentar plumbemias mais elevadas que crianças maiores.

O chumbo não degrada, permanecendo no ambiente por longos períodos quando não ativamente retirado. Em regiões asfaltadas, as chuvas carregam mais facilmente este metal, diluindo sua concentração e a conseqüente exposição. Entretanto, nos locais não asfaltados esse carregamento é menor, permanecendo o chumbo no solo e se constituindo em fonte de exposição complementar. A população de estudo foi então dividida em "área com" e "área sem asfalto", verificando-se as médias de plumbemia para os dois grupos. A média de chumbo no sangue do grupo residente na área asfaltada foi de $4,98\mu\text{g}/\text{dl}$ (309 crianças), enquanto que na área não asfaltada foi de $11,84\mu\text{g}/\text{dl}$ (515 crianças).

Através de regressão logística foram analisados os diversos fatores de risco de aumento de plumbemia. Residir em área não asfaltada apresentou Odds Ratio (OR) de 7,46 (Intervalo de Confiança de 4,60;12,10), demonstrando que estas crianças têm um risco em torno de sete vezes e meia maior para plumbemias superiores a $10\mu\text{g}/\text{dl}$. As demais variáveis que apresentaram significância estatística foram: distância da empresa (OR=2,42), brincar na terra (OR=1,55) e pessoa da família trabalhando na empresa (OR=1,52).

As análises de solo realizadas pela Cetesb, em diversas profundidades, encontraram níveis de chumbo acima do limite de intervenção apenas nas amostras mais superficiais (0-2cm). Todos estes fatores indicaram que a contaminação é em solo superficial, sendo o contato com a terra fator determinante dos níveis de plumbemia.

Como medidas de controle foram recomendadas e efetuadas, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com outras secretarias, a retirada da camada superficial do solo (0 a 5 cm) na área não asfaltada e dos quintais de terra das moradias (231 caminhões de terra); aspiração interna das residências (164 casas); revestimento cimentado no interior das residências que possuíam piso de terra (3 casas); limpeza e vedação de caixas d'água (82); asfaltamento das ruas (ainda não realizado); e educação ambiental. Estes trabalhos foram concluídos em 13 de dezembro de 2003.

Após seis meses da remediação do solo, foi desencadeada a reavaliação dos níveis de plumbemia das crianças, que ainda está em curso. A fábrica continua interdita pela Cetesb, que recomendou diversas medidas de controle de emissões, e permanecerá assim até que possa vir a funcionar sem prejuízo da saúde da população do entorno.

Autoras: Simonetti, MH, Vigilância Epidemiológica de Bauru - DIR X; e Freitas C, Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente - CVE



NOTAS

SIMPÓSIO ESTADUAL DE INFECÇÃO HOSPITALAR

No próximo dia 15 de maio comemora-se no Brasil o Dia Nacional de Controle de Infecção Hospitalar. Esta é uma data oportuna para relembrar o trabalho do médico húngaro Ignaz Phillip Semmelweis, precursor das ações de controle de infecção hospitalar, mais precisamente através da implantação sistemática da lavagem de mãos, obtendo taxas significativas de redução da mortalidade puerperal em um hospital de Viena (Áustria). Além deste trabalho pioneiro, inúmeros estudos científicos demonstram a importância da prática de lavagem de mãos na prevenção da aquisição de infecções em hospital e outras instituições de saúde.

Em comemoração à data e com o intuito de congruar profissionais que atuam na área, o Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, realizará, em 11 de maio, o Simpósio Estadual de Infecção Hospitalar, com a presença de membros do Comitê Estadual de Infecção Hospitalar e outros profissionais de instituições renomadas. Na ocasião serão apresentados os trabalhos desenvolvidos no âmbito do programa, bem como outros temas de relevância, entre os quais o reuso de artigos médico-hospitalares de uso único e a epidemiologia e prevenção de patógenos-problema no ambiente hospitalar.

O evento, que tem como objetivo reunir profissionais de saúde que atuam na área de controle de infecção hospitalar, tanto dos hospitais públicos e privados como dos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária do Estado e dos municípios paulistas, acontecerá no Centro de Convenções Rebouças, em São Paulo (SP). As inscrições são gratuitas e podem ser feitas pelo fax (11) 3082-9359 e 3082-9395. Informações complementares e a programação do evento estão disponíveis no site www.cve.saude.sp.gov.br e pelo telefone (11) 3081-7526.

SIMPÓSIOS DE MENINGITES BACTERIANAS

A Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, do CVE, realiza nos próximos dias 24 de maio e 17 de junho, nas cidades de São Paulo e São José do Rio Preto, respectivamente, o III Simpósio sobre Meningites Bacterianas. Dirigidos aos profissionais de saúde dos setores público e privado, das áreas de assistência, vigilância e laboratório, os dois eventos focam especialmente os núcleos de vigilância hospitalar, CCIH, médicos e enfermeiros de pronto-socorro e pronto atendimento e técnicos dos laboratórios de referência. Durante os simpósios, serão abordadas: situação epidemiológica das meningites bacterianas no Brasil e no Estado; vacinas disponíveis e indicação em surtos e epidemias; diagnóstico laboratorial; quadro clínico e tratamento; e os 100 anos da doença. A distribuição dos sorotipos prevalentes e a resistência bacteriana do pneumococo em São Paulo também serão abordadas. Os eventos acontecerão no

Centro de Convenções Rebouças, na Capital, e no Ipê Park Hotel, em Rio Preto, das 8 horas às 13h30. A ficha de inscrição e programação estão disponíveis no site www.cve.saude.sp.gov.br (para o evento do dia 17, apenas a partir do dia 12).

RENOVAÇÃO PAM – DST/AIDS

Teve início em abril o processo de renovação dos Planos de Ações e Metas 2004, para incentivo às ações em DST e Aids nos 138 municípios paulistas qualificados. Os instrumentos para elaboração do PAM, disponíveis nos sites www.aids.gov.br/incentivo e www.crt.saude.sp.gov.br, devem ser entregues após aprovação nos Conselhos Municipais de Saúde, nas respectivas DIRs, até o dia 20 do mês em que foi publicada a portaria de qualificação (10º mês de recebimento do recurso). O cumprimento desses prazos é a garantia de que o processo de implementação da política de incentivo não sofrerá perda de continuidade, assegurando respostas efetivas dos municípios à epidemia de Aids no Estado de São Paulo.

CLEMENTE FERREIRA PROMOVE PALESTRAS NO PROJETO QUARTA-FEIRA

O Instituto Clemente Ferreira promove a reciclagem dos seus profissionais por intermédio do Projeto Quarta-Feira. São palestras que acontecem sempre nesse dia da semana, a partir das 10 horas, proferidas por especialistas do próprio instituto ou convidados, tendo como público-alvo todos os funcionários do instituto. Antes das palestras são realizadas discussões de casos. A programação do mês de maio tratará dos seguintes temas: Pneumoconiose, Fibrose Cística – Diagnóstico e Tratamento, Resistência Bacteriana e Patógenos Pulmonares. No mês de junho os temas serão: Efeitos Colaterais dos Tuberculostáticos, Diagnóstico Diferencial do Pulmão nas Colagenoses, Tratamento de Manutenção da Asma na Criança, Por quê dos Testes Alérgicos na Abordagem do Paciente Atópico e Complicações Respiratórias das Distrofias Musculares.

FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA

O Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids) promove ciclo de palestras dentro do Projeto "Fortalecimento Institucional dos Comitês de Ética em Pesquisa". No mês de maio serão apresentados os temas: dia 13 - Inserção da Pesquisa na Rotina do Trabalho e Experiências Vividas e Espaços a Ocupar; dia 25 - O Desenvolvimento de Pesquisas com Seres Humanos no Brasil e Conflito de Interesses. Todas as palestras acontecerão no prédio do CRT (rua Santa Cruz, 81, Vila Mariana, São Paulo, SP), das 9 às 11 horas. As inscrições podem ser feitas pelo telefone (11) 5087 9837.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

PERCENTUAL DE DENGUE HEMORRÁGICO NO ESTADO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 1999 a 2004

ANO	DENGUE			ÓBITOS	LETALIDADE
	CLÁSSICO	HEMORRÁGICO	%		
1999	15082	1	0,007	0	0,00%
2000	3532	2	0,05	1	50%
2001	51472	5	0,01	1	20%
2002	42368	31	0,04	5	16%
2003	20245	22	0,1	1	4,5%
2004*	1209	0	0	0	0,00%

Fonte: Divisão de Zoonoses/CVE *Dados provisórios até 19/4/2004

CASOS E PORCENTAGENS DE DOENÇA MENINGOCÓCICA POR SOROGRUPO ESTADO DE SÃO PAULO - 1990 a 2003

ANO \ SOROG	B		C		OUTROS*		TOTAL	
	C	%	C	%	C	%	C	%
1990	331	62,3	179	33,7	21	4	531	100
1991	260	45,8	284	50	24	4,2	568	100
1992	357	57,3	246	39,5	20	3,2	623	100
1993	381	58,2	259	39,5	15	2,3	655	100
1994	430	59,7	265	36,8	25	3,5	720	100
1995	498	57	365	41,8	10	1,1	873	100
1996	581	61	349	36,7	22	2,3	952	100
1997	545	61,6	285	33,3	45	5,1	885	100
1998	371	63,1	199	33,8	18	3,1	588	100
1999	378	64	191	32,3	22	3,7	591	100
2000	368	59,7	222	36	26	4,2	616	100
2001	245	53,7	182	39,9	29	6,4	456	100
2002	233	51,1	197	43,2	26	5,7	456	100
2003	162	38,6	239	56,9	19	4,5	420	100

* Includos as "não típaveis"

Obs: total = total de sorogrupados

Fonte : Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE, dados em 15/4/04

CASOS CONFIRMADOS, INCIDÊNCIA* ÓBITOS E LETALIDADE POR RUBÉOLA ESTADO DE SÃO PAULO - 1992 a 2004**

ANO	CASOS	COEF	ÓBITOS	LETAL
1992	216	0,67	1	0,46
1993	539	1,65	1	0,19
1994	794	2,39	0	0
1995	1029	3,05	1	0,1
1996	142	0,42	0	0
1997	645	1,87	1	0,16
1998	406	1,15	0	0
1999	434	1,21	0	0
2000	2566	7,06	0	0
2001	1490	4,08	0	0
2002	258	0,7	0	0
2003***	166	0,43	0	0
2004***	16	0,04	0	0

Fonte: SVE - D.D.T. Respiratória-CVE (1992 a 1996) D.D.T. Respiratória-CVE - Fluxo Paralelo (1997) Sinan+IAL (1998 a 2004) - População: IBGE

* Por 100.000 habitantes **Dados provisórios até 5/4/04