

NESTA EDIÇÃO

A Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo: Situação Atual.....pág. 1

Acidente com Material Biológico: o que há em Prevençãopág. 5

Quantos são os Adoecidos pelo Trabalho no Brasil e em São Paulo? Conte pra Gente! Conte com a Gente!pág. 9

O Aconselhamento em DST para Adolescentes do CRT-DST/Aids sob Novo Olharpág. 11

Investigação de Surto de Tuberculose em Instituição Fechada, no Município de São Paulo - Dados Preliminarespág. 15

Sarampo no Estado de São Paulo - Campanha de Vacinação de Seguimento - 21/08/04.....pág. 17

Notaspág. 19

Dados Epidemiológicospág. 20



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, sala 1.218
CEP: 01246-902
Tels.: (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)

Artur Kalichman
Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids

Coordenador
Luiz Jacintho da Silva

Osmar Mikio Moriwaki
Superintendência de Controle de Endemias

Editor
Luiz Jacintho da Silva

Maria Maeno
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Conselho Editorial
Carlos Magno C. B. Fortaleza
Centro de Vigilância Epidemiológica

Coordenação Editorial

Marisa Lima de Carvalho
Centro de Vigilância Sanitária
Carlos Adalberto Sannazzaro
Instituto Adolfo Lutz

Cecilia Abdalla
Cláudia Malinverni
Sylia Rehder
Núcleo de Comunicação - GTI

Neide Yume Takaoka
Instituto Pasteur

Projeto Gráfico/Editoração Eletrônica

Marcos da Cunha Lopes Virmond
Instituto Lauro de Souza Lima
Jorge Afiune
Instituto Clemente Ferreira

Marcelo F. Monteiro - Fesima
Marcos Rosado - CVE/Nive
Zilda Souza - CVE/Nive

A Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo: Situação Atual

Vera Lucia Fonseca de Camargo Neves
Superintendência de Controle de Endemias/Sucen-SES/SP

A Leishmaniose Visceral Americana (LVA), no Estado de São Paulo, até 1998, era conhecida pela detecção de casos importados, oriundos de outras regiões endêmicas do país. A partir daquele ano, registrou-se a enzootia canina no município de Araçatuba, região Oeste do Estado, no qual foi identificado, por meio de técnicas moleculares, a ocorrência da *Leishmania chagasi*. Posteriormente, em 1999, foi registrado o primeiro caso humano de LVA em São Paulo e, desde então, a doença vem ocorrendo em municípios situados na região do Planalto Ocidental Paulista, nos quais a transmissão tem feição exclusivamente urbana. A espécie envolvida com a transmissão é a *Lutzomyia longipalpis* tendo sido registrada pela primeira vez em área urbana em 1997, no município de Araçatuba (Camargo-Neves e Katz 1999, Costa *et al.* 1997, Tolezano *et al.* 1999).

A *L. longipalpis*, até aquele ano, havia sido detectada apenas em zonas rurais de municípios situados no Planalto Atlântico Paulista. Esta espécie foi registrada em zona urbana de 44 municípios da região Oeste do Estado (figura 1). Até o momento, foi a única espécie relacionada com os focos de transmissão da doença, embora na Região Metropolitana de São Paulo a ocorrência da enzootia canina (Tolezano *et al.* 2003) leva a supor que outra espécie de flebotomíneo possa estar envolvida com a transmissão. Entre os flebotomíneos coletados nos municípios desta região (Cotia, Embu e Itapeverica da Serra), destacam-se *Pintomyia fischeri*, *Migonemyia migonei* e *Evandromyia edwardsi*, nesta última, embora coletada em pequeno número, foram encontradas formas flageladas no intestino de cinco exemplares coletados em Cotia (Ruiz & Galati comunicação pessoal). Porém, ainda não foi elucidado o mecanismo de transmissão nessa região.

Figura 1
Distribuição de *Lutzomyia longipalpis* no Estado de SP, 1970 a 2004



Fonte: Superintendência de Controle de Endemias Sucen-SES/SP

Verificou-se que a expansão e a adaptação do vetor aos ecótipos urbanos vêm ocorrendo lentamente, tendo sido registrado, inicialmente, em municípios contíguos à Araçatuba e, depois, naqueles que estabeleceram fluxo migratório de pessoas e mercadorias com os municípios da região de Araçatuba. Posteriormente, foi detectada em outras regiões administrativas, como Bauru, Marília e Presidente Prudente, seguindo pelos grandes eixos rodoviários e ferroviários.

O ambiente peridomiciliar destaca-se como o local onde o vetor é encontrado em maior densidade (Rodas *et al.* 2001). Está relacionado à presença de animais domésticos, sendo este considerado o local mais importante de criação e de abrigo de *L. longipalpis* em área urbanizada (Sherlock 1994). As fêmeas desta espécie têm demonstrado alta cinofilia, como também antropofilia (Camargo-Neves *et al.* 2002), confirmando assim seu papel de vetor da LVA.

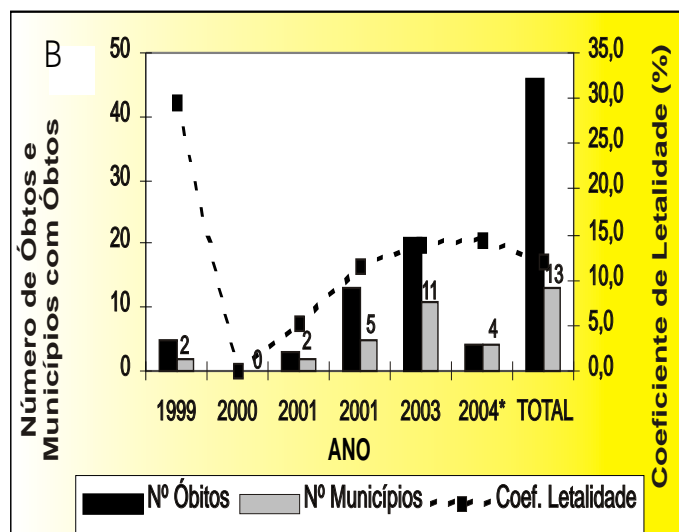
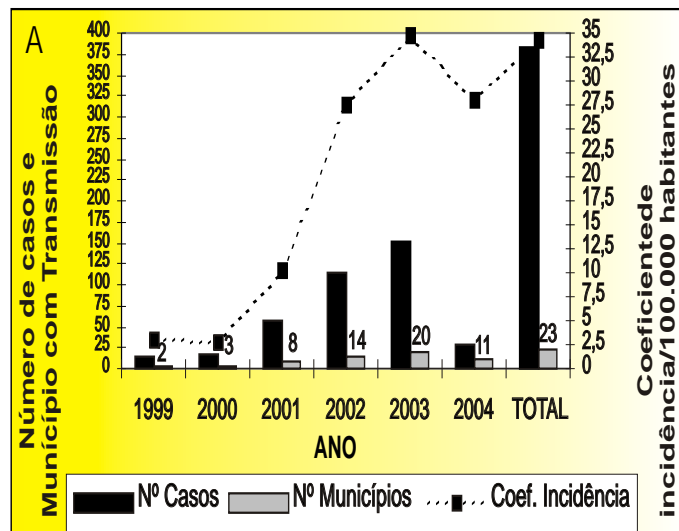
Desde a sua primeira detecção em 1999 até maio de 2004, a LVA foi registrada em 23 municípios das regiões de Araçatuba, Bauru e, mais recentemente, Marília. Destacando-se a transmissão em Bauru (a aproximadamente 200 Km do município de Araçatuba), a partir de 2003, com 18 casos acumulados no período e dois óbitos. Em 2002, a transmissão humana foi verificada em 14 municípios: 13 situados na região de Araçatuba e um na de Bauru. Em quatro deles (Avanhadava, Bilac, Coroados e Promissão) a transmissão foi detectada pela primeira vez em 2002, e em dois (Birigüi e Guararapes), a doença na população humana já havia sido detectada em 1999 e em 2000, respectivamente. Nestes dois municípios, a descontinuidade das ações de limpeza urbana e do programa de eliminação de cães infectados, detectados através de inquéritos sorológicos, foram os fatores que propiciaram a reincidência da doença humana.

Em 2003, foram registrados casos em novos municípios da região de Araçatuba (Pereira Barreto e Santo Antônio do Aracanguá), além do primeiro caso humano na região de Marília, no município de Guarantã. Cabe ressaltar que nos municípios de Pereira Barreto e Santo Antônio do Aracanguá, monitorados quanto à presença do vetor, até 2003 a positividade de imóveis para a *L. longipalpis* era menor do que 10% e pequeno número de exemplares/domicílio era capturado. A partir deste mesmo ano, verificou-se aumento da positividade de imóveis, assim como do número de flebotomíneos capturados/imóvel, indicando uma melhor adaptação do vetor ao ambiente urbano. O fato sugere que na medida em que a adaptação do vetor ocorre, aumenta o risco do estabelecimento de transmissão da LVC e, conseqüentemente, da transmissão para seres humanos.

Até maio de 2004, foram registrados 382 casos e 46 óbitos, em 13 (56,5%) municípios. No período, verificou-se não só a expansão da doença pelos municípios paulistas como também o aumento do número de casos (figura 2). Os coeficientes de incidência e letalidade para o Estado foram 34,3 casos/100.000 habitantes (variando entre 2,7, em 2000, e 34,7 casos/100.000/hab., em 2003) e 12,0% (29,4 óbitos/100 casos, em 1999, e 5,3%, em 2001), respectivamente (figura2).

Figura 2

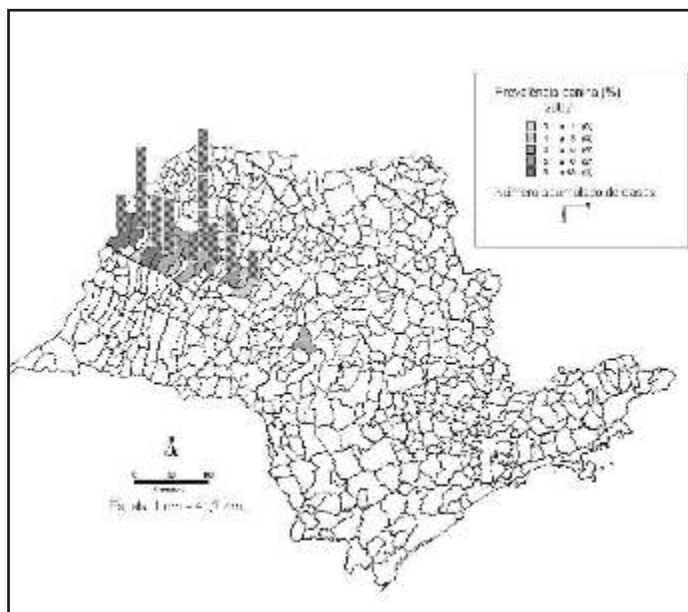
Distribuição do número de municípios com transmissão de Leishmaniose Visceral Americana, de casos e coeficientes de incidência por 100.000 habitantes (A) e do número de municípios com registro de óbito por LVA, de óbitos e coeficiente de letalidade por 100 casos (B), segundo ano com transmissão. Estado de São Paulo, 1999 a maio de 2004



A Leishmaniose Visceral Canina (LVC), até 2002, havia sido registrada em 29 municípios. Quando comparados o número de casos humanos acumulados de 1999 a 2002 aos municípios que registraram LVC em 2002 (figura 3), verifica-se que o maior número de casos ocorreu naqueles municípios com as maiores prevalências caninas. Verifica-se, também, uma relação espaço-temporal, na qual a LVC, na grande maioria das vezes, precedeu a detecção de casos humanos, principalmente em municípios onde o vetor já havia sido registrado anteriormente. Embora não se possa estabelecer uma relação causa-efeito, a ocorrência da LVA em seres humanos tem também como fator de risco a ocorrência da LVC com prevalências superiores a 2% e esta, por sua vez,

à alta densidade da população canina. Esta associação já foi demonstrada por Camargo-Neves *et al.* (2001), estudando a distribuição espacial da doença canina e humana no município de Araçatuba, e Oliveira *et al.* (2001), em Belo Horizonte (MG).

Figura 3
Distribuição do número acumulado de casos humanos de Leishmaniose Visceral Americana, no período de 1999 a 2002, e prevalência canina, em 2002. Estado de São Paulo



Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac"-SES/SP

Para estudar a distribuição da doença segundo idade, critério diagnóstico e evolução do caso, considerou-se para análise os casos notificados em 2001 e 2002. Nesta análise, o maior número de casos ocorreu na faixa etária de menores de 5 anos, porém os maiores coeficientes de letalidade foram observados na faixa de 50 anos e mais (tabela 1). Estes indivíduos, na maioria das vezes, eram imunossuprimidos, devido a outras morbidades pré-existentes (figura 4), sendo a co-infecção LVA-HIV a mais importante delas. Em relação a estes casos, impõem-se, entre outras medidas de vigilância, o diagnóstico precoce dos casos de co-infecção.

Tabela 1
Distribuição de casos, óbitos e coeficiente de letalidade de Leishmaniose Visceral Americana por faixa etária. Estado de São Paulo, 2001 - 2002.

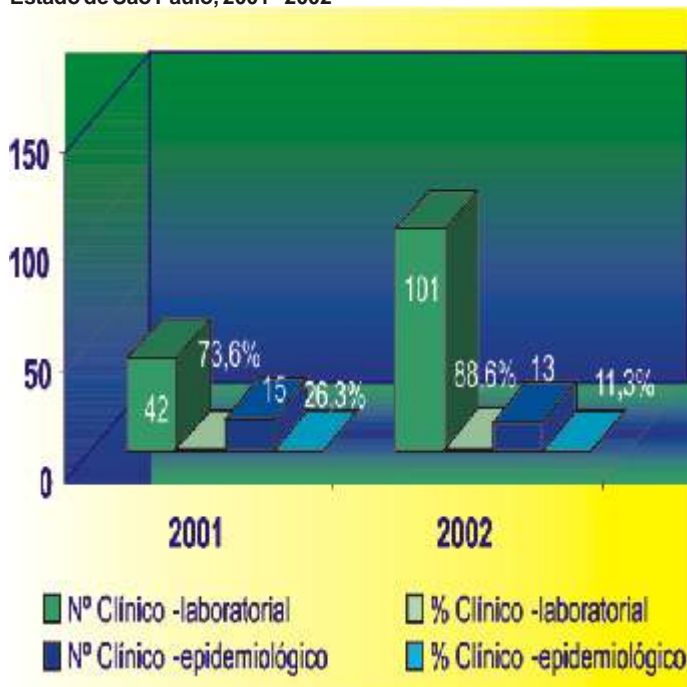
ANO FAIXA ETÁRIA	2001			2002		
	CASO	ÓBITO	LET*	CASO	ÓBITO	LET*
0 - 4	25	1	4,0	58	2	3,4
5 - 9	7	-	-	9	-	-
10 - 14	4	-	-	5	1	20,0
15 - 19	2	-	-	2	-	-
20 - 29	6	-	-	5	-	-
30 - 39	7	-	-	5	-	-
40 - 49	3	-	-	10	1	10,0
mais 50	3	1	33,3	20	9	45,0
total	57	2	3,5	114	13	11,4

Figura 4
Distribuição do número de óbitos por leishmaniose visceral americana e outras causas associadas, por faixa etária. Estado de São Paulo



Para tanto, o Programa Estadual de Controle de DST/Aids recomenda a realização de teste sorológico anti-HIV em todos os pacientes com LVA maiores de 13 anos, que residam nas áreas endêmicas. Com relação ao critério diagnóstico, verificou-se um incremento de 15% de casos com confirmação laboratorial em relação ao ano anterior (figura 5), refletindo a melhora no diagnóstico e no atendimento adequado ao paciente.

Figura 5
Distribuição do número e percentual de casos de Leishmaniose Visceral Americana confirmados, segundo critério diagnóstico. Estado de São Paulo, 2001 - 2002



O programa de controle da LVA aplicado no Estado consiste nas ações de vigilância epidemiológica, na detecção e tratamento oportuno dos casos humanos na vigilância entomológica e controle da população canina infectada e da densidade vetorial. No que se refere à vigilância entomológica, esta visa detectar a presença e dispersão de *L. longipalpis*, além de permitir conhecer sua distribuição nos centros urbanos e aglomerados rurais, monitorando, ainda, a variação sazonal dos níveis de infestação e adaptação do vetor. O controle da população canina consiste, principalmente, na eliminação dos animais errantes; na busca ativa e eliminação de cães infectados, detectados através de exame parasitológico ou sorologia positiva.

As ações de controle vetorial vêm sendo realizadas por meio de atividades de saneamento ambiental, em todos os setores do município em que o vetor já foi detectado. A fim de reduzir os locais prováveis de criação do vetor ou de repouso, está embasada no controle mecânico, a partir da retirada de matéria orgânica do peridomicílio e na poda de galhos e arbustos que possam fornecer condições de estabelecimento de locais para repouso e criação do vetor. O controle químico vem sendo realizado nos meses favoráveis ao aumento da densidade do vetor, restrito às áreas de ocorrência de casos humanos e que reúnam as condições que indiquem maior risco de manutenção do ciclo de transmissão da doença. Entre elas, alta densidade populacional de cães e prevalências caninas superiores a 2%, ocorrência de casos humanos há mais de dois anos e população com baixo nível sócio-econômico.

Apesar dos esforços para atingir os objetivos, a transmissão da LVA transcorre nas formas subclínicas, com o registro de casos novos todos os anos. O município de Araçatuba é o que registra o maior número de casos. Entre os municípios investigados anualmente, observa-se a expansão da doença. O risco de expansão aumenta a partir do momento em que grandes pólos de atração migratória passam a registrar a doença, como o município de Bauru e, mais recentemente, embora de pequeno porte, os municípios da região de Marília.

A descontinuidade das ações de controle, tanto aquelas relacionadas ao reservatório doméstico como ao vetor, é um fator que favorece a manutenção da transmissão. A LVA é uma doença de difícil controle, dado o longo período de incubação tanto no reservatório doméstico como no hospedeiro humano, não se sabendo ao certo onde poderá vir a ocorrer. Portanto, suas ações devem ser contínuas e avaliadas a cada ano, para que os objetivos propostos possam ser atingidos, principalmente o de redução da mortalidade humana.

Atualmente, estão sendo revisadas as normas adotadas pelo Estado, a fim de racionalizar os recursos e otimizar as ações para as áreas de maior risco de transmissão. Com esta avaliação, verificou-se, ainda, a necessidade da implantação de serviço de verificação de óbitos e da realização de treinamentos e de fóruns de discussão com a classe médica, para se atingir o principal objetivo do programa.

Neste sentido, a Secretaria de Saúde, através de seus

órgãos de vigilância, vem, ao longo deste último ano, elaborando o Manual de Controle da Leishmaniose Visceral Americana no Estado (que estará disponível em breve), no qual incorporou todo o conhecimento obtido com as ações desenvolvidas desde 1999. Com este manual, espera-se contribuir para uma melhor orientação dos técnicos da SES e dos municípios para o desenvolvimento das atividades de vigilância e controle da doença.

Referências Bibliográficas

1. Camargo-Neves V L F de, Katz G. Leishmaniose visceral americana no Estado de São Paulo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 32(Supl.II): 63-4, 1999.
2. Camargo-Neves V L F de, Katz G, Rodas L A C, Poletto D W, Lages L C, Spinola R M F, Cruz O G. Use of spacial analysis tools in the epidemiological surveillance of American visceral leishmaniasis, Araçatuba, São Paulo, 1998 – 1999. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 17 (5): 1263-7, 2001.
3. Camargo-Neves V L F de, Rodas L A C, Poletto D W, Gomes A de C. Feeding habit of *Lutzomyia longipalpis* in Araçatuba county, State São Paulo, Brasil. Entomología y Vectores; 9, (Supl. 1): 63, 2002.
4. Costa A I P da, Casanova C, Rodas L A C, Galati E A B. Atualização da distribuição geográfica e o primeiro encontro de *Lutzomyia longipalpis* em área urbana no Estado de São Paulo, Brasil; notas e informações. Revista de Saúde Pública; 31:632-3, 1997.
5. Oliveira C L, Assunção R M, Reis I A, Proietti F A. Spatial distribution of human and canine visceral leishmaniasis in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brasil, 1994 – 1997. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 17 (5): 1231-9, 2001.
6. Rodas L A C, Poletto D W, Camargo-Neves V L F. Utilização de arandilhas elétricas para a pesquisa de *Lutzomyia longipalpis* em áreas urbanas. Região de Araçatuba, SP, 1999 a 2001. Jornal Brasileiro de Patologia 37 (4): 195–196, 2001.
7. SES–SP Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. II Informe técnico: Leishmaniose Visceral Americana, 2003. Disponível em URL <http://www.sucen.sp.gov.br>.
8. Sherlock I A. Interação Ecológica da *Lutzomyia longipalpis* com a *Leishmania (L.) chagasi* na epidemiologia da leishmaniose visceral americana. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (Supl IV): 579–82, 1994.
9. Tolezano J E, Luvizotto M C R, Uliana S R B, Araújo M F L, Taniguchi H H, Barbosa J A R, Barbosa J E R, Pinto P L S, Floeter-Winter L, Shaw J J. Leishmaniose visceral americana (LVA) em Araçatuba, região Oeste do Estado de São Paulo. Investigações laboratoriais e diagnóstico de uma doença emergente em terras paulistas. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 32 (Supl): 218, 1999.
10. Tolezano J E, Rodrigues E, Barbosa J E R, Cunha E, Taniguchi H H, Barbosa J A R, et al.. Expansão da Leishmaniose visceral por terras paulistas. Focos de transmissão de LV canina em municípios da região metropolitana de de São Paulo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 36 (Supl I): 360, 2003.

Agradecimentos

Roberta M. Spínola e Lisete da Cruz Lage, do Centro de Vigilância Epidemiológica “Profº Alexandre Vranjac” (CVE), pelo fornecimento dos dados referentes a seres humanos, e à Adriana Lopes Cavalcante, da Diretoria Regional de Saúde de Araçatuba, pelos dados referentes a seres humanos e população canina daquela região.

Acidente Com Material Biológico: o que há em Prevenção

Silvia Janice Gomes Sassi¹; Regia Damous F. Feijó² (revisão);
¹Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Estadual Vila Alpina – Seconci (OSS);
²Serviço de Controle de Infecção do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e Hospital Estadual Vila Alpina – Seconci (OSS)

Introdução

As exposições ocupacionais a materiais biológicos (MB) potencialmente contaminados continuam representando um sério risco aos profissionais da área da saúde (PAS), no seu local de trabalho. Apesar de muitos estudos desenvolvidos nesta área, os acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos correspondem às exposições mais frequentemente relatadas⁽¹⁾.

Os ferimentos com agulhas e material perfuro-cortante, em geral, são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes⁽²⁾, sendo os vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), da hepatite B e da hepatite C os agentes infecciosos mais comumente envolvidos⁽³⁾.

Evitar a exposição ocupacional é o principal caminho para prevenir a transmissão dos vírus das hepatites B e C e do HIV. Entretanto, a imunização contra hepatite B e o atendimento adequado pós-exposição são componentes integrais para um programa completo de prevenção destas infecções e elementos importantes para a segurança do trabalho⁽⁴⁾.

Risco Ocupacional

O risco ocupacional após exposições a materiais biológicos já foi bem demonstrado em grandes estudos. Ele é variável e depende do tipo de acidente e de outros fatores envolvidos, tais como a gravidade, tamanho da lesão, presença e volume de sangue envolvido, além das condições clínicas do paciente-fonte e seguimento adequado pós-exposição⁽⁵⁾.

O risco de aquisição de HIV pós-exposição ocupacional percutânea com sangue contaminado é de aproximadamente 0,3%⁽⁶⁾ e após exposição de mucosa, em torno de 0,09%⁽⁷⁾. No caso de exposição ocupacional ao vírus da hepatite B (HBV), o risco de infecção varia de 6% a 30%, podendo chegar até a 60%, dependendo do estado do paciente-fonte, entre outros fatores⁽⁸⁾. Quanto ao vírus da hepatite C (HCV), o risco de transmissão ocupacional após um acidente percutâneo com paciente-fonte HCV positivo é de aproximadamente 1,8% (variando entre 0 a 7%)⁽⁴⁾.

Muitos casos de aquisição de infecção de HIV, HBV e HCV por PAS já foram descritos e bem demonstrados em trabalhos conhecidos mundialmente. O primeiro caso de contaminação pelo HIV em um profissional de saúde foi publicado em 1984 – uma enfermeira com exposição percutânea por agulha contendo sangue contaminado.

Mesmo considerando todos estes riscos, alguns trabalhos demonstram cerca de 50% de subnotificação das exposições⁽⁹⁾ e, desta forma, estima-se que ocorram entre 600.000 a 800.000 exposições ocupacionais anualmente nos Estados Unidos⁽¹⁰⁾.

No Brasil, de acordo com dados publicados em anais de congressos, o cenário dos acidentes ocupacionais envolvendo material biológico é semelhante aos observados em outros países, quando comparamos a incidência de acidentes e de subnotificação. Em um estudo de avaliação da subnotificação num hospital universitário de São Paulo, os autores relataram 49% nas fases I (1998) e II (2000) de investigação e 41% na fase III (2002); foi apontada como justificativa dos profissionais para a “não-notificação do acidente” respostas como “desconhecimento sobre os riscos e/ou não ver necessidade”⁽¹¹⁾.

Em outra instituição brasileira, ao se avaliar o perfil dos profissionais acidentados com material biológico contaminado com HIV, os autores relataram que 100% dos PAS estavam utilizando equipamento de proteção individual (EPI), sendo que, em sua maioria, os acidentados eram profissionais que estavam voltando às atividades após um afastamento prolongado ou férias. Esta observação aponta para a necessidade de uma readaptação nestes casos, visando a prevenção de acidentes⁽¹²⁾.

Outro dado nacional preocupante está relacionado à taxa de abandono dos profissionais que inicialmente procuraram assistência e notificaram seus acidentes. Um levantamento de um hospital público de ensino de São Paulo aponta para uma taxa de abandono de 45% em 326 acidentes notificados. Com o objetivo de recuperar estes profissionais para término de seguimento, a instituição convocou, através de cartas e telefonemas, os “faltosos”. O retorno destes PAS ao acompanhamento correspondeu a um total de 30%, sendo que os telefonemas conseguiram recuperar um maior número destes⁽¹³⁾.

Pensando em Prevenção

Torna-se cada vez mais clara a importância que a prevenção em acidente ocupacional com MB representa não somente para os PAS, mas para as instituições de saúde e a saúde coletiva em geral.

Podemos dividir as ações de prevenção em três esferas distintas: a individual (PAS), a institucional (instituições empregadoras) e a governamental (municipal, estadual e federal).

Na esfera individual, cabe ao profissional procurar integrar-se ao máximo com os programas de prevenção de acidentes de sua instituição, avaliá-los e fazer sugestões que possam trazer melhorias. Além disso, a realização do esquema vacinal completo contra a hepatite B e demais vacinas indicadas deve ser encarada como responsabilidade do PAS.

Quanto às suas práticas, deve-se procurar minimizar os riscos o quanto for possível. Medidas simples, como a aderência às precauções-padrão, realização dos procedimentos com segurança, utilização adequada dos EPIs e evitar a manipulação desnecessária de materiais perfuro-

cortantes e material biológico, podem tornar as atividades diárias mais seguras.

Outro aspecto importante da responsabilidade do trabalhador diz respeito à notificação dos acidentes no momento em que este ocorre. Se não houver atendimento no local onde a exposição ocorrer ou este não for possível, o profissional deve procurar assistência no local de referência mais próximo, para garantir um acompanhamento adequado imediato, minimizando a possibilidade de aquisição de infecções.

Um dos passos mais importantes a ser adotado pelas instituições de saúde é a estruturação de um Programa de Biossegurança e a implantação efetiva deste em todos os setores de atuação dos PAS. Um bom Programa de Biossegurança deverá conter uma estratégia efetiva de prevenção de acidentes e de minimização dos riscos ocupacionais no caso das exposições ocorridas.

Em um estudo de vigilância de hospitais de Iowa (Estados Unidos), entre 1996 e 1997, sobre o treinamento para precauções-padrão e aderência, entre outras medidas para redução de exposições por pérfuro-cortantes, observou-se que um terço dos hospitais adotara dispositivos de segurança para punção, havendo um decréscimo no número deste tipo de exposição. Durante o período do estudo, foram treinados e observados enfermeiros, técnicos de laboratório e coordenadores, porém, raramente médicos. Apenas 11% dos hospitais avaliados não possuíam atendimento em tempo integral para os acidentados e a incidência anual de acidentes pérfuro-cortantes (106 hospitais) foi de 5,3%.

Os autores concluíram que a taxa de acidentes encontrada nos hospitais da comunidade é elevada, quando comparada a outras instituições de referência, e apontam para a necessidade da implementação de programas que possam incluir todas as categorias profissionais que estão constantemente sob risco⁽¹⁴⁾.

A vigilância contínua e o incentivo à notificação das exposições são outros mecanismos que podem reduzir os riscos ocupacionais. Nesse sentido, um estudo de um hospital estadual do Rio de Janeiro avaliou, através da aplicação de questionários entre os PAS, a aderência às precauções, utilização de EPIs, ocorrência de acidentes e estado vacinal para hepatite B e tétano. Foi observado que a maioria dos profissionais ainda não havia aderido às condutas preventivas. Além disso, poucos procuravam atendimento após exposição e, entre os que procuravam, muitos interromperam o acompanhamento.

Contudo, foi observado um aumento no número de notificações após a implantação do Programa de Vigilância e Prevenção da Exposição Ocupacional a Materiais Biológicos, que consistiu na notificação dos acidentes com materiais biológicos à Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) e medidas de prevenção pré e pós-exposição⁽¹⁵⁾.

Estes dados demonstram a importância da criação de um "ambiente de trabalho seguro". Em outra experiência nacional, também do Rio de Janeiro, a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foi apontada como decisiva na redução do número de acidentes com material biológico, após a reformulação e ampla divulgação

do fluxograma de atendimento e notificação de acidentes, em junho de 2000. Neste serviço também foram realizados treinamentos para as categorias que mais se acidentavam, contribuindo para a redução da sua incidência. Além disso, observou-se uma redução significativa da subnotificação⁽¹⁶⁾.

A identificação das categorias que mais se acidentam em números brutos e percentual é um dado bem comum encontrado nos trabalhos de vigilância epidemiológica dos acidentes. Entretanto, a determinação da incidência por categoria ocupacional mostra-se um excelente indicador de risco.

Um trabalho de Campinas (SP) analisou os dados de acidentes por categoria profissional, incidência relativa (número de acidentes/número de PAS na categoria) e local do acidente. No período estudado, entre 2000 e 2001, foram notificados 227 acidentes e a categoria que apresentou um maior número de acidentes foi a de auxiliares e técnicos de enfermagem (48,45%). Entretanto, ao se avaliar a incidência relativa destes acidentes, a categoria de técnicos de laboratório foi a mais exposta (24,13%), enquanto a incidência entre auxiliares e técnicos de enfermagem foi de 23,21%⁽¹⁷⁾.

A análise detalhada destes dados em cada instituição pode direcionar as medidas por categoria específica e apontar quais os locais a serem trabalhados com prioridade, otimizando assim as medidas de prevenção.

Além destas medidas, a adoção de dispositivos de segurança tem se mostrado muito efetiva na redução das exposições envolvendo agulhas. Estes equipamentos são destinados a punções para coleta de sangue/fluidos, administração de medicamentos etc., e possuem travas/capas de segurança ou mecanismos retráteis, visando à redução dos riscos na manipulação de pérfuro-cortantes. A avaliação da efetividade destes dispositivos de segurança foi demonstrada em um artigo de revisão que avaliou as estratégias para prevenção de acidentes envolvendo agulhas.

Nesse trabalho, oito estudos de diferentes países, como Estados Unidos, Itália, Escócia, Índia e Austrália, foram revisados. Dentre as estratégias apontadas, os dispositivos de segurança têm sido foco para redução de acidentes após os treinamentos/**educação e avaliação de custo-benefício dos mesmos**⁽¹⁸⁾. Foi encontrada uma taxa média de redução das exposições envolvendo agulhas de 71%, variando de 23% a 100%, dependendo do dispositivo e do estudo, em relação às taxas de acidentes envolvendo dispositivos convencionais. Dentre os dispositivos apontados nos estudos estão "agulhas cegas" para sutura, cateteres seguros para punção periférica, conectores e sistemas de infusão sem agulhas, agulhas e seringas com travas de segurança, etc.⁽¹⁸⁾.

Um outro sistema de segurança disponível no mercado para reduzir as exposições a agulhas é conhecido como "sistema sem agulhas". Corresponde a dispositivos produzidos com agulhas plásticas e conectores de látex ou conectores valvulados para administração de medicações. Em estudo retrospectivo, foram avaliados dois períodos de três anos, antes e após a adoção do sistema sem agulhas (que ocorreu em 1997), e foi observada uma redução significativa de acidentes

pérfuro-cortantes. Contudo, os próprios autores apontam como fatores confundidores do estudo⁽¹⁹⁾ o fato do mesmo ser retrospectivo e de ações educativas para prevenção de acidentes terem sido implantadas.

A aquisição dos dispositivos de segurança e sistemas sem agulhas deve ser avaliada criteriosamente e estar inserida em um programa de prevenção de acidentes. A adoção destes dispositivos requer treinamentos específicos e constantes para um manuseio adequado, além de serem de alto custo no mercado brasileiro, quando comparados com os dispositivos convencionais.

Outro aspecto a ser avaliado com critérios cuidadosos é a possibilidade de aumento de infecções hospitalares, como a infecção da corrente sanguínea nos pacientes em que estes dispositivos são utilizados, o que já foi demonstrado em alguns estudos. As infecções podem ocorrer pelo manuseio inadequado destes sistemas ou através da contaminação dos mesmos pelo próprio formato e tipo de funcionamento das peças^(20,21,22).

Quanto aos aspectos legais para a prevenção de exposições ocupacionais a materiais biológicos, nos Estados Unidos foi assinada em 6 de novembro de 2000 a Lei H. R. 5178 – *Needlestick Safety and Prevention Act* – que se destina a proteger oito milhões de PAS americanos das lesões causadas por agulhas e outros dispositivos pérfuro-cortantes. Esta lei exige que as instituições americanas de saúde, subordinadas a *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) utilizem instrumentos mais seguros, como os equipamentos pérfuro-cortantes com dispositivos de proteção contra ferimentos e os sistemas sem agulhas.

Muitos Estados americanos já possuíam legislações específicas para prevenção de acidentes envolvendo agulhas, sendo a Califórnia o primeiro a definir suas ações, em 1998. Atualmente, apenas cinco Estados não têm leis de prevenção definidas, porém as mesmas já estão em tramitação.

Muito antes da assinatura da Lei H. R. 5178, a OSHA publicou, em 1991, o documento *Bloodborne Pathogens* (BBP), que definia ações de prevenção para garantir a proteção aos profissionais expostos a sangue ou outro material infeccioso. Neste documento, estão contidas orientações como controle na prática de trabalho de engenharia; adoção de equipamentos de proteção; treinamentos; vigilância; vacinação; sinalizações, etc. Esta publicação foi muito utilizada para que as instituições americanas de saúde organizassem um ambiente de trabalho seguro.

Em 1999 foi publicada uma recomendação formal da *Joint FDA/NIOSH/OSHA Advisory* sobre a fabricação dos tubos capilares de vidro, considerando o risco potencial que ofereciam aos PAS que os manipulavam. Este documento fez as seguintes recomendações: não fabricar capilares de vidro; para a fabricação de capilares de vidro, estes devem ser encapados por filme resistente; produção de métodos que dispensem manipulações para selar os tubos com massa; desenvolvimento de produtos que permitam a leitura do hematócrito sem centrifugação. Considerando a importância da recomendação formal, a indústria americana modificou os sistemas de produção destes materiais, contribuindo bastante para redução deste tipo de exposição.

No Brasil, ainda não existem legislações vigentes que normalizem as práticas de prevenção e criação de programas de prevenção obrigatórios, entre outras medidas. Entretanto, a Portaria nº 37 do Ministério do Trabalho (6/12/2002) colocou em Consulta Pública a NR 32, que dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Nesta NR estão definidas algumas responsabilidades e deveres a serem cumpridos.

Como responsabilidades do empregador: fornecer instruções escritas e, se necessário, afixar cartazes sobre os procedimentos a serem adotados em caso de acidente ou incidente grave; informar os trabalhadores sobre os riscos existentes, as suas causas e as medidas preventivas a serem adotadas; fornecimento ou reposição dos EPIs; disposição de recipiente apropriado para o descarte de pérfuro-cortantes; fornecer treinamento; e supervisionar o estado vacinal dos profissionais; entre outras definições.

Fica definido que o trabalhador que utilizar objetos pérfuro-cortantes deverá ser responsável pelo seu descarte, ficando vedado o re-encape de agulhas, entre outros.

Esta NR poderá alterar algumas diretrizes no que diz respeito à prevenção de acidentes, podendo trazer um ganho na implementação de programas e direcionando a aquisição de determinados equipamentos. Ainda considerando a criação de leis e normalizações, o mecanismo mais importante nesta construção é o conhecimento da dimensão do problema. Neste sentido, muitos países possuem redes de informação e vigilância das exposições ocupacionais envolvendo material biológico. Estas informações são utilizadas para aprimorar os trabalhos e otimizar esforços.

Considerando a importância da informação, foi criado nos Estados Unidos, em 1991, um programa de notificação de acidentes informatizado. Trata-se do Projeto EPINET – uma rede de informações sobre acidentes e prevenção. Este sistema computadorizado foi criado para padronizar as informações sobre exposições ocupacionais a materiais biológicos e tem a finalidade de compartilhar os dados que, além de identificarem medidas preventivas e eficazes, permitem às instituições determinarem os produtos e recursos de proteção necessários para os procedimentos de risco. Mais de 1.500 instituições americanas adotaram o sistema, que também foi implantado em outros países, como Canadá, Itália, Espanha, Japão, Austrália, etc. Através de um sistema interativo, que utiliza os dados fornecidos pelas instituições pertencentes ao programa EPINET, é possível avaliar a eficiência das medidas adotadas.

Nos Estados Unidos existe, ainda, o programa da *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), que permite a notificação de exposição ocupacional 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Estão disponíveis também, através do acesso pela Internet, alguns endereços eletrônicos, nos quais o funcionário acidentado entra com os dados sobre o acidente e, em seguida, recebe as orientações pertinentes. Este tipo de sistema certamente não é indicado para as avaliações epidemiológicas, mas pode ser eficiente para auxiliar o acidentado.

No Brasil, alguns Estados vêm lançando e aprimorando seus programas de vigilância e notificação de acidentes. O Programa Sinabio, — Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos,— recebe as notificações dos municípios do Estado de São Paulo de exposições ocupacionais desta natureza. No Rio de Janeiro também existe um programa municipal de notificações, implantado desde 1997.

Acreditar em Prevenção

Avaliando as experiências e resultados obtidos em outros países, é certo que devemos caminhar bastante. A aprovação de legislações específicas e normalizações que regulamentem a criação de programas institucionais já será um grande avanço.

Enquanto isso, cada instituição deve se auto-avaliar para conhecer a magnitude do problema e identificar suas necessidades. Para tanto, a escolha de uma equipe verdadeiramente engajada em prevenção e implementação de ações educativas é de extrema importância. Esta equipe poderá, através da vigilância específica, identificar prioridades, avaliar as atividades de risco e apontar possíveis maneiras de prevenir as exposições, além de monitorar constantemente a ocorrência de acidentes, sempre objetivando a sua prevenção. Estas medidas criam um ambiente de trabalho mais seguro, o que contribui para a redução das ocorrências.

Talvez a criação de um selo de acreditação para as instituições que tenham um efetivo programa de prevenção e atendimento das exposições a materiais biológicos possa ser um bom começo.

Referências

- (1) Monteiro ALC; Ruiz EAC; Paz RB. Recomendações e condutas após exposição ocupacional de profissionais de saúde. Boletim Epidemiológico – CRT/Aids – CVE, Ano XVII, nº1, jul.1999.
- (2) Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. APIC position paper: prevention of device-mediated bloodborne infections to health care workers. Am J Infect Control 1998; 26(6): 578-80.
- (3) Beltrani et al. EM et al. Risk and management of bloodborne infections in health care workers. Clin Microb Rev 2000; 23:345-8.
- (4) Centers for Disease Control and Prevention – CDC – Update US: Public health service guidelines for management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 2001; 50:1-52.
- (5) Cardo DM et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. New Engl Med 1997; 337(21): 1485-90.
- (6) Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. Am J Med 1997; 102 (suppl 5B): 9-15.
- (7) Ippolito G, et al. The risk of occupational human immunodeficiency virus in health care workers. Arch Int Med 1993; 153:1451-8.
- (8) Werner BG, Grady GF. Accidental hepatitis-b-surface-antigen-positive inoculations: use of e antigen to estimate infectivity. Ann Intern Med 1982; 97: 367-9.
- (9) Henry K, Campbell S. Needlestick/sharps injuries and HIV exposure among health care workers: national estimates based

on a survey of U.S. hospitals. Minn Med 1995; 78:41–44.

(10) National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Alert – Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings 2000 nº 108:2-4.

(11) Destra AS et al. Avaliação da subnotificação de acidentes profissionais com material biológico em um hospital universitário – Fase III Anais ABIH, 2002.

(12) Neves SMFM; Souza, CTV de. Perfil dos Profissionais da Área da Saúde Acidentados com Material Biológico Contaminado com HIV Anais ABIH, 1996.

(13) Varkulja GF et al. Abandono de seguimento de acidentes com exposição a fluidos biológicos: análise de fatores de risco e do impacto de dois métodos de convocação Anais ABIH 2002.

(14) Beekmann SE, et al. Hospital bloodborne pathogens programs: program characteristics and blood and body fluid exposure rates. Infect Control Hosp Epidemiol 2001; 22(2): 73-82.

(15) Girianelli VR, Rietra RCP. Adesão ao programa de prevenção de acidente com Material biológico Anais ABIH, 2002.

(16) Brasil P. et al. Atuação da CCIH contribuindo para a diminuição do número de acidentes com material microbiológico em um hospital geral da rede federal Anais ABIH, 2002.

(17) Bernal SBB; Ribeiro SL; Fortaleza CMCB. Acidentes com risco biológico por categoria profissional e área de trabalho no hospital MÁRIO GATTI (CAMPINAS, SP). Anais ABIH, 2002.

(18) Trim JC, Elliott TSJ. A review of sharps injuries and preventive strategies. Journal of Hospital Infection 2003 53:237-242.

(19) Reddy SG, Emery RJ. Assessing the effect of long-term availability of engineering controls on needlestick injuries among health care workers: A 3-year preimplementation and postimplementation comparison. Am J Infect Control 2001; 29:425-7.

(20) Cookson Stet al. Increased Bloodstream Infection Rates in Surgical Patients Associated with Variation from Recommended Use and Care Following Implementation of a Needleless Device. Infect. Control Hosp. Epidemiol. 19:23-27. 1998.

(21) Shields JW. Patient versus healthcare worker risks in needleless infusion systems. Inf. Control Hosp. Epidemiol. 19: 86-7, 1998.

(22) L'Ecuyer & Fraser, V.J. Needleless intravenous systems. Inf. Control Hosp. Epidemiol. 18: 536-537. 1997.

Trabalhos sobre a contaminação dos SSAs

Artigo baseado na palestra “Acidentes com Material Biológico: caminhando além da vigilância – O que há em termos de prevenção”, ministrada na X Reunião Científica Bimestral da Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – APECIH, realizada em novembro de 2003.



Quantos são os Adoecidos pelo Trabalho no Brasil e em São Paulo? Conte pra Gente! Conte com a Gente!

Maria Maeno

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-Cerest/SP/SES

A única fonte de informações sobre danos relacionados ao trabalho, de abrangência nacional, é a Previdência Social e se refere aos segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT), dentre os quais estão incluídos os empregados (excetos os domésticos), os trabalhadores avulsos (trabalhadores da estiva, da indústria extrativa do sal, dentre outros), os segurados especiais (produtores, parceiros, meeiros e arrendatários rurais, pescadores artesanais, etc.) e os médicos-residentes. Estão excluídos os trabalhadores do mercado informal e os funcionários públicos, do regime estatutário, que significam grande parcela da população brasileira economicamente ativa.

Para os trabalhadores segurados pelo SAT, o acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou, ainda, pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária. Os acidentes do trabalho, tradicionalmente, são classificados em acidentes tipo ou típicos (os ocorridos no ambiente de trabalho e/ou durante a jornada de trabalho), acidentes de trajeto (os ocorridos no trajeto da residência para o trabalho e do trabalho para a residência) e as doenças relacionadas ao trabalho (Brasil 1991).

Tabela 1

Frequência de acidentes e doenças ocupacionais. Brasil, 1985 a 2002

Ano	Acidentes típicos	Acidentes de trajeto	Doenças do trabalho	Óbitos
1985	1.010.340	63.515	4.006	4.384
1986	1.129.152	72.693	6.014	4.578
1987	1.065.912	64.830	6.382	5.738
1988	926.354	60.202	5.025	4.616
1989	825.081	58.524	4.838	4.554
1990	632.012	56.343	5.217	5.355
1991	579.362	46.679	6.281	4.527
1992	490.916	33.299	8.299	3.516
1993	374.167	22.709	15.417	3.110
1994	350.210	22.824	16.270	3.129
1995	374.700	28.791	20.646	3.967
1996	325.870	34.696	34.899	4.488
1997	347.482	37.213	36.648	3.469
1998	347.738	36.114	30.489	3.793
1999	326.404	37.513	23.903	3.896
2000	304.963	39.300	19.605	3.094
2001	282.965	38.799	18.487	2.753
2002	320.398	46.821	20.886	2.898
Total	9.105.700	675.945	223.324	71.865

Fonte: Dataprev

Obs.: de 1985 a 1998, a população segurada do SAT variou entre aproximadamente 21 milhões e 24 milhões de trabalhadores

Feitas essas ressalvas, seguem os últimos dados disponíveis. Esses dados devem ser analisados considerando-se não só o universo restrito, se comparado à População Economicamente Ativa (PEA), mas também o viés securitário, principalmente no que concerne às doenças relacionadas ao trabalho. Explicando melhor: as mortes decorrentes de acidentes do trabalho ou mesmo acidentes típicos são de fácil identificação. Por exemplo, pensemos em um fato: "um trabalhador estava operando uma prensa mecânica, quando teve a mão prensada, o que resultou em amputação da mão". Simples a constatação, difícil é a análise do acidente, que implica conhecimentos de mecânica, física e de sistemas de gestão e organização do trabalho.

Também o diagnóstico das doenças decorrentes de fatores únicos e determinados é de relativa facilidade. Por exemplo, trabalhadores de uma empresa que trabalham com reforma de bateria, e apresentam nível de chumbo no sangue elevado, estão intoxicados pelo chumbo manipulado no processo de trabalho. O diagnóstico é imediato e, dessa forma, a intoxicação por chumbo é sub-classificada como doença profissional, dentre as doenças relacionadas ao trabalho. A dificuldade se apresenta quando há múltiplos fatores de risco, laborais e extra-laborais. É o caso das afecções do sistema músculo-esquelético e da esfera psíquica, só para citar as mais comuns.

Atualmente, para fins de percepção de benefícios previdenciários, a decisão do enquadramento da doença relacionada ao trabalho, assim como das outras modalidades do acidente do trabalho, é atribuição exclusiva do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), caso a caso. Passam pela perícia do INSS os pacientes incapacitados para o trabalho por mais de 15 dias, encaminhados ao instituto com a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Na prática, esse encaminhamento e enquadramento são condicionados a muitas variáveis, que contribuem para a sub-notificação expressiva dos danos decorrentes do trabalho, reconhecida pelo Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS 2004), tais como:

- A falta de identificação de acidentes do trabalho dentre os acidentes em geral e óbitos, particularmente homicídios e decorrentes de acidentes de trânsito. Segundo alguns autores, a subnotificação do sistema de informação da Previdência Social gira em torno de 80% (Binder e Cordeiro 2003; Hennington, Cordeiro e Moreira Filho 2004).
- A sonegação de notificação (emissão de CAT) por parte da empresa, que não tem interesse em ser responsabilizada por provocar danos aos seus trabalhadores.
- A falta de informações aos trabalhadores sobre seus direitos.
- A falta de informação da rede de saúde pública e privada.
- Os critérios obsoletos utilizados pela perícia do INSS, que predominantemente se baseia na unicausalidade dos danos, o que está na contramão dos atuais conceitos de adoecimento e da própria legislação, que considera como relacionado ao trabalho mesmo o evento que tem outras causas concorrentes, além do trabalho.

O Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde e outras leis federais e estaduais (Brasil 1988, São Paulo 1989, Brasil 1990, MS 1998, São Paulo 1997, São Paulo 1998), é responsável pela vigilância em ambientes de trabalho, bem como pela atenção integral aos trabalhadores, no que se refere aos danos desencadeados e/ou agravados pelo trabalho. Presta assistência e regula os planos de saúde e poderia coletar os dados de interesse da saúde do trabalhador e organizá-los. No entanto, ainda não os incorporou ao seu Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.

O que temos então? Por um lado, um sistema de informação da Previdência Social, que se refere a uma parcela aproximada de 50% da PEA (Fundação IBGE 1998), carrega uma subnotificação significativa e tem viés securitário. Por outro, há um sistema de informação do SUS, que registra o perfil de morbidade de toda a população brasileira que passou por qualquer tipo de serviço de saúde, em qualquer local do país, mas que ainda não incorporou os dados relativos aos danos decorrentes do trabalho, identificados nessa categoria.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest/SP), juntamente com o Grupo de Implementação e Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast/SP), tem trabalhado basicamente em duas frentes. Uma delas é a de garantir o acesso às bases de dados do Ministério da Previdência Social por parte das secretarias estaduais e municipais de Saúde, conforme determinado no parágrafo 8º da Lei Orgânica de Saúde (Brasil 1990), para que possamos analisá-los do ponto de vista epidemiológico e sanitário. A outra é a de aproveitar imediatamente as informações disponíveis para o desencadeamento de ações de vigilância nos ambientes de trabalho. E finalmente, a mais importante estrategicamente, é a de articular o SUS nas diferentes esferas de governo, no aprofundamento das discussões sobre a forma adequada de incorporar as informações de morbidade dos trabalhadores, identificadas como relacionadas ao trabalho. Muito há o que fazer nesse sentido, mas muito já foi feito:

- Em 1999, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social publicaram listas de mais de 200 entidades nosológicas relacionadas ao trabalho (MS 1999 e MPAS 1999, respectivamente).
- Em 2001, o Ministério da Saúde publicou um detalhado e extenso manual de procedimentos para os serviços de saúde referente às doenças relacionadas ao trabalho (MS 2001).
- Ainda em 2001, o Ministério da Saúde publicou quatro manuais sobre lesões por esforço repetitivo (LER), que totalizam atualmente aproximadamente 50% das doenças relacionadas ao trabalho notificadas à Previdência Social, sendo que dois deles versam sobre informações e procedimentos para

diagnóstico (Maeno e col. 2001a, 2001b).

- Em abril de 2004, o Ministério da Saúde publicou uma portaria (MS 2004) que determina os seguintes eventos como de notificação compulsória: os acidentes do trabalho fatais, mutilantes e ocorridos em crianças e adolescentes, acidentes com exposição a material biológico, os cânceres relacionados ao trabalho, as LER, também chamadas distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), os transtornos mentais relacionados ao trabalho, as pneumoconioses, as dermatoses ocupacionais, as perdas auditivas induzidas por ruído, as intoxicações exógenas por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados. Está previsto o prazo de dois meses para a operacionalização desta portaria, com criação da ficha de notificação compulsória com fluxo para o Sinan, a partir de uma rede sentinela composta por serviços de urgência e emergência (para os acidentes), serviços de referência e unidades básicas para as doenças.
- Para implementar, construir e acompanhar a Renast no âmbito do Estado de São Paulo, encontros com periodicidade bimestral têm sido realizados, sob a organização do Geiar, Conselho de Secretários Municipais e de representantes do Conselho Estadual de Saúde. Em média, esses encontros têm contado com 130 participantes, entre os quais representantes dos centros de referência em saúde do trabalhador regionais e municipais, das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, das Direções Regionais de Saúde (DIRs), da Secretaria de Estado da Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, de conselhos gestores e municipais de saúde e dos diversos segmentos sociais. Nos dias 17 e 18 de junho deste ano foi realizado o IV Encontro Estadual da Saúde do Trabalhador, desta vez em Águas de São Pedro. A pauta abordou três pontos:
 - Aprimoramento do Plano integrado Estadual de Saúde do Trabalhador, com a contribuição de todas as regiões.
 - Discussão sobre a Resolução 1236/04, de 28/4/04, publicada no DOU de 10/5/04, que trata da proposta metodológica para a operacionalização da flexibilização das alíquotas de contribuição destinadas ao financiamento do Seguro contra Acidentes do Trabalho (SAT) e da aposentadoria especial.
 - Discussão e organização por região para operacionalizar a Portaria 777/04, com ênfase no que se refere aos acidentes de trabalho fatais, mutilantes e ocorridos com crianças e adolescentes. Para tal, faz-se necessária a pactuação de um sistema de notificação nos serviços de urgência e hospitais e o estabelecimento de um fluxo de investigação e intervenção nos ambientes de trabalho por parte das vigilâncias sanitárias e centros de referência em saúde do trabalhador. Essa etapa faz parte da construção de uma política estadual de notificação de agravos relacionados ao trabalho. Informação para a ação. Conte prá gente! Conte com a gente!

Referências Bibliográficas

1. Binder MCP, Cordeiro R. Sub-registro de acidentes do trabalho em Botucatu – SP. Rev. Saúde Pública. 2003; 37: 409-16.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imesp; 1988.
3. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. In: Gouveia R. Saúde Pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo.: Mandacaru; 2000.
4. Brasil. Lei 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. In: Campanhole HL, Campanhole A, organizadores. Legislação de Previdência Social. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 1997.
5. Brasil. Decreto nº 3.048 de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.
6. [CNPS] Conselho Nacional de Previdência Social. Resolução nº 1.236 de 28 de abril de 2004: aprova a proposta metodológica em anexo que discorre sobre o fator acidentário previdenciário – FAP. Diário Oficial da União, Brasília.
7. Dataprev. Acidentes do trabalho. Quantidade mensal de acidentes do trabalho registrados, por motivo. Brasília. Disponível em <http://www.mpas.gov.br>
8. Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas, por grandes regiões, segundo a posição na ocupação e os ramos de atividade no trabalho principal – 1998. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>
9. Hennington EA, Cordeiro R, Moreira Filho DC. Trabalho, violência e morte em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2):610-17.
10. Maeno M, Toledo LF, Paparelli R, Martins MC, Almeida IM, Silva JAP. Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort). Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador; 2001 a??? (Série A. Normas e Manuais Técnicos nº 103).
11. Maeno M, Almeida IM, Martins MC, Toledo LF, Paparelli R. Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, Prevenção e Fisiopatologia das LER/Dort. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador; 2001 b (Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 105).
12. [MS]Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120 de 1998: instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador. Diário Oficial da União, Brasília.
13. [MS] Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339 de 18 de novembro de 1999: dispõe sobre a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Diário Oficial da União, Brasília.
14. [MS] Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, 2001.
15. [MS] Ministério da Saúde. Portaria nº 777 de 28 de abril de 2004: dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede serviços-sentinela específica no SUS. Diário Oficial da União, Brasília.
16. São Paulo. Lei nº 9.595 de 11 de março de 1997: disciplina as áreas e os serviços de saúde dos trabalhadores no

- Sistema Único de Saúde. Diário Oficial do Estado, São Paulo. 17. São Paulo. Lei nº 10.083 de 23 de setembro de 1998: dispõe sobre o Código Sanitário do Estado. Diário Oficial do Estado, São Paulo.
18. São Paulo. Constituição do Estado de São Paulo. In: Gouveia R. Saúde Pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo.: Mandacaru; 2000.



O Aconselhamento em DST para Adolescentes do CRT- DST/Aids sob Novo Olhar

Bianca Marques Cardoso do Prado
Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids/SP

Introdução

O crescente número de adolescentes que apresentam Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), mas ainda assim têm poucas informações a respeito delas, vem alertando para o real impacto desses agravos na vida dessas pessoas, tanto em razão da percepção dos seus riscos, como das conseqüências inevitáveis da sua presença. De fato, percebemos em nossos atendimentos e nas discussões de caso em equipe que eles estão demasiadamente vulneráveis às DST e que o processo de aconselhamento proposto no ambulatório se constitui uma estratégia institucional capaz de trabalhar as variáveis de prevenção e tratamento.

Mas, para que essa prática se tornasse mais efetiva, precisávamos de mais dados a respeito dos sentidos atribuídos pelos adolescentes ao fato de estarem portadores de uma DST e do alcance dos objetivos do aconselhamento realizado pela equipe do ambulatório. Nessa medida, este trabalho tem como perspectiva fornecer dados qualitativos que possam favorecer a análise da prática de aconselhamento com adolescentes portadores de DST.

Para a realização deste trabalho, que aborda especificamente os adolescentes, privilegiamos como base de análise

a sociologia, que relativiza o critério etário, considerando que o comportamento dos jovens também se dá de acordo com seu grupo social, seu gênero, seu contexto de vida, sua raça, entre outros aspectos. No entanto, em função de questões éticas e jurídicas que delimitam a amostra para construir o grupo populacional a ser estudado, reportamo-nos particularmente à faixa etária de 13 a 19 anos.

Pereira Jr. e Serruya (1982) classificaram as DST como: essencialmente transmitidas por contágio sexual (sífilis, gonorréia, cancro mole e linfogranuloma venéreo), freqüentemente transmitidas por contágio sexual (donovanose, uretrite não-gonocócica, herpes simples genital, condiloma acuminado, candidíase genital, fitiríase e hepatite tipo B) e eventualmente transmitidas por contágio sexual (molusco contagioso, pediculose, escabiose, shigelose e amebíase).

Neste estudo, optamos por considerar os adolescentes que apresentam DST essencial e freqüentemente transmitidas por contágio sexual. Partimos do pressuposto de que, no aconselhamento sobre DST para adolescentes, a dificuldade maior reside na abordagem das questões relacionadas às atividades sexuais; portanto, consideramos importante pesquisar justamente esse aspecto. Também abordamos a possibilidade de se tratar de uma doença curável ou somente possível de ser prevenida, isso porque, inicialmente, pensamos que o impacto na vida dos adolescentes de uma doença curável é diferente do impacto de uma crônica.

Para o Ministério da Saúde (1998, p.11), "o aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente, para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação".

Objetivos

Analisar as possibilidades e os limites da prática de aconselhamento em DST para adolescentes, através dos sentidos atribuídos por eles próprios ao fato de estarem portadores dessas doenças.

Metodologia

Este estudo, realizado com adolescentes portadores de DST que vivenciaram o processo de aconselhamento, tem como foco a preocupação de como os seres humanos compreendem e se apropriam da realidade, para então transformá-la. É nesse sentido que utilizamos o conceito de Representação Social, a fim de melhor compreendermos a elaboração do processo de aconselhamento em DST pelos adolescentes.

A Representação Social – presente na vida de todos os indivíduos, pois não existe formação social histórica sem essa representação – foi aqui desvelada através do discurso dos adolescentes. Trata-se de um conceito bastante genérico, mas que pode ser resgatado por meio dos eventos sociais e traduzido pelo discurso dos atores sociais.

A pesquisa qualitativa foi o instrumento através do qual buscamos acessar as representações sociais desse determinado seguimento populacional, diante de um problema de saúde pública que vem se agravando.

A escolha do método qualitativo para este estudo se deu em função dos seus objetivos. Avaliamos que o discurso dos atores envolvidos é fundamental para visualizar o alcance da prática de aconselhamento em DST para adolescentes.

Tendo em vista a necessidade da reconstrução dos sentidos de uma determinada coletividade, optamos pelo Discurso do Sujeito Coletivo como técnica de pesquisa qualitativa, que tem por finalidade a construção de um discurso coletivo que represente dos diversos atores sociais envolvidos.

O Discurso do Sujeito Coletivo é um método de análise qualitativo que permite ao pesquisador a construção do discurso de uma coletividade. Para tanto, utiliza perguntas abertas em suas entrevistas, permitindo que os sujeitos produzam discursos representativos de seus "pensamentos".

As entrevistas foram semi-estruturadas, com um roteiro prévio de perguntas abertas que foram formuladas aos adolescentes e se constituíram no principal elemento de análise.

Inicialmente, foram elaboradas, então, questões de ordem sócio-demográficas e comportamental: idade, sexo, se o adolescente estudava ou não e em que série se encontrava, se estava ou não trabalhando e qual era seu trabalho e, finalmente, se tinha ou não vindo acompanhado e de quem.

Na seqüência, foram feitas oito perguntas abertas a respeito de como estava sendo para o adolescente ter a DST, como havia sido o contágio, se era possível ou não evitá-lo, como era para ele usar preservativo, se a parceria sexual sabia da doença, se era possível falar sobre isso com ela, se alguém ofereceu a possibilidade de fazer o teste e como se sentiu realizando-o.

A demanda de adolescentes do ambulatório com o perfil exigido pelo estudo foi o principal critério para o número de entrevistados. Os entrevistados eram adolescentes que apresentaram uma DST essencialmente e freqüentemente sexualmente transmissível e que já haviam vivenciado o processo de aconselhamento em consulta médica e com a equipe multiprofissional.

A amostra foi aleatória; sendo assim, a pesquisa foi oferecida aos adolescentes portadores de DST pelos profissionais que os atendiam, após a consulta médica e o aconselhamento com a equipe multiprofissional.

As entrevistas ocorreram em um período de quatro meses. Este tempo se deu em função do número de adolescentes que foram ao ambulatório e apresentaram o perfil solicitado pela pesquisa, variando de 15 minutos a 1 hora e 20 minutos de duração. Esta variação se deu em função do perfil dos entrevistados. Alguns se sentiram bem à vontade, outros eram muito tímidos e outros tinham dificuldades para se expressar.

Satisfatoriamente, a amostra se constituiu de adolescentes com idades, sexos e DST diferenciados.

Resultados

A fim de desvelarmos os diversos sentidos das DST na vida de um adolescente, utilizamo-nos, no presente estudo, de algumas perguntas capazes de apontar aspectos que devem ser abordados na prática de aconselhamento individual. Nesse sentido, analisamos a vivência de estar portador de uma DST; como ocorre o contágio; como se pode evitá-lo; como é usar camisinha; se é possível ou não abordar a questão com a parceria sexual; se o teste do HIV foi oferecido e, finalmente, como foi vivenciada a sua realização.

O trabalho nos permitiu entrar em contato com diversos discursos coletivos, embora aqui somente apresentaremos as idéias centrais dos diversos discursos construídos. As idéias centrais nos permite categorizar os diversos sentidos encontrados nos discursos.

Questão 1

Pergunta	Idéias Centrais
Ter esta DST, fale-me sobre isso?	A- Está sendo normal ter uma DST.
	B- Pegar uma DST é complicado, difícil e dá medo.
	C- A DST dá preocupação, precisa ser acompanhada pelo médico.
	D- Ter uma DST pode ser constrangedor.
	E- A gente pensa que sabe sobre as DST.
	F- A DST dá preocupação no início, mas depois você esquece.
	G- A DST dá raiva do parceiro.
	H- A DST dá medo de passar para o parceiro.
	I- O importante era dar prazer para outra pessoa e o poder que isso dá.
	J- As pessoas não falam que pegaram uma DST.
	L- No fogo da paixão a gente nem lembra de camisinha.
	M- A pessoa que é bonita, chama muito mais a atenção e atrai muito mais coisas. Então, é dessas que você realmente tem que ter a desconfiança.
	N- As pessoas pensam que, pelo fato de a outra pessoa ser magrinha, pode ter Aids e se esquecem de que os bonitões também podem.
	O- Mesmo tendo as informações, você acha que é imune, você é um super-herói.

Questão 2

Pergunta	Idéias Centrais
Como foi que você pegou	A- Não sei como peguei, acho que foi assim...
	B- Não sei como peguei.
	C- Eu não sei se peguei.
	D- Eu sei como eu peguei.
	E- Eu estava consciente dos riscos.
	F- Eu não peguei.

Questão 3

Pergunta	Idéias Centrais
Teria dado para evitar?	A- Não dava para evitar.
	B- Acho que dava para evitar.
	C- Dava para evitar.
	D- Acho que não dava para evitar.
	E- Ser homossexual garante imunidade.
	F- O aconselhamento incentiva a pessoa a se cuidar.
	G- Dava para evitar se eu não tivesse confiado no parceiro.

Questão 4

Pergunta	Idéias Centrais
Camisinha, fale-me sobre isso.	A- A camisinha depende da situação e do momento.
	B- A camisinha é importante.
	C- A camisinha é complicada, eu não gosto.
	D- Nunca usei camisinha.

Questão 5

Pergunta	Idéias Centrais
A pessoa com quem você transou sabe que apareceu uma DST?	A- Sim, sabe.
	B- Sim, sabe, mas a pessoa negou.
	C- Não sabe.
	D- Ainda não.

Questão 6

Pergunta	Idéias Centrais
É possível conversar sobre isso com ela?	A- Sim, é possível.
	B- Não é possível.
	C- Acho que sim.
	D- Acho que não.
	E- Sim, é possível, mas ele me enganou.
	F- Sim, é possível, mas ele não está aceitando.
	G- Ainda não foi possível.

Questão 7

Pergunta	Idéias Centrais
Alguém ofereceu o teste do HIV para você?	A- Sim, me ofereceram.
	B- Não tem certeza se fez testagem para o HIV.
	C- Não, ninguém me ofereceu.
	D- Não, porque eu vim para fazer o teste.

Questão 8

Pergunta	Idéias Centrais
Fazer o teste do HIV foi uma coisa complicada ou não? Fale-me sobre isso.	A- Eu fiquei com medo, nervoso, foi assustador.
	B- Fazer o teste foi normal.
	C- Fiz para tirar as minhas dúvidas.
	D- O teste foi uma coisa indevida.
	E- Não me cuidel, poderia ter pego o HIV.
	F- Não pode pensar que é só tomar o remédio do governo ou que vai morrer mesmo.
	G- Foi você quem procurou a DST.
	H- Fazer o teste é bom porque você não vê só o HIV.
	I- Eu não fiz o teste porque estava com pressa.

Considerações Finais

Ser adolescente e estar portador de uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) apresentou diversos sentidos para os sujeitos desta pesquisa, o que nos pareceu plausível, já que, quando se trata de sentimentos, as contradições imperam. Assim, verificamos que para alguns adolescentes essas doenças podem provocar medo, apreensão e trazer dúvidas; e para outros, despreocupação e indiferença.

Podemos concluir que o aconselhamento é um espaço capaz de lidar com essas questões de maneira a facilitar o convívio dos adolescentes com essas doenças. Para tanto, a linguagem deve ser acessível, as informações devem ser abordadas de forma interessante, lúdica e, se possível, de maneira artística. Todos os adolescentes devem ter acesso a esse serviço e os profissionais responsáveis devem ser capazes de lidar com as especificidades desse período da vida, não emitindo juízo de valor nem preconceitos. Esse tipo de ação exige que o profissional seja capacitado e tenha disponibilidade interna e interesse em lidar com esse público.

Essas questões revelam a vulnerabilidade a que essa população está exposta, o que precisa ser combatido, não apenas nos processos de aconselhamento institucional. As ações programáticas precisam levar em consideração os lugares em que essa população pode ser atingida e abordada, com a qualidade necessária. Sendo assim, o aconselhamento sobre DST não deveria acontecer exclusivamente nos ambulatórios, pois neles o objetivo é a cura e não a prevenção. Espera-se que o adolescente se contamine para, então, abordá-lo com todas as questões que envolvem o aconselhamento em DST.

Esse tipo de ação não combate a vulnerabilidade, apenas pode minimizá-la. Os adolescentes deveriam receber o aconselhamento em DST em qualquer serviço de saúde, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são muito mais freqüentadas por toda a comunidade. Também deveriam ter acesso a informações sobre essas doenças na instituição escolar e nos espaços de lazer, sendo abordados nesses locais por profissionais habilitados em aconselhamento.

Os órgãos governamentais deveriam investir na capacitação de profissionais em aconselhamento, incluindo as UBS, assim como os professores e todos os funcionários da escola, isso porque acreditamos que o aconselhamento é um processo que deve envolver todas as pessoas que interferem no processo educativo dos adolescentes, incluindo os seus familiares.

Acreditamos que esta análise possa contribuir para o repensar do aconselhamento para populações específicas e, principalmente, para os adolescentes. O aconselhamento em DST deve se estruturar considerando que os adolescentes não são iguais, mas resguardam algumas particularidades. Exigem uma

prática interventiva capaz de avaliar os seus reais riscos diante de uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), como a paixão, a liberdade do livre fazer e do livre pensar, a contradição, a impulsividade, a passividade, as dúvidas, os receios e os medos, a desinformação, o despertar da sexualidade, a "galera", o "ficar", o desafiar, entre outros. E, sobretudo, exigem um aconselhamento que também seja capaz de reconhecer as suas capacidades, a sua força e a sua determinação.

Esperamos que com este trabalho possamos ter demonstrado que os adolescentes precisam ser ouvidos e atendidos.

Bibliografia

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos, 2ª edição. Brasília (DF); 1998.
2. Minayo M.C.S, O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 7ª edição. São Paulo - Rio de Janeiro (Hucitec-Abrasco); 2000.
3. Lefèvre F., Lefèvre A.MC, O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa - desdobramentos. Caxias do Sul (Educs); 2003.
4. Jodelet D., Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. (org) As representações sociais. Rio de Janeiro (Ed. UERJ); 2001. p.17-44.
5. Belda Jr., W., Doenças Sexualmente Transmissíveis. São Paulo (Editora Atheneu); 1999.

Investigação de Surto de Tuberculose em Instituição Fechada, no Município de São Paulo - Dados Preliminares

Maria Josefa Penon Rujula¹

Vera Maria Neder Galesi²

¹Santa Casa de São Paulo

²Divisão de Tuberculose do CVE/SES/SP

No dia 22 de abril de 2004, o Centro de Saúde Escola (CSE) da Barra Funda notificou ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Santa Casa de São Paulo seis casos de tuberculose na Instituição Filantrópica Fraternidade Irmã Clara (FIC). No dia 28 de abril, o plantão da Central do Centro de Vigilância Epidemiológica/SES-SP recebeu da Escola Quero-Quero, localizada na Capital, notificação de dois casos de tuberculose em crianças internas na FIC.

A investigação epidemiológica realizada pelo CSE da Barra Funda, Núcleo de Vigilância da Santa Casa e Divisão de Tuberculose constatou os fatos que se seguem:

- Esta instituição filantrópica abriga 36 portadores de paralisia cerebral, com idades que variam de 5 a 41 anos, dos quais 30 do sexo feminino e 6 do sexo masculino.
- A área física que abriga estas crianças é inadequada, estando situada sob o viaduto do Pacaembu e contando com "enfermaria" única, que mede cerca de 150m². Neste espaço com ventilação e insolação precárias, os pacientes dormem e permanecem maior tempo.

Em setembro de 2003, na Santa Casa de São Paulo, foi diagnosticada tuberculose em P.N.S., de 13 anos, abrigada naquela Instituição. Como a criança não compareceu ao retorno de consulta no Centro de Saúde Escola (CSE), o serviço deslocou-se até à FIC, recebendo da médica da instituição a informação de que havia um voluntário, B.C.S., em tratamento de tuberculose desde 23/9/2003, porém com sintomas respiratórios desde junho de 2003. Naquela ocasião, por orientação do Núcleo da Santa Casa de São Paulo e do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), foi realizada busca ativa de sintomáticos respiratórios entre os funcionários, bem como investigados sintomas, situação vacinal e solicitado RX de tórax dos pacientes internados, o que, contudo, não foi realizado em todos.

Por sugestão da Vigilância Epidemiológica do Município de São Paulo (Suvis Sé), que visitou a instituição em 5/11/2003, foi realizado teste tuberculínico em todos os internos. Não foi possível obter informações detalhadas, porém relatou-se que não foi constatado, naquela ocasião, nenhum outro caso de tuberculose na instituição.

O voluntário fez tratamento auto-administrado, tendo recebido alta cura sem baciloscopia de controle. Não há informações precisas sobre o tratamento de P.N.S., exceto que no sexto mês de



tratamento a baciloscopia de controle foi positiva (+++). A Suvis Sé, o Núcleo de Vigilância da Santa Casa de São Paulo e o CVE solicitaram, então, uma nova busca ativa de sintomáticos respiratórios nos internos e funcionários. O relato dos exames realizados está consolidado no quadro 1.

Quadro 1

Distribuição dos exames realizados nos pacientes da FIC, segundo iniciais, sexo, idade, data de coleta do exame, resultados de baciloscopia e cultura, de março à abril de 2004

Nº Exame	Nº paciente	Iniciais	Sexo	Idade (anos)	Data da coleta	BCL	Cultura
1	1	PNS	F	14	25/3/2004	+++	NR
2	2	AA	M	6	13/4/2004	+++	Positiva
3	3	PNS (irmã da 1ª)	F	17	13/4/2004	+	NR
4	4	EV	F	18	16/4/2004	-	NR
5	5	MRR	M	16	16/4/2004	-	NR
6	1	PNS	F	14	16/4/2004	-	NR
7	6	PZG	F	20	16/4/2004	+++	E/A
8	7	SCSQ	F	21	16/4/2004	+++	E/A
9	8	VSG	F	13	16/4/2004	+++	E/A
10	9	BTBP	F	5	19/4/2004	-	NR
11	10	CRM	F	19	19/4/2004	-	NR
12	11	JBM	M	27	19/4/2004	-	NR
13	12	JHL	F	12	19/4/2004	-	NR
14	13	NCYS	F	16	19/4/2004	-	NR
15	14	PJSM	F	8	19/4/2004	-	NR
16	15	R8R	F	19	19/4/2004	-	NR
17	16	AS	M	9	20/4/2004	-	NR
18	4	EV	F	18	20/4/2004	+	E/A
19	17	GAC	F	12	20/4/2004	-	NR
20	18	KPS	F	12	20/4/2004	-	NR
21	19	LGS	F	34	20/4/2004	-	NR
22	1	PNS	F	14	20/4/2004	-	NR
23	20	SCC	F	21	20/4/2004	+	E/A
24	21	SSC	F	14	20/4/2004	-	NR
25	22	SRMS	F	41	20/4/2004	-	NR
26	8	VSG	F	13	20/4/2004	-	NR
27	23	D9L	F	28	23/4/2004	-	NR
28	24	FSA	M	8	23/4/2004	-	NR
29	25	JCS	F	25	23/4/2004	-	NR
30	26	JSO	F	16	23/4/2004	-	NR
31	27	MFS	F	23	23/4/2004	-	NR
32	28	MRM	F	40	23/4/2004	-	NR
33	5	MRR	M	16	23/4/2004	-	NR
34	29	PC	F	26	23/4/2004	-	NR
35	21	SCC	F	21	23/4/2004	-	NR
36	30	SAL	F	33	23/4/2004	-	NR
37	31	ACR	F	16	26/4/2004	-	NR
38	32	EPSS	F	26	26/4/2004	-	NR
39	33	EEM	F	21	26/4/2004	-	NR
40	34	MLM	F	30	26/4/2004	-	NR
41	35	SCS	F	24	26/4/2004	-	NR
42	36	WGS	M	16	26/4/2004	+	E/A

Os exames foram realizados no Laboratório da Santa Casa, tendo sido colhidos em manobra de aspiração de secreção. Da mesma forma, foi colhido e encaminhado para o laboratório municipal da Lapa material de todos os pacientes positivos, para o qual foi solicitada também a

cultura. Os resultados das baciloscopias foram todos negativos e são aguardados os resultados das culturas.

Assim, conforme descrito no quadro 2, recomendou-se iniciar tratamento de tuberculose para nove pacientes, com base nos resultados das primeiras baciloscopias e laudos de exame radiológico. Estes casos estão sendo discutidos por uma equipe, que inclui as seguintes Instituições: CVE, Divisão de Tuberculose, Núcleo de Vigilância da Santa Casa, Suvis Sé e o CCD - Coordenação de Tuberculose do município de São Paulo, CSE da Barra Funda e o Departamento de Pneumologia do Hospital das Clínicas.

Não foi confirmado nenhum caso entre os funcionários até o momento.

Quadro 2

Distribuição dos casos de tuberculose, segundo idade, sexo, resultados de exames e condutas

Iniciais	Sexo	Idade (anos)	Data da coleta	BCL	Cultura	RX e/ou Tomografia	Conduta/ evolução
PNS	F	14	25/3/2004	+++	NR	S/A	Esq IR
AA	M	6	13/4/2004	+++	Positiva	Alargamento de mediastino	Esq I
PNS (irmã da 1ª)	F	17	13/4/2004	+	NR	?	Óbito 23/4/2004
VSG	F	13	16/4/2004	+++	NR	? Internada IIER	Esq I
EV	F	18	20/4/2004	+	NR	pleural Opacidades	Esq I
PZG	F	20	16/4/2004	+++	E/A	alveolares Sugestivo de TB	Esq I
SCSQ	F	21	16/4/2004	+++	E/A	Ganglios mediastino	Esq I
SCC	F	21	20/4/2004	+	E/A	Repetir exame Opacidades alveolares	Esq I
WGS	M	16	26/4/2004	+	E/A		Esq I

Podemos descrever a incidência de casos como: 2 casos em 6 pacientes do sexo masculino (33,3%) e 7 em 30 pacientes do sexo feminino (23,3%). Ainda que se trate de dados preliminares, os fatos indicam uma situação gravíssima.

Recomendou-se a realização de cultura de secreção e exame radiológico para todos os internos. Nas culturas que forem positivas será realizado RFLP para verificar semelhanças de cepas e possibilitar melhor conhecimento sobre a transmissão.

As recomendações sobre o ambiente físico são complexas, uma vez que a entidade é filantrópica e não tem recursos financeiros para intervir.

É importante ressaltar, também, que o resultado das culturas, ainda em análise, permitirá ampliar a compreensão do presente surto.

Sarampo no Estado de São Paulo e Campanha de Vacinação de Seguimento - 21 de agosto de 2004

Flávia Helena Ciccone e Telma R. M. P. Carvalhanas¹

Clélia Maria S. S. Aranda e Helena Keico Sato²

¹Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/SES/SP

²Divisão de Imunização/CVE/SES/SP

Durante muitos anos, o sarampo apresentou elevada morbidade com picos epidêmicos a cada 2 a 4 anos. Na década de 1980, no Brasil, a maior incidência foi registrada em 1986 (97,7/100.000 habitantes), com 129.942 casos notificados em todo o País. No Estado de São Paulo foram registrados, em 1986, 6.864 casos da doença, considerando somente os internados, e um coeficiente de incidência de 23,48/100.000 habitantes.

Tendo em vista esta situação, em 1987 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizou a primeira campanha de vacinação em massa, na qual foram vacinadas 8.565.230 crianças e adolescentes, na faixa etária de 9 meses a 14 anos, atingindo uma cobertura vacinal de 91%. O impacto desta campanha foi imediato, com a redução significativa da incidência e letalidade deste agravo. Estabeleceu-se, a partir de então, um programa mais efetivo de controle, passando a ser de notificação todos os casos suspeitos e não apenas os hospitalizados. Foram instituídos, ainda, o diagnóstico laboratorial, a investigação epidemiológica e a adoção de vacinação de bloqueio dos comunicantes.

Neste mesmo ano, após a campanha de vacinação, a Secretaria e o Instituto de Medicina Tropical, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Fmusp), realizaram um estudo de soroprevalência de sarampo na Grande São Paulo. Os dados administrativos da cobertura vacinal alcançada na campanha foram confirmados, constatando que apenas 3% da população de 1 ano a 14 anos ainda eram suscetíveis à doença.

Em 1992, foi implantado em São Paulo o Programa de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita, com a inclusão da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) no calendário de vacinação do Estado e a realização de uma campanha em crianças de 1 a 10 anos, alcançando 96% de cobertura (6.800.000 crianças vacinadas). A faixa etária alvo dessa campanha foi determinada por modelo matemático, elaborado pela disciplina de Informática Médica da Fmusp. Outro estudo de soroprevalência de sarampo foi realizado no município de São Paulo, constatando-se que 98% da população de 1 a 14 anos estava protegida contra o sarampo.

Plano de Eliminação do Sarampo

Após esta campanha, a Secretaria de Saúde de São Paulo passou a recomendar a vacina monovalente de sarampo aos 9 meses e um reforço aos 15 meses com a vacina tríplice viral. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde implantou o Plano Nacional de

Eliminação do Sarampo.

Em 1995, o Ministério realizou a primeira Campanha de Seguimento para o grupo etário de 1 a 3 anos, atingindo uma cobertura vacinal de 78,8%. O Estado de São Paulo, como já havia realizado as campanhas de 1987 e 1992 e a cobertura vacinal pelos dados administrativos apresentava-se elevada, resolveu não realizar esta campanha. O sucesso destas iniciativas foi evidenciado pela queda constante dos casos confirmados até 1995, quando foram notificados apenas 11 casos de sarampo em todo o Estado.

Entretanto, apesar de todos os esforços anteriormente realizados, no final de 1996 houve um aumento no número de casos na Grande São Paulo, culminando com a epidemia de 1997, que no Estado alcançou 23.909 casos confirmados por laboratório, uma incidência de 69,9/100.000 habitantes e 23 óbitos.

As coberturas vacinais obtidas para os menores de um ano de idade nas atividades de rotina, em São Paulo, de 1993 a 1995, alcançaram taxas superiores a 95%. No entanto, em 1995 e 1996 caíram para 94%; em 1996 o número de doses aplicadas, no município de São Paulo, foi 15% menor que em 1993. Na Região Metropolitana de São Paulo, excluindo a Capital, e no Interior do Estado a variação foi bem menor (menos que 1%). Assim, no final de 1996, São Paulo já apresentava uma quantidade de suscetíveis elevada na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, o que permitiu o restabelecimento da circulação do vírus do sarampo. Outro fator que possibilitou o incremento de suscetíveis em várias faixas etárias foi a migração de pessoas não imunes para sarampo de outros Estados.

Várias estratégias de controle foram realizadas para o controle desta epidemia: redução temporária da idade de vacinação contra o sarampo para seis meses de idade, vacinação seletiva de profissionais de saúde, vacinação de bloqueio dos comunicantes, vacinação seletiva de escolares e profissionais da educação e campanha de vacinação indiscriminada contra o sarampo para as crianças entre 6 meses e 4 anos de idade. A partir da segunda semana após a campanha de vacinação (agosto de 1997), observou-se uma queda acentuada no número de casos de sarampo. Esta epidemia atingiu praticamente todos os Estados brasileiros.

Segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), em 1998 foram registrados 252 casos de sarampo, a maioria (52%) no primeiro trimestre, refletindo a epidemia do ano anterior, principalmente nos municípios do Interior. Em 1999, foram confirmados 94 casos de sarampo.

Em junho de 2000 foi realizada nova Campanha de Seguimento, em âmbito nacional, na qual foram vacinadas crianças entre 1 e 4 anos, de modo indiscriminado, com a vacina dupla viral (sarampo e rubéola), alcançando 111,37% de cobertura vacinal no Estado. Como resultado de todos estes esforços, a situação epidemiológica vem se modificando, e em 2000 houve redução significativa no número e incidência dos casos de sarampo, encerrando-se o ano com apenas dez casos confirmados no Estado.

Em 2001 e 2002, foram notificados apenas dois casos de sarampo, sendo um em cada ano, ambos importados do Japão, sem evidência de transmissão secundária.

A análise destes dados indica que a transmissão autóctone do sarampo no Estado e no Brasil foi interrompida em 2000. A evidência da não circulação do vírus autóctone no País foi resultado de esforços intensivos para alcançar altas coberturas em todas as estratégias de vacinação realizadas.

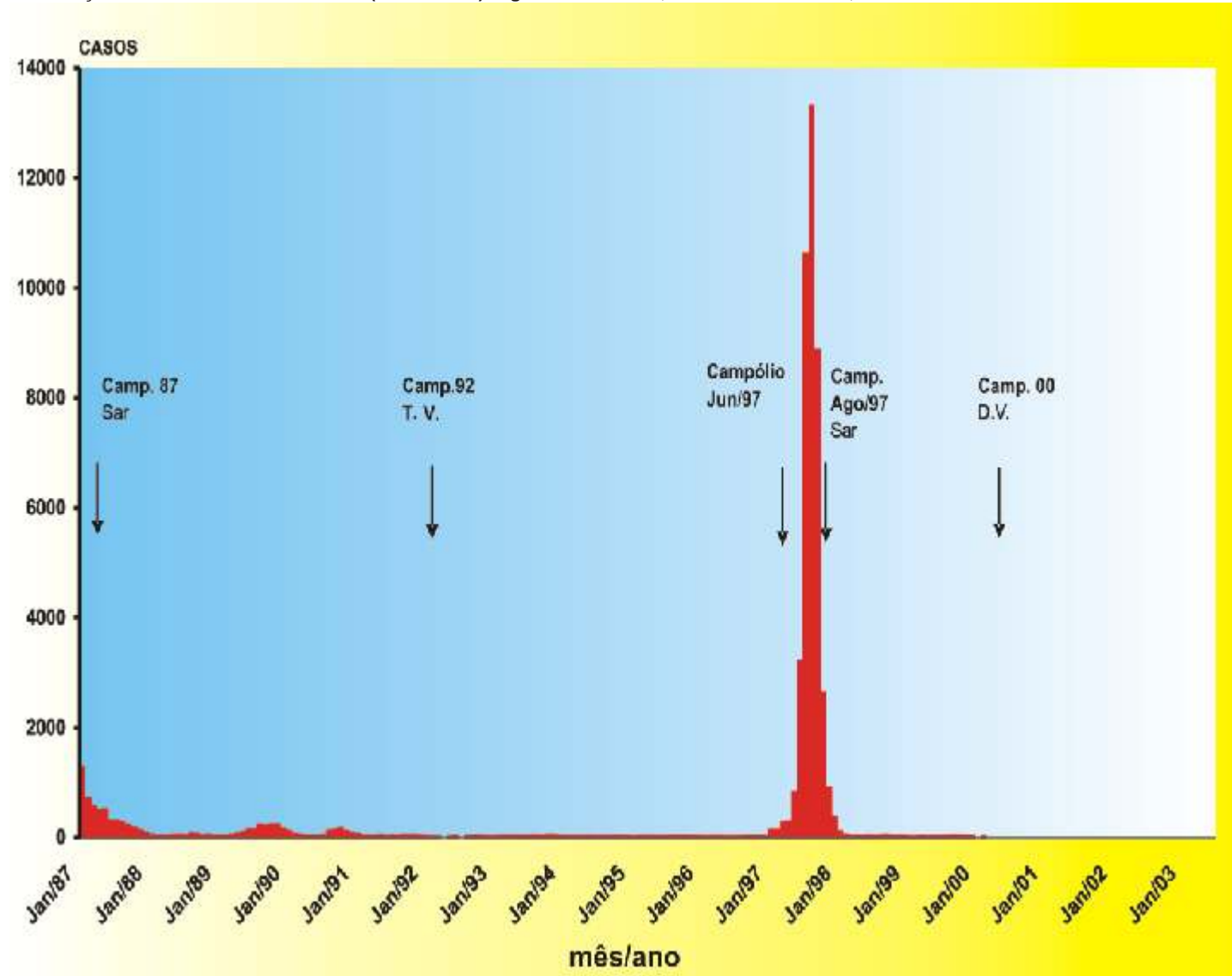
Campanha 2004

No dia 21 de agosto de 2004, juntamente com a segunda fase da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, todas as crianças entre 1 e 4 anos também irão receber a vacina tríplice viral. A partir desta data, será implantada em todo o território nacional a segunda dose desta vacina. No calendário vacinal da

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo a segunda dose será aplicada entre 5 e 6 anos, juntamente com o segundo reforço de DTP e Sabin. Esta medida possibilitará incrementar a cobertura vacinal e a sua homogeneidade e imunizar os eventuais casos de falha primária e secundária, ocorridos após a aplicação da tríplice viral aos 12 meses de idade.

É fundamental, para a manutenção da situação epidemiológica do sarampo, continuar mantendo elevadas coberturas vacinais e uma vigilância epidemiológica ativa. É considerado caso suspeito de sarampo o paciente que apresenta quadro de febre, exantema máculo-papular generalizado e tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente do estado vacinal e idade. Estes casos devem ser investigados, ter uma amostra de sangue coletada para realização de sorologia e notificados à vigilância epidemiológica municipal ou pelo telefone 0800-555466 (Central/CVE/SES/SP).

Sarampo
Distribuição do nº de casos confirmados (LAB. e Clin.) segundo mês e ano, estado de São Paulo, 1987 a 2003



Fonte: Sinan e IAL (30/4/2004)

NOTAS

Conjuntivite Viral

Está disponível, no site do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" (www.cve.saude.sp.gov.br), o informe técnico e a Ficha de Notificação Rápida de Surto de Conjuntivite. Elaborado pelo Serviço de Oftalmologia Sanitária – divisão do CVE responsável pelo desenvolvimento e implantação de ações de saúde ocular e prevenção da cegueira no Estado de São Paulo –, o informe caracteriza a conjuntivite viral, detalhando os agentes etiológicos mais comuns, forma de transmissão, principais sintomas e duração da infecção. Medidas preventivas e terapêuticas também estão indicadas no material. O Serviço de Oftalmologia Sanitária ressalta, ainda, que o diagnóstico específico de surtos de conjuntivite é de extrema importância para que a Vigilância Epidemiológica possa desencadear medidas de prevenção e controle prontamente. A notificação de surtos de conjuntivite pode ser feita nos impressos próprios do Sinan ou por meio de notificação rápida à Central de Vigilância Epidemiológica do CVE, através do 0800-555466.

Propriedade Intelectual e Saúde Pública

Em reunião extra-oficial com autoridades internacionais, representantes do governo e de organizações não-governamentais, realizada no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, no último dia 16 de junho, foram discutidos os desafios e avanços no contexto dos direitos à propriedade intelectual e o acesso aos serviços e insumos de saúde, em especial os relativos ao HIV/Aids. O encontro foi realizado com objetivo de subsidiar e ampliar o debate sobre Direitos de Propriedade Intelectual: Desafios para o Desenvolvimento — promovido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para Aids (Unaid), em parceria com o Centro Internacional para o Comércio e o Desenvolvimento Sustentável (CICDS), — durante a XI Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (Unctad), realizada em São Paulo, de 14 a 18 de junho.

Na reunião, Armand Pereira, presidente do GT/Unaid no Brasil e diretor da Organização Internacional do Trabalho (OIT), declarou que "o acesso a medicamentos está relacionado ao seu preço, e nisso a experiência brasileira é extremamente relevante". Para Julian Fleet, do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids (Unaid, Genebra), "o ativismo de pessoas que vivem com HIV/Aids, a competição gerada pelos genéricos e a disposição políticas de alguns países têm feito os preços de medicamentos caírem nos últimos anos". David Vivas, do *International Centre for Trade and Sustainable Development* (Centro Internacional para Comércio e Desenvolvimento Sustentável), incentivou a sociedade civil a ampliar a discussão referente a patentes e propriedade intelectual, para que esta possa exercer pressão política no sentido de garantir o acesso da população aos medicamentos disponíveis.

Também participaram da reunião Carlos Lopes, coordenador residente do Sistema Nações Unidas no Brasil e representante residente do Programa das Nações Unidas

para o Desenvolvimento (UNDP), e Pedro Roffe, diretor do Centro Internacional para Comércio e Desenvolvimento Sustentável, além de representantes dos programas estadual e municipal de DST/Aids; da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; da Furp; e do Ministério da Saúde, entre outros.

São Paulo Lança Grupo de Observação da Gripe

A partir de agora, todos os municípios paulistas contarão com as ações do Grupo Regional de Observação da Gripe (Grog), cuja missão primordial é a vigilância epidemiológica do vírus, integrando, ainda, uma rede global que alimenta a Organização Mundial de Saúde (OMS) de informações detalhadas sobre a doença. Sob coordenação do professor Luiz Jacintho da Silva, coordenador da CIP e também do Grupo de Implantação da Agência Paulista de Controle de Doenças, o Grog, lançado no último dia 15 de junho, é formado por cerca de 15 pessoas, que irão operacionalizar, de maneira bem apurada, todas as características e peculiaridades da doença no Estado.

Um grupo, com o mesmo nome e missão, já funcionou no Brasil entre 1995 e 2000, numa parceria entre o Instituto Adolfo Lutz, a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta - CDC (EUA), mas quem detinha a sigla era a multinacional franco-alemã Aventis Pasteur, que a cedeu agora à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Durante o lançamento do grupo, Luiz Jacintho explicou que já existe um sistema de vigilância da gripe similar, em todo o País, mantido pelo Ministério da Saúde. Mas o Grog atenderá melhor às necessidades dos conglomerados urbanos, segundo o coordenador do Grog, que contará com a gerência de um comitê formado por representantes do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac", Instituto Adolfo Lutz, Hospital das Clínicas de São Paulo, Unifesp e um integrante da Aventis Pasteur. A marca Grog, originária da França, é usada por grupos de vigilância epidemiológica de vários países.

Na ocasião, o coordenador do Grog informou que a partir de 2005 o Instituto Butantan – que desde 1999 envia a vacina contra gripe, para distribuição nacional – passará a produzir o imunobiológico, graças a um acordo de transferência de tecnologia firmado entre o instituto e a Aventis Pasteur. Para tanto, o Butantan está construindo uma planta para a produção da vacina no País, que é a utilizada pelo Ministério da Saúde em campanhas de vacinação para pessoas com mais de 60 anos de idade. A previsão é de que o Instituto produza quantitativos que atendam toda a demanda nacional. Enquanto é montada a planta para produção da vacina contra a gripe, o Butantan vem desenvolvendo tecnologia e métodos de produção em célula Vero.

Embora a iniciativa seja excelente para o Brasil, porque diminuirá os custos, entre outros benefícios, no curto prazo não será possível promover vacinação gratuita nas crianças de até 5 anos de idade, as principais disseminadoras da gripe no mundo.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

DETECÇÃO* DE LTA POR FAIXA ETÁRIA NO ESTADO DE SÃO PAULO E ANO DE NOTIFICAÇÃO - 1998 a 2004

Faixa Etária Ano	<10 anos		10-19 anos		20-29 anos		30-39 anos		40-49 anos		50-59 anos		60 anos e +		Total	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
1998	36	0,6	73	1,0	76	1,2	79	1,4	81	1,9	62	2,4	101	3,5	508	1,4
1999	44	0,7	90	1,3	95	1,5	119	2,0	116	2,7	97	3,7	137	4,7	698	1,9
2000	39	0,6	70	1,0	104	1,5	120	2,0	109	2,3	89	3,0	137	4,1	668	1,8
2001	56	0,9	100	1,4	89	1,3	136	2,3	95	2	101	3,4	147	4,4	724	1,9
2002	69	1,1	114	1,6	134	1,9	154	2,5	150	3,1	128	4,2	157	4,6	906	2,4
2003	114	1,7	144	2,0	153	2,2	194	3,1	183	3,7	134	4,3	171	5,0	1093	2,8
2004	15	0,2	40	0,5	28	0,4	39	0,6	38	0,8	32	1,0	34	1,0	226	0,6

Fonte: CVE / SINANW

Coef. por 100.000 hab.

Pop. IBGE

* dados provisórios

NÚMERO DE CASOS DE LVA HUMANA POR MUNICÍPIO, INCIDÊNCIA e LETALIDADE NO ESTADO DE SÃO PAULO - 2000 a 2004

Ano Município	2000				2001				2002				2003*				2004			
	Casos	Incid.*	Óbitos	Leta	Casos	Incid.*	Óbitos	Leta	Casos	Incid.*	Óbitos	Leta	Casos	Incid.*	Óbitos	Leta	Casos	Incid.*	Óbitos	Leta
ANDRADINA					13	23,2	1	7,6	19	33,9	4	22,2	17	30,4	3	18,7				
ARAÇATUBA	12	6,9			29	16,6	2	6,8	52	29,8	6	11,5	41	23,5	6	18,1	8	4,0	1	12,6
AVANHANDAVA									1	11,0			1	11,0			1	11,0		
BILAC									1	15,9										
BIRIGUI									4	4,0	1	25	7	7,0	1	25,0	4	4,0	1	25,0
CASTILHO					2	13,3			5	33,2			12	79,7			1	6,6	1	100,0
COROADOS									1	22,1										
GUARAÇAI					1	11,0			1	11,0			3	33,0						
GUARARAPES	1	3,4							4	13,6	1	25	4	13,6			1	3,4		
GUZOLÂNDIA													1	24,6	1	100,0				
LAVÍNIA					1	19,9			2	39,7			3	59,6						
MIRANDÓPOLIS					3	11,4			7	26,5			12	45,5	1	11,1	4	15,2		
MURUTINGA DO SUL										0,0			2	49,6	1	50,0				
PENÁPOLIS					3	5,3			8	14,1			16	28,3	3	27,2				
P. BARRETO													5	20,1			2	8,0		
S. A. ARACANGUÁ													1	14,5						
VALPARAÍSO	2	10,4			5	26,0			5	26,0	1		7	36,5	2	28,6				
DIR VI	15	2,7			57	10,3	3	5,8	110	20,0	13	11,8	132	23,9	18	17,8	21	3,8	3	15,0
Baurú													14	4,2	1	7,1	5	1,5	1	20,0
Guaiçara													1	11,0						
Lins													1	15,2						
Promissão									4	12,5			3	9,3	1	0,3	1	3,1		
DIR X									4	1,1			19	6,5	2	11,1	6	1,5	1	16,7
Adamantina																	1	2,9		
Guarantã													1	15,2	1	100,0	1	15,2		
DIR XIV													1	0,4	1	100,0	2	1,1		
TOTAL Região	15	2,7			57	10,3	3	5,8	114	27,5	13	11,4	151	34,7	21	13,9	29	7,0	4	14,3

* dados populacionais Fundação SEADE

** dados até 28/05/2004