

NESTA EDIÇÃO

Editorial

Tabagismo: uma questão de Saúde Pública

pág. 2

Investigação de Surto de Febre Maculosa na Região de Campinas

Está em curso a investigação de um surto na região de Campinas caracterizado como sendo de Febre Maculosa Brasileira. Ao todo, foram notificados seis casos, com dois óbitos. As Vigilância Epidemiológicas e Sanitárias, o Instituto Adolfo Lutz, a Sucen, a Unicamp e as Secretarias Municipais de Saúde participam da investigação.

pág. 3

Criança: Fumante Passivo sem Opção

Os efeitos do tabagismo em crianças fumantes passivos foi o enfoque do projeto realizado pela Divisão de Doenças Crônicas do CVE, juntamente com a Faculdade de Saúde Pública. Usando metodologia quali-quantitativa, a pesquisa descreveu a realidade das crianças expostas a este importante problema de saúde pública.

pág. 5

Salmonella Enteritidis: Importante Causa de Surtos Bacterianos Veiculados por Alimentos e a Necessidade de uma Nova Regulamentação Sanitária para os Alimentos Implicados

Estudo da Divisão de Doenças de Transmissão Hídricas do CVE avalia a tendência de surtos de diarreia por *Salmonella* e *Salmonella Enteritidis* no Estado de São Paulo e identifica os fatores de risco. Os alimentos que levam ovos crus são apontados como responsáveis por cerca de 70% dos surtos.

pág. 6

Programa Paulista de Análise Fiscal de Alimentos

O Centro de Vigilância Sanitária, as Vigilâncias Sanitárias das Direções Regionais de Saúde e o Instituto Adolfo Lutz realizam o controle sanitário de alimentos por intermédio da coleta planejada de amostras de produtos para análise fiscal. Em 2002, foram analisadas 1.447 amostras, 473 (33%) apresentaram resultados insatisfatórios.

pág. 11

Balanço da Campanha do Idoso 2004

A Campanha de 2004 confirmou a tendência de melhora na cobertura vacinal verificada em 2003. Após a realização de pesquisa de opinião pública, foram identificados os motivos da não adesão às campanhas anteriores, entre eles, o medo das reações adversas da vacina. Com os dados da pesquisa, foi feita a divulgação junto à população sobre a segurança e eficácia da vacina.

pág. 15

Notas

pág. 17

EXPEDIENTE

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

Coordenador: Luiz Jacintho da Silva

Editor: Luiz Jacintho da Silva

Conselho Editorial:

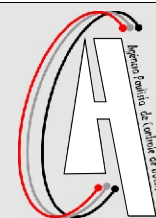
Carlos Magno C. B. Fortaleza - Centro de Vigilância Epidemiológica
Iara Camargo - Centro de Vigilância Sanitária
Carlos Adalberto Sannazzaro - Instituto Adolfo Lutz
Neide Yume Takaoka - Instituto Pasteur
Marcos da Cunha Lopes Virmond - Instituto Lauro de Souza Lima
Fernando Fiuza - Instituto Clemente Ferreira
Artur Kalichman - Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids
Osmar Mikio Moriwaki - Superintendência de Controle de Endemias
Maria Maeno - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Coordenação Editorial

Cecilia Abdalla
Cláudia Malinverni
Sylia Rehder
Núcleo de Comunicação - GTI

Projeto Gráfico/Editoração Eletrônica

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



O Boletim Epidemiológico Paulista é uma publicação mensal do Grupo Técnico de Implantação da Agência Paulista de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Av. Dr. Arnaldo, 351 - 12º andar sl. 1.218

CEP: 01246-902

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

bepa-agencia@saude.sp.gov.br

EDITORIAL

Tabagismo: uma questão de Saúde Pública

Com esta edição, o Boletim Epidemiológico Paulista alerta para um problema que, embora muitos não queiram reconhecer, é uma das mais sérias questões de saúde pública do momento atual e, infelizmente, dos próximos anos. Ainda que o consumo de tabaco seja um costume milenar, foi com a popularização do cigarro de papel, industrializado, de baixo custo, que os efeitos nocivos do tabagismo se constituíram em problema de saúde pública, na verdade, uma epidemia que se inicia nas primeiras décadas do século XX e continua até hoje.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o tabaco é a segunda maior causa mundial de óbitos, sendo responsável pela morte de um em cada dez adultos. Isso significa cerca de cinco milhões de óbitos anuais em todo o mundo. Cerca de metade dos fumantes existentes hoje — algo em torno de 650 milhões de pessoas —, se continuar fumando, morrerá por doença determinada ou agravada pelo tabaco.

A epidemia de tabagismo teve e tem conseqüências sérias. Apesar de o adenocarcinoma pulmonar ter recebido mais destaque, por apresentar o maior risco relativo, é a doença coronariana que apresenta o maior risco atribuível na população. Outras conseqüências importantes do tabagismo, mas muitas vezes esquecidas, são as doenças arteriais, o enfisema pulmonar e o risco aumentado de diversas neoplasias, como a de bexiga, por exemplo.

Paradoxalmente, parece existir certa cumplicidade da sociedade e mesmo dos profissionais de saúde em relação a esta epidemia. Uma epidemia de dengue ou de doença meningocócica jamais ocorreria por muito tempo sem uma reação por parte da opinião pública e dos serviços de saúde. Basta apenas verificar a quantidade de notícias na imprensa, muitas delas alarmantes, sobre a ocorrência de casos de doença meningocócica, mesmo quando não existe uma epidemia. No entanto, a sociedade vem tolerando uma epidemia que já dura quase um século, que determinou e determina um número alarmante de óbitos e de incapacidades, com um custo elevadíssimo para o sistema de saúde, além do custo indireto, também elevado, para a sociedade.

Em junho deste ano, foi publicada a avaliação de 50 anos de seguimento de uma coorte de médicos ingleses, constituída em 1951, para avaliar as conseqüências do tabagismo⁽¹⁾. No artigo, que merece ser lido na íntegra, as conclusões foram de que as conseqüências do tabagismo são mais graves do que se aceitava até então.

Há alguns aspectos do tabagismo que continuam

pouco lembrados. Há dez anos, um estudo caso-controle sobre risco de doença meningocócica em criança em Bristol, na Inglaterra⁽²⁾, já mostrava que um odds-ratio para ocorrência de doença meningocócica de 7,5 (intervalo de confiança de 95% (IC) de 1,46 a 38,66) para criança expostas ao fumo em casa, fumantes passivos, portanto. O risco aumentava com a quantidade de cigarros fumados pelos pais ou outras pessoas do mesmo domicílio, sugerindo uma relação dose-dependente.

Este não foi o único estudo a encontrar uma relação de risco entre fumo e ocorrência de doença meningocócica. Outro estudo caso-controle⁽³⁾, este no estado norte-americano do Oregon, mostrou um odds-ratio para ocorrência de doença meningocócica de 3,8 (intervalo de confiança de 95% (IC) de 1,6 a 8,9) para crianças e adolescentes cuja mãe era fumante. Também em adultos, o odds-ratio para ocorrência de doença meningocócica em fumantes passivos e ativos era de 2,5 (intervalo de confiança de 95% (IC) 0,9 a 6,9) e 2,4 (intervalo de confiança de 95% (IC) 0,9 a 6,6), respectivamente, também com uma correlação dose-resposta. Neste estudo, aproximadamente 37% dos 129 casos poderiam ser atribuídos ao fumo.

Mais recentemente, um estudo caso-controle no País de Gales⁽⁴⁾, para avaliar o risco de estado de portador para a *Neisseria meningitidis*, mostrou também uma significativa associação com o fumo, tanto fumantes passivos como ativos.

O estudo de Levêfre e colaboradores [veja adiante Criança: fumante passivo sem opção], apresentado nesta edição do Bepa, mostra bem que o tabagismo, além de um sério problema de saúde pública, é complexo o bastante para que sua redução não seja um processo simples e pontual. Será necessário um esforço cooperativo de toda a sociedade, mas cabe aos serviços de saúde liderar esse processo. Aí reside uma contradição preocupante. Ainda que as evidências das conseqüências do tabagismo sejam avassaladoras e indiscutíveis, os serviços de saúde são tímidos na implementação de ações para reduzir o uso do tabaco. Não é mais possível tolerar essa situação. A redução, e eventual eliminação, do tabagismo deve ser item prioritário na agenda da saúde pública, sob pena de convivermos na mais descarada hipocrisia.

Luiz Jacintho da Silva

¹Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *BMJ* doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE (published 22 June 2004)

²Stanwell-Smith RE, Stuart JM, Hughes AO et al. Smoking, the environment and meningococcal disease: a case control study. *Epidemiol Infect.* 1994; 112(2):315-28.

³Fischer M, Hedberg K, Cardosi P et al. Tobacco smoke as a risk factor for meningococcal disease. *Pediatr Infect Dis J.* 1997; 16(10):979-83.

⁴Fitzpatrick PE, Salmon RL, Hunter PR et al. Risk factors for carriage of *Neisseria meningitidis* during an outbreak in Wales. *Emerging Infectious Diseases* 2000; 6:65-9.

Investigação do Surto de Febre Maculosa Ocorrido na Chácara Nossa Senhora Aparecida, Município de Vinhedo, Limítrofe com Louveira

Instituições participantes na investigação:

Centro de Vigilância Epidemiológica,

Centro Vigilância Sanitária e Instituto Adolfo Lutz

Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária DIR XII Campinas

Superintendência de Controle de Endemias de Campinas

Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Unicamp

Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária dos

Municípios de Louveira e Vinhedo

Introdução

A propriedade situa-se numa colina que desemboca num lago, utilizado para lazer e pesca. Possui duas casas para os meeiros, dois barracões para embalagem da produção e armazenamento dos agrotóxicos e sete mil pés de figo. São dez moradores, nove adultos e uma criança. Possuem cachorros e galinhas. Relatam presença de capivaras e roedores.

Retrospectiva

Em 28/5/04 a Vigilância em Saúde de Louveira foi notificada pela Santa Casa do município, sobre o óbito de um paciente com suspeita de intoxicação por agrotóxicos. Imediatamente, a equipe técnica iniciou a investigação do caso, relatado a seguir.

Em 26/5/04, A.P.S de 17 anos, residente na chácara, agricultor, procurou o P.S. da Santa Casa, acompanhado por familiares, queixando-se de tonturas, indisposição, diarreia e fraqueza, há cinco dias. Referiu manipular agrotóxicos. Encontrava-se desidratado e foi internado para hidratação e para ser submetido a exames. O primeiro hemograma apresentou significativa plaquetopenia.

Em 27/5/04 o paciente iniciou quadro neurológico com agitação e convulsões. Foram solicitados novos exames, incluindo LCR (normal), hemograma (plaquetopenia) e exames que confirmam insuficiência renal. Não apresentou icterícia nem hemorragias. Às 6 horas foi constatado óbito, sendo atestado intoxicação exógena aguda.

A partir desta investigação, a Vigilância, com a participação da Secretaria Municipal de Agricultura, desencadeou, no mês de junho, ações dirigidas para prevenção de novos acidentes e orientações aos microagricultores da região sobre o uso adequado dos agrotóxicos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI); fez alerta aos profissionais de saúde e publicou matéria educativa no jornal da Cidade. Realizou o 2º Evento Municipal sobre

Saúde e Segurança do Trabalhador Rural, contando com a participação da equipe do Centro de Controle de Intoxicações da Unicamp, que iniciou o monitoramento clínico/laboratorial desses trabalhadores.

Simultaneamente, foram tomadas as medidas legais cabíveis, como instauração de inquérito policial, Comunicado de Acidente de Trabalho e denúncia ao Ministério do Trabalho. Até então, toda investigação estava direcionada somente para intoxicação por agrotóxico.

Na manhã do dia 29/6, a Santa Casa de Louveira, transfere para a Unicamp o paciente S.C., 38 anos tio de A.P.S., residente e trabalhador na mesma propriedade, com quadro de confusão mental, oligúria, prostração, dispnéia e demência, que foi a óbito às 18 horas.

No dia seguinte, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Unicamp notificou a Vigilância Epidemiológica (VE) da Direção Regional de Saúde de Campinas (DIR XII) as suspeitas de leptospirose, hantavirose, febre maculosa e intoxicação por agrotóxico. Foram encaminhados materiais para análise no IAL, realizada necropsia e atestado como causa da morte diátese hemorrágica e choque séptico.

Numa investigação mais minuciosa, foi constatado que o paciente supracitado havia procurado o PS da Santa Casa de Vinhedo, no dia 25/6, referindo indisposição, febre, diarreia e vômitos. Foi liberado com diagnóstico de "virose". Família referiu que o mesmo havia sido picado por carrapato.

Nesse mesmo dia (30/6), a Santa Casa de Louveira transferiu para Unicamp o paciente R.C.S., 42 anos, cunhado de S.C., com febre, cefaléia, vômitos, diarreia e comprometimento do estado geral e com as mesmas suspeitas diagnósticas. Após tratamento, teve alta no dia 08/7.

Diante de novas ocorrências e definição territorial (a propriedade está localizada no município de Vinhedo), implementou-se a integração das Vigilâncias municipais, assessoradas pela VE e Visa da DIR XII e Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), desencadeando visita ao local, para inspeção/investigação, no dia 02/7, inclusive com a participação de técnico do Centro de Vigilância Sanitária.

Tendo em vista o observado na inspeção/investigação, foram tomadas as seguintes providências:

- lavrado Termo de Interdição e Apreensão (cautelar) dos produtos agrotóxicos;
- solicitada adequação de área física para acondicionamento dos figos separada do armazenamento dos agrotóxicos, bem como descarte das embalagens;

- orientações para os moradores quanto à necessidade de se evitar acúmulo de lixo em torno das casas, para diminuir ou sanar a atração de roedores até o local, bem como orientações de como proceder limpeza e desinfecção da casa, frente às suspeitas de hantavirose e leptospirose;
- intensificação do monitoramento dos moradores, voltado ao novo perfil epidemiológico;
- coleta de carrapatos por técnicos da Sucen e dos municípios;
- coleta de água de vários pontos da propriedade (lago, poço e casa) e peixes para investigação de agrotóxicos;
- intensificação das informações aos profissionais de saúde e população.

No dia 15/7, J.C.R., 26 anos, residente e trabalhador na mesma propriedade foi internado na Santa Casa de Louveira, referindo cefaléia, febre, mialgia e vômito há um dia. Com piora progressiva do estado geral, foi transferido para a UTI da Unicamp, apresentando exantema, insuficiência

respiratória aguda e choque séptico. Mantem-se internado, até a presente data, por complicações de uma internação prolongada.

Em 19/7, A.C.C.F, 38 anos, médico veterinário da VE da DIR que participou da visita ao local, foi atendido na Unicamp, com história de febre, mialgia, dor abdominal, exantema, prostração, petéquias e artralgia, desde 14/7.

Submetido a exames clínico-laboratoriais, foi notificado e tratado ambulatorialmente para febre maculosa, pois referia picada de carrapato.

Em 20/7, M.A.C, 43 anos (mãe de A.P.S, irmã de S.C. e cunhada de R.C.S.), procurou a Santa Casa de Louveira com dor abdominal, indisposição, inapetência e emagrecimento. Foi encaminhada à Unicamp para investigação diagnóstica, sendo avaliada no PS, ficou em observação por algumas horas. Submetida a exames clínico-laboratoriais, e devido ao vínculo epidemiológico, foi notificada como suspeita de febre maculosa, hantavirose e leptospirose. Vinha sendo monitorada pelo CCI da Unicamp, desde o primeiro óbito, para intoxicação por agrotóxico.

Análise tabular dos casos - febre maculosa

Paciente	Sexo/Idade	Início dos Sintomas	Quadro Clínico	Result. Lab.	Evolução
A. P.S.	M /17	25/Mai	Tontura, tremores, adenamia, palidez, agitação, diarreia e cólicas, adinamia e vômitos	FMB SNR não reagente HANTA não reagente	óbito em 27/5/04
S.C.	M/38	24/Jun	Febre, cefaléia, mialgia, vômito, diarreia, confusão mental, dispnéia, prostração	Exame imuno-histoquímico FMB positivo HANTA negativo Lept negativo Dengue negativo	Óbito 29/6/04
R.C.S.	M/42	28/Jun	Febre, cefaléia, mialgia, exantema, vômito, diarreia, prostração e hiperemia conjuntival	FMB positivo Lepto negativo HANTA negativo	Internação com alta em 8/7/04
J.C.R.	M/26	14/Jul	Febre, cefaléia, mialgia, exantema, vômito, prostração, insuficiência respiratória aguda, choque séptico	HANTA negativo, demais aguardando resultados	Internação UTI até presente data
A.C.C.F.	M/38	14/Jul	Febre, cefaléia, mialgia, exantema, prostração, petéquias, artralgia	FMB não reagente	Tratamento ambulatorial
M.A.C.	F/43	16/Jul	Mialgia, dor abdominal, indisposição, inapetência e disúria	Aguardando resultados	Em monitoramento

Investigação acarológica

Laudo da pesquisa de carrapatos coletados nos dias 1 e 2/7/04, tendo sido capturados uma fêmea de *Amblyomma cooperi* na armadilha atrativa de CO₂ e 37 larvas de *Amblyomma* (micuim) no corpo dos capturadores. Sobre esses carrapatos, pode-se dizer que o *Amblyomma cooperi* tem como hospedeiros primários as capivaras, sendo que na região de Campinas bactérias da espécie *Rickettsia belli* já foram isoladas destas espécies de carrapatos. Estudos complementares são necessários para avaliar a importância epidemiológica que estes carrapatos representam na transmissão da Febre Maculosa Brasileira na região.

Também foi identificado em um dos cães carrapato da espécie *Rhipicephalus sanguineus*.

Resultados das amostras coletadas

Os laudos de análises para pesticidas nos peixes e na água, foram negativos.

Conclusão

O surto está caracterizado como sendo Febre Maculosa Brasileira e aguardamos demais resultados laboratoriais pendentes. Os moradores continuam sendo monitorados.

Criança: Fumante Passivo sem Opção

Fernando Lefèvre, Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, Isabel M. T. Bicudo Pereira, Glacilda T. M. Stewien, Antonio P. Mirra¹; Neusa Guaraciaba dos Santos Oliveira²; Ana Paula Cavalcanti Simioni³; Ivany Yara de Medeiros⁴

¹Faculdade de Saúde Pública da USP

²Doutora em Psicologia pela USP

³Doutoranda pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP

⁴Mestranda pela Faculdade de Saúde Pública da USP

Apresentação

A problemática do tabagismo passivo tem sido amplamente abordada na literatura específica, mas, parece-nos, trabalhos com o enfoque do presente são raros.

O projeto de investigar a criança como fumante passivo, de seu ponto de vista e do ponto de vista de seus pais tabagistas, tudo isso analisado a partir de uma perspectiva metodológica qualitativa e quantitativa, visa descrever a realidade da criança vítima involuntária do tabagismo praticado por seus pais, procurando esmiuçar o detalhe destas auto e hétero visões, entrando a fundo no conteúdo das represen-

tações sociais associadas a este importante problema de saúde pública.

Trata-se de uma perspectiva metodológica inovadora no que tange ao processamento e apresentação dos dados, que, além e até em função disso, pode ser de utilidade para aumentar a eficiência e eficácia da necessária interferência pedagógica diante do problema em tela. Ou seja, este tipo de pesquisa permite espelhar detalhadamente as representações sociais existentes sobre um dado tema, o que faz com que a população pesquisada possa se “ver” e ser “vista”, muito nitidamente, como coletividade.

Ora, isso é de grande utilidade pedagógica no caso do tabagismo e, dentro dele, no que toca ao problema do tabagismo passivo: através dos discursos coletivos gerados nesta pesquisa, caso estes discursos sejam “devolvidos” aos pais e professores, será possível ver com muita clareza as fantasias dos filhos a respeito dos pais que fumam. Sabe-se que fantasias não são a realidade e mesmo, como é caso aqui, quando estas fantasias são “antitabagísticas”, tal antitabagismo é de curto fôlego e não têm condições de resistir ao “impacto da realidade”, quando as crianças percebem que seus pais não morrem, necessariamente, nem ficam automaticamente cancerosos se fumarem.

Por outro lado, os resultados de tal pesquisa podem ser de grande utilidade para que os professores possam, com base neles, dirigirem-se, em atividades curriculares ou extracurriculares, aos alunos da faixa etária pesquisada, para que, juntos, possam discutir, a partir dos próprios pensamentos dos alunos, a problemática do tabagismo como um todo e do tabagismo passivo em especial.

Finalmente, os resultados desta pesquisa para o campo sanitário mostram que as informações relativas aos efeitos, em termos de morbi mortalidade, do tabagismo e em especial do tabagismo passivo, a serem repassadas ao público em geral, ainda que preservando sempre a gravidade do problema, devem procurar evitar o falso alarmismo (revelado claramente na fala dos alunos), que pouco contribui para a melhora dos indicadores de saúde.

Versão integral da pesquisa para download



Salmonella Enteritidis - Uma Importante Causa de Surtos Bacterianos Veiculados por Alimentos e a Necessidade de uma Nova Regulamentação Sanitária para os Alimentos Implicados, São Paulo, Brasil, 1999-2003

Maria Bernadete de Paula Eduardo, Elizabeth Marie Katsuya, Nidia Pimenta Bassit, Maria Lúcia Rocha de Mello
Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DDTHA), Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil

Introdução

A *Salmonella Enteritidis*, uma bactéria considerada emergente, surgiu nos Estados Unidos e países da Europa, nos anos 80, como o sorotipo mais comum de *Salmonella* causador de surtos ou casos esporádicos de diarreia, associados ao consumo de ovos crus ou mal-cozidos e de aves⁽¹⁾. Segundo alguns estudos, ocupou o nicho ecológico deixado pela erradicação da *Salmonella Gallinarum* das aves, propiciando dessa forma um aumento das infecções em humanos⁽²⁾. É uma toxinfecção alimentar, enquadrando-se, genericamente, no grupo de doenças designadas por Salmoneloses.

Causa geralmente febre, cólicas abdominais e diarreia, que pode apresentar grumos de sangue. A doença dura entre 4 a 7 dias, e a maioria das pessoas se recupera apenas com a reposição de sais e líquidos. Contudo, a diarreia pode ser severa, e o paciente necessitar de hospitalização. Geralmente é mais grave em idosos, crianças, gestantes e imunodeprimidos, podendo a infecção se disseminar através da corrente sanguínea para outros órgãos e causar a morte, exigindo, nestes casos, pronto-tratamento com antibiótico. As principais complicações são artrite, cistite, meningite, endocardite, pericardite e pneumonia⁽³⁾.

Investigações epidemiológicas de surtos por *S. Enteritidis*, com casos que demandaram internação, mostram a importante gravidade dos casos⁽⁴⁾. Além disso, cabe destacar a resistência da *S. Enteritidis* a antimicrobianos⁽⁵⁾, inclusive das cepas circulantes no Estado de São Paulo, conforme estudo realizado no IAL, que detectou que 65% das cepas eram resistentes a antibióticos, a maioria a uma ou duas drogas, algumas delas multiresistentes a até sete antimicrobianos⁽⁶⁾.

Surtos transmitidos por alimentos (incluída a água) são de notificação compulsória e, desde 1992,

o Centro de Vigilância Epidemiológica "Alexandre Vranjac" (CVE) é o responsável pela coordenação estadual de suas investigações e coleta de dados, conduzidas por equipes municipais e/ou regionais. Nos anos de 1999 e 2003, o sistema de vigilância de surtos de doenças transmitidas por alimentos (VE - DTA) foi reavaliado e enfatizado o treinamento das equipes regionais e municipais em metodologia de investigação (estudos de coorte e de caso-controle), modificados os formulários de coleta para melhoria da qualidade do registro de dados^(7,8), reorganizados os fluxos de envio de amostras para os laboratórios para aumentar a detecção do agente etiológico, buscando-se, ainda, uma maior integração com a vigilância sanitária e outros órgãos responsáveis pelo controle de qualidade da água e do alimento.

A identificação precoce de surtos, de sua epidemiologia e fatores que contribuem para sua ocorrência, é uma prioridade na investigação e fornece subsídios importantes às ações de controle e prevenção. A vigilância epidemiológica de surtos de diarreia, identificando patógenos, vias de transmissão e fatores de risco, é também essencial para as ações de vigilância sanitária, fornecendo subsídios para intervenções adequadas em práticas de preparação de alimentos, programas de educação de manipuladores, conscientização dos consumidores, revisão de regulamentos sanitários. Também contribui para a melhoria do atendimento médico ao paciente, para mudança de condutas no tratamento da doença, para a redução de riscos de morbidade e mortalidade, prevenção e controle de surtos, dentre outras medidas.

Nos Estados Unidos e Europa a *Salmonella* é considerada um grave problema de saúde pública, que demandou não apenas a implantação de uma rede Network de notificação e informação entre os países sobre o patógeno, com recentes esforços para inclusão dos países da América Latina^(9,10,11), como a modificação de seus códigos sanitários. Tais esforços visam não apenas as práticas de higiene para a criação de aves e produção de ovos, mas a conscientização do consumidor sobre os perigos da bactéria^(1,12,13,14).

O mecanismo de transmissão através do consumo de ovos intactos, que poderiam, portanto, ter sido infectados antes da postura, só recentemente tornou-se conhecido. Assim, além da contaminação externa dos ovos pela matéria fecal eliminada pelas galinhas, a *S. Enteritidis* contamina os ovários da galinha (transmissão transovariana⁽³⁾). Dessa forma, apesar de medidas rígidas de higiene estabelecidas pelos regulamentos em vários países, inclusive no Brasil e Estado de São Paulo, pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

(Mapa), secretarias de Agricultura e Vigilâncias Sanitárias, para a criação das aves e produção dos ovos, os desafios para o controle dessa bactéria têm sido grandes.

De acordo com o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, estima-se que há um ovo contaminado com *S. Enteritidis* para cada 20 mil ovos, o que significa que naquele país cerca de 2,7 milhões de ovos, anualmente, podem conter essa bactéria⁽¹²⁾.

Embora sejam inúmeros os trabalhos publicados que indicam a importância da *S. Enteritidis* como um problema de saúde pública no Brasil, e grande a ênfase dada, a partir de 1999, ao sistema nacional de vigilância epidemiológica de surtos de doenças transmitidas por alimentos, ainda são escassos os dados sobre a situação das Salmoneloses em nível nacional.

No Estado de São Paulo, além da implementação da vigilância epidemiológica de surtos, a vigilância da *Salmonella* inclui a notificação obrigatória e encaminhamento da cepa identificada para o Instituto Adolfo Lutz (IAL) para confirmação e sorotipagem.

Um estudo realizado pelo IAL, no período de 1991 a 1995, analisando 5.490 cepas de *Salmonellas* (2.254 cepas de infecções humanas e 3.236 cepas de materiais de origem não humana), já detectava um crescente aumento do sorotipo, que passava de 1,2% em 1991 para 64,9% em 1995⁽¹⁵⁾. Uma avaliação realizada pela DDTHA/CVE sobre as características de surtos em restaurantes, com dados notificados no período de 1999 a 2002, mostrou a importância das bactérias como causadoras dos mesmos, e dentre elas, a *S. Enteritidis*, veiculada por alimentos preparados principalmente à base de ovos, em especial a maionese feita com ovos crus⁽¹⁶⁾.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a tendência de surtos de diarreia por *Salmonella* e *S. Enteritidis* no Estado de São Paulo, identificar os fatores/práticas de risco e alimentos associados, estimar a incidência de casos por *S. Enteritidis* e a importância da doença como problema de saúde, e apresentar as recomendações propostas aos órgãos reguladores responsáveis pelo controle sanitário dos alimentos implicados.

Métodos

Para avaliar a tendência da ocorrência de surtos de diarreia por *Salmonella* e *S. Enteritidis*, estimar a incidência de casos de diarreia por *S. Enteritidis* e identificar fatores/práticas de risco e alimentos associados, foram examinados dados de surtos de diarreia notificados ao sistema de VE-DTA DDTHA/CVE, no período de 1999 a 2003, de outras

fontes secundárias de registros de dados (AIH/Datasus) e de outros estudos realizados em nível estadual, nacional ou internacional.

Resultados e Discussão

Entre 1999 e 2003 foram notificados ao CVE 1.024 surtos de diarreia, envolvendo 27.499 casos. Dos 459 surtos com etiologia identificada, 325 (70,8%) foram causados por bactérias. Dentre os surtos por bactéria, 140 (43,1%) foram devido à *Salmonella*, envolvendo 3.001 pacientes. Dos 74 surtos por *Salmonella* com identificação do sorotipo, 66 (89,2%) foram devido à *S. Enteritidis* (quadro 1 e figura 1).

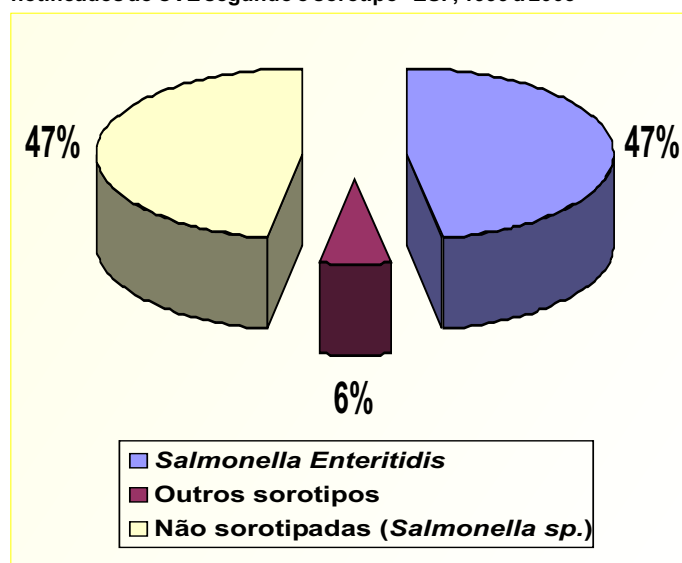
Quadro 1 - Surtos de diarreia de Doenças Transmitidas por Alimentos e respectivos casos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, 1999 a 2003*

Tipo dos Surtos	Nº. Surtos	Nº. Casos
Total de Surtos de Diarreia	1.024	27.499
Com Etiologia Identificada	459	16.752
Por Bactéria	325	9.270
Por <i>Salmonella</i>	140	3.001
Sorotipos identificados	74	1.314
Por <i>Salmonella Enteritidis</i>	66	1.254

Fonte: DDTHA/CVE-SES/SP

(* 2003 = Dados provisórios obtidos de relatórios, enviados até primeira quinzena de dezembro de 2003

Figura 1 - Distribuição percentual dos surtos por *Salmonella* notificados ao CVE segundo o sorotipo - ESP, 1999 a 2003*



Fonte: DDTHA/CVE-SES/SP

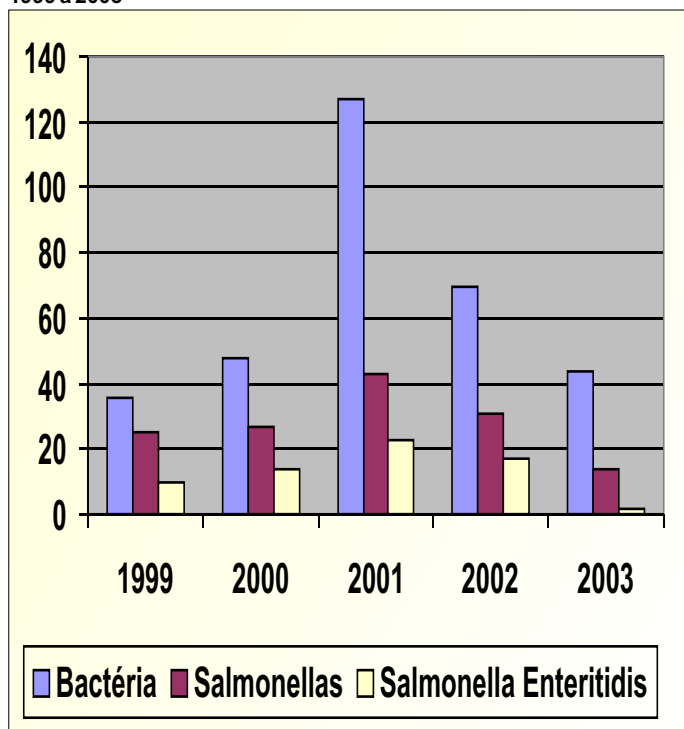
(* 2003 = Dados provisórios obtidos de relatórios, enviados até primeira quinzena de dezembro de 2003

O número alto encontrado de *Salmonella sp.*, isto é, não sorotipada, indica que, apesar das orientações feitas em treinamentos, as cepas não estão sendo encaminhadas para o IAL para a devida identificação.

A incidência geral média de casos de *Salmonella* em surtos de diarreia notificados ao CVE, no período de 1999 a 2003, foi de 1,6/100.000 habitantes. Entretanto, uma análise sobre morbidade hospitalar realizada pela DDTHA/CVE para o ano 2002, referente a pacientes internados em hospitais conveniados ao SUS (fonte: AIH/Datasus) mostrou que 1.045 pacientes foram hospitalizados com diarreia devido à *S. Enteritidis*, o que representou uma taxa de 2,7/100.000 habitantes somente por esse sorotipo. Por sua vez, o coeficiente de casos envolvidos em surtos pelo mesmo sorotipo, em 2002, notificados ao CVE, foi de apenas 0,6/100.000 habitantes. Os casos internados, rastreados, não foram notificados ao sistema de vigilância, indicando que, além de uma importante subnotificação, as taxas por *S. Enteritidis* na população seriam bem mais altas.

A distribuição do número de surtos de diarreia por bactérias, por *Salmonella* e *Salmonella Enteritidis*, pode ser observada pela figura 2.

Figura 2 - Distribuição do número de surtos por bactérias, *Salmonellas* e *Salmonella Enteritidis*, notificados ao CVE - ESP, 1999 a 2003*



Fonte: DDTHA/CVE-SES/SP
 (*) 2003 = Dados provisórios obtidos de relatórios, enviados até primeira quinzena de dezembro de 2003

Quanto aos alimentos implicados, verificou-se no período que ovos crus ou mal-cozidos e outros

pratos à base de ovos estavam associados a 70% dos surtos por *S. Enteritidis* e a 67% por *Salmonella sp.* (sem a identificação de sorotipo). Essa relação com ovos sugere que o percentual por *S. Enteritidis* pode ser bem mais alto, se essas *Salmonella sp.* fossem subtipadas. Aves, carnes bovinas e suínas foram implicadas em cerca de 5% dos surtos por *S. Enteritidis* e em quase 15%, por *Salmonella sp.* Outros sorotipos identificados não estavam associados a ovos ou aves. O principal fator de risco identificado foi o hábito alimentar da população em preparar maionese com ovos crus, coberturas de bolo e musses com claras cruas ou ingestão de ovos mal-cozidos, hábitos ou práticas que são responsáveis por grande parte dos surtos, não apenas domésticos, mas em restaurantes e outros estabelecimentos que comercializam alimentos preparados com ovos⁽¹⁶⁾. Observou-se, também, que os casos de *Salmonella* apresentam maior frequência nos meses de verão, que concentraram, nos anos analisados, cerca de 40% do total de surtos por essa bactéria.

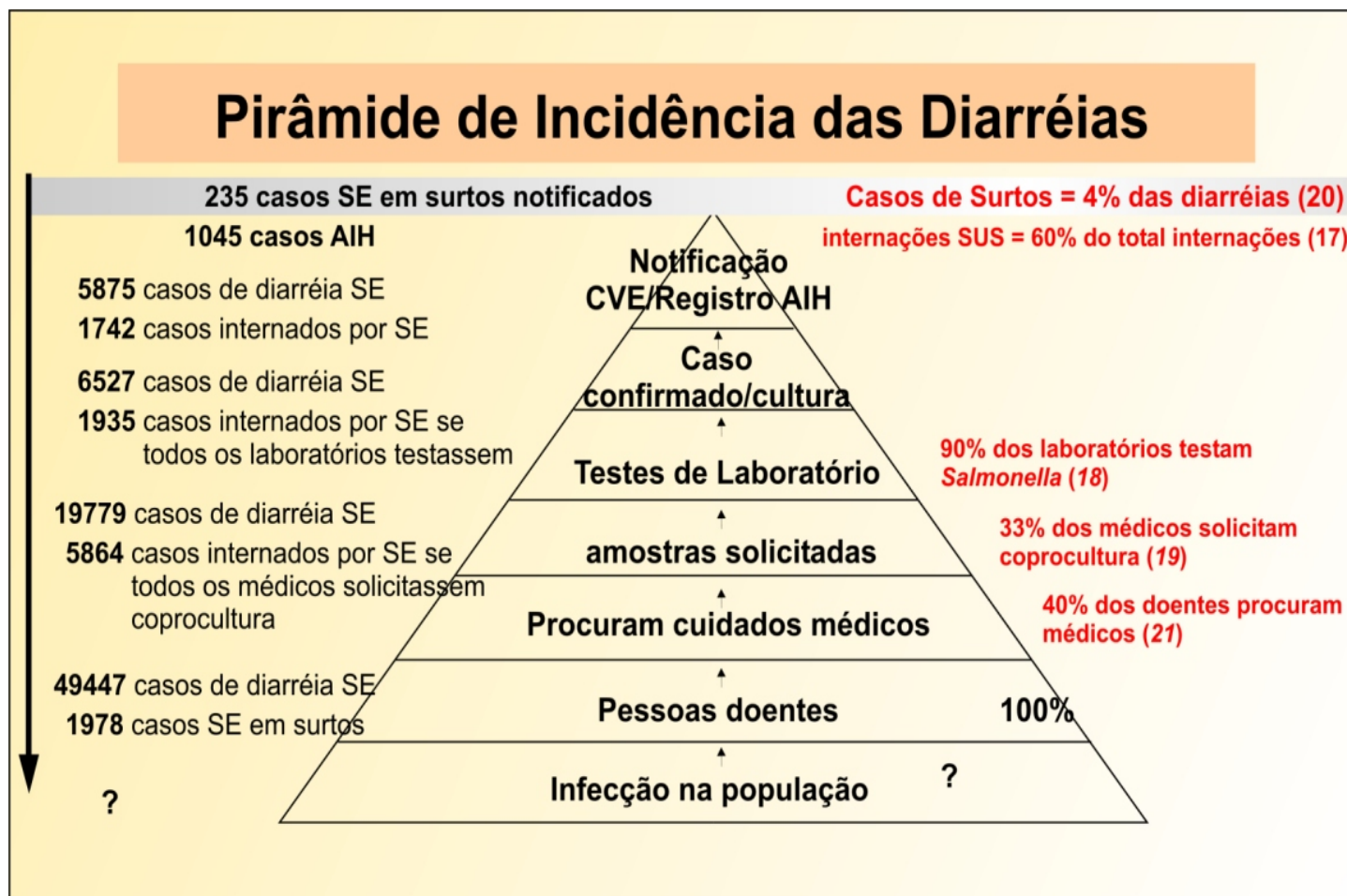
Estimativas sobre a incidência de toxinfecções por *S. Enteritidis* com base nos dados do sistema AIH/Datasus e de surtos notificados ao VE DTA, do ano 2002, e em parâmetros obtidos em estudos anteriores, conduzidos pelo CVE^(17,18,19,20,21), permitem inferir que, anualmente, ocorrem mais de 50 mil casos de diarreia e cerca de 6.000 internações devido a esse sorotipo, o que representaria um coeficiente de casos de 145/100.000 habitantes (quadro 2 e figura 3).

Quadro 2 - Número de casos e coeficientes* de *S. Enteritidis* (SE) registradas por fontes oficiais e estimadas** para o Estado de São Paulo, Ano 2002

Situação dos Casos	SE registradas por fontes oficiais		SE estimadas pelo estudo	
	Nº. Casos	Coeficientes*	Nº. Casos	Coeficientes*
Internados	1.045 ***	2,7	5.864	15,4
Envolvidos em surtos	235 ****	0,6	49.447	129,5
TOTAL	1.280	3,3	55.311	145,0

Fonte: DDTHA/CVE
 (*) Coeficientes por 100 mil habitantes (população utilizada ano 2002=IBGE);
 (**) Segundo os parâmetros dos estudos do CVE^(17,18,19,20,21)
 (***) Fonte: AIH/Datasus
 (****) Fonte: VE DTA - DDTHA/CVE

Figura 3 - Pirâmide de incidência das Diarréias: casos internados e casos envolvidos em surtos por *S. Enteritidis* registrados por fontes oficiais e estimadas no estudo - 2002



Segundo a Associação Paulista de Avicultura (APV)⁽²²⁾ o brasileiro consome 94 ovos per capita ano. Aplicando este parâmetro de consumo de ovos para a população do Estado de São Paulo e utilizando o parâmetro internacional de contaminação do ovo pela *S. Enteritidis*⁽¹²⁾, estima-se que cerca de 380 mil ovos podem conter essa bactéria, e que, se preparados, inadequadamente, podem causar casos de diarréia esporádicos ou surtos. Fatos que agravam essa situação são o transporte e armazenamento no comércio sem a devida refrigeração dos ovos e o armazenamento caseiro também geralmente fora da geladeira que permite a multiplicação da bactéria, e a venda e/ou uso de ovos com cascas quebradas.

Apesar de esforços das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária para a conscientização do problema junto aos consumidores e manipuladores de alimentos, de matérias educativas divulgadas na imprensa, de material técnico e educativo disponível na Internet (<http://www.cve.saude.sp.gov.br>, Doenças Transmitidas por Água e Alimentos), a própria mídia, através de programas ou matérias sobre culinária, ainda mantém o hábito do preparo de maionese com gema crua⁽²³⁾.

Conclusões

A análise da distribuição dos surtos no período e estimativas da incidência de casos de diarréia mostram que a *S. Enteritidis* é um importante problema de saúde pública no Estado de São Paulo e está associada, principalmente, ao hábito do consumo de ovos crus ou mal cozidos. Detectou-se ainda uma significativa proporção de surtos por *Salmonella* associada ao consumo de aves, carnes bovina e suína, provavelmente, decorrente do cozimento inadequado do produto ou de outros fatores críticos no preparo.

Á despeito das conhecidas medidas de controle sobre as granjas, no âmbito dos órgãos da Agricultura, e da legislação sanitária vigente, os estudos conduzidos pelo CVE indicam que há necessidade de se introduzir outras medidas que protejam o consumidor de ovos e aves para a redução da morbidade da doença por *Salmonella* e *S. Enteritidis*.

Com base nestes achados, o CVE encaminhou recomendações como subsídios para a elaboração de uma nova regulamentação sanitária à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e ao Mapa, sugerindo, além da ênfase nos programas de controle microbiológico e higiene das granjas, que nos rótulos

das embalagens contenham advertências sobre os riscos à saúde ao consumir o produto cru ou mal cozido à saúde, dentre outras orientações de uso, preparo e conservação⁽²⁴⁾.

O estudo em questão mostrou também uma maior sensibilidade do sistema VE DTA no Estado de São Paulo em captar surtos veiculados por alimentos, quando comparamos o período analisado com os anos anteriores. Contudo, a subnotificação e a notificação tardia de surtos representam ainda um importante desafio. Melhorar também a capacidade de identificação laboratorial de patógenos e implementar a vigilância ativa da *Salmonella* com base em laboratório são prioridades para monitorar as tendências da *S. Enteritidis* e de outras salmoneloses, assim como imprescindíveis para avaliar as contribuições de medidas sanitárias que deverão atingir não apenas o produtor, mas o consumidor, visando a redução destes surtos e casos na população.

Referências

1. CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). Outbreaks of *Salmonella Serotype Enteritidis* Associated with Eating Shell Eggs - United States, 1999-2001. *MMWR* 2003; 51(51):1149-1152.
2. Rabsh W *et al.* Competitive exclusion of *Salmonella Enteritidis* by *Salmonella Gallinarum* in Poultry. *EID* 2000; 6(5):444-448.
3. DDTHA/CVE (Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar/Centro de Vigilância Epidemiológica). *Salmonella Enteritidis/Salmoneloses*. InformeNet DTA [on line] 2000. Disponível da URL: <http://www.cve.saude.sp.gov.br> <Doenças Transmitidas por Água e Alimentos><Doenças><Bactérias>.
4. Uehara OY, Miyazaki NH, Sakata MV. Gravidade de surto de Doenças Transmitidas por Alimentos: relato de cinco casos internados em consequência de surto de diarreia na cidade de São Caetano do Sul, em maio de 2002. *REV NET DTA* 2003; 3(1):11-18. Disponível da URL: <http://www.cve.saude.sp.gov.br> <Doenças Transmitidas por Água e Alimentos><REV NET DTA>.
5. Tallgeir H, Hayes P, Mokhtar M, Fracaro ML, Threfall EJ, Angulo FJ. Emerging Quinolone-Resistant *Salmonella* in the United States. *EID* [serial on line] 1997 Jul-Sep; 3 (3):[2 screens]. Available from URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol3no3/hayes.htm> (Updated: 05/28/1998).
6. Fernandes SA, Ghilard ACR, Tavechio AT, Fiori V, Santos LF, Fernandes IAO, Latrilha FO. Resistência antimicrobiana de sorotipos de *Salmonella* isolados de origem humana e não humana, no estado de São Paulo, no período de 1996-2003. *Anais do V Encontro do Instituto Adolfo Lutz - Encontro Nacional dos Lacens*; outubro de 2003, São Paulo, Brasil. São Paulo: IAL, 2003, p.26.
7. CVE (Centro de Vigilância Epidemiológica). Manual de Investigação de Surtos - Sistema de Informação. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1999.
8. DDTHA/CVE (Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar/Centro de Vigilância Epidemiológica). Atualização Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmitidas por Água e Alimentos - Investigação de Surtos. InformeNet DTA [on line] 2004. Disponível da URL: <http://www.cve.saude.sp.gov.br> <Doenças Transmitidas por Água e Alimentos><Manuais e Documentos Técnicos>.
9. Enter-Net. International Surveillance Network for the enteric *Salmonella* and VTEC O157. Available from URL: http://www.hpa.org.uk/inter/enter-net_outbreaks.htm.
10. WHO (*World Health Organization*) and CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). WHO Global Salm-Surv Strategic Plan - 2001 -2005 (Draft - Technical Document). Atlanta: WHO and CDC; 2001.
11. CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). Proposal for a hemispheric disease epidemiology network Epi-ETA (ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos or foodborne diseases). (Draft - Technical Document). Atlanta; 2001. Epi-ETA Site: <http://www.epi-eta.org>.
12. FDA (*Food and Drug Administration*). Safer Eggs: laying the Groundwork. USA: FDA; 1999.
13. CODEX. Proposed Draft Code of Hygienic Practice for Eggs and Eggs Products (Draft - Technical Document). Australia: CODEX; 2004.
14. Council regulation (EC) No. 2052/2003 of 17 November 2003 Amending Regulation (EEC) No. 1907/90 on certain marketing standards for Eggs. *Official Journal of the European Union* 2003; L3051:22.12.2003. Available from URL: http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2003/L_3051/L30520031122en000110002.pdf.
15. Tavechio AT, Fernandes SA, Neves BC, Dias AMG, Irino K. Changing patterns of *Salmonella* serovars: increase of *Salmonella Enteritidis* in Sao Paulo, Brazil. *Rev. Inst. Med. Trop.* 1996; 38(5):315-322.
16. Eduardo MBP, Katsuya EM, Bassit NP. Características dos Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos associados a Restaurantes no estado de São Paulo, 1999-2002. *Rev Hig Alimentar* 2003; 17(104/105):60.
17. SES/SP (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo). Parâmetros para o Planejamento em Saúde/Fatura AIH/Datasus (Documento Técnico); São Paulo: SES/SP, 2003.
18. Lancerotto EM, Conde MTRP, Mansho W. Inquérito laboratorial de avaliação da capacidade de detecção de patógenos relacionados às Doenças Transmitidas por Alimentos no Estado de São Paulo, ano 2000. *REV NET DTA* 2002; 2(3):40-43. Disponível da URL: <http://www.cve.saude.sp.gov.br> <Doenças Transmitidas por Água e Alimentos><REV NET DTA>.

19. CVE (Centro de Vigilância Epidemiológica). Manual de Vigilância Ativa de Doenças Transmitidas por Alimentos - Normas e Instruções. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2003; p. 7.

20. DDTHA/CVE (Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar/Centro de Vigilância Epidemiológica). Avaliação dos dados do programa de MDDA - Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas na Região de Piracicaba - DIR XV, ano 2001.(Documento Técnico). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2002.

21. CVE (Centro de Vigilância Epidemiológica). Manual de Vigilância Ativa de Doenças Transmitidas por Alimentos - Normas e Instruções. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2003; p. 8.

22. Folha de São Paulo [on line]. Brasileiro come 94 ovos por ano; três vezes menos que os japoneses, 20/8/2003. URL: <http://www1.folha.uol.com.br/foha/dinheiro/ult91u72193.shtml> (acessado em 29/6/2004).

23. Globo [on line]. Maionese com limão siciliano. URL: <http://www.maisvoce.globo.com/culinaria.jsp?id=10401> matéria divulgada na TV em 2/7/2004. (site acessado em 7/7/2004).

24. DDTHA/CVE (Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar/Centro de Vigilância Epidemiológica). Análise da situação de *Salmonella* no estado de São Paulo e recomendações para a elaboração de regulamentação específica para redução de riscos à saúde no consumo dos alimentos implicados. (Ofício Hídrica/CV No. 100/2003, de 23 de junho de 2003, dirigido à Anvisa e ao Mapa e demais órgãos em âmbito estadual e federal relacionados). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2003.



Programa Paulista de Análise Fiscal de Alimentos

Willian César Latorre; Denise Venturi, e Delfina Azucena Castro Blanco Pytel¹; Deise Aparecida Pinati Marsiglia. e Cecília Cristina Marques Santos²
¹Centro de Vigilância Sanitária
²Instituto Adolfo Lutz

O controle sanitário de alimentos é uma atividade clássica da vigilância sanitária, previsto desde o primeiro código sanitário do Estado de São Paulo, em 1894⁽³⁾. Segundo o código sanitário atual⁽⁴⁾, compete à autoridade sanitária a avaliação e controle do risco, normalização, fiscalização e controle das condições sanitárias dos produtos e substâncias de interesse à saúde, incluídos os alimentos. A coleta de amostras para análise fiscal também é uma atividade prevista neste diploma legal e deve ser procedida de forma programada.

Frente à necessidade de constante aperfeiçoamento das ações de controle sanitário na área de alimentos e a importância do envolvimento dos municípios para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária, além da necessidade de maior integração entre os órgãos de VS municipais e regionais, houve uma reorganização dessas ações no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), desde 1995, com ênfase na análise fiscal de produtos alimentícios.

Esta reorganização envolveu o Centro de Vigilância Sanitária (CVS), o Instituto Adolfo Lutz (IAL), as Vigilâncias Sanitárias das Direções Regionais de Saúde (Visa/DIR), da SES/SP, com participação de vários municípios, tendo como objetivos:

- Monitorar a qualidade sanitária de produtos alimentícios ofertados para consumo da população e os estabelecimentos que os comercializam.
- Detectar irregularidades nos produtos e estabelecimentos responsáveis (comercialização ou fabricação) e aplicar da legislação sanitária vigente.
- Identificar categorias de produtos alimentícios, setores comerciais ou industriais, que necessitem intervenção institucional de caráter preventivo.

Histórico do Programa Paulista

Em 1995, o CVS e o IAL instituíram um Programa de Colheita de Amostras para Análise Fiscal, baseado numa relação de alimentos selecionados (tipos de produtos e respectivas quantidades) e as determinações analíticas a serem realizadas, com enfoque na importância da coleta de amostras de forma planejada.

De 1995 a 1996 o programa foi realizado com a participação de algumas equipes regionais de Visa. Em 1997 passou a ser desenvolvido pelas 24 equipes regionais de Visa e os produtos foram selecionados a partir das sugestões dessas equipes. Nesse momento, já se tornava evidente a importância do papel dos municípios, principalmente nos casos de laudos em desacordo com a legislação.

A partir de 1998, o programa passou a ser denominado de "Programa Paulista" e está sendo aprimorado. Consideramos que em 2002 ocorreu uma evolução em relação aos programas anteriores, especialmente pelos seguintes aspectos:

- utilização da Internet como ferramenta de comunicação e informação;
- maior integração das equipes de Visa e IAL;
- ampliação do âmbito analítico dos laboratórios e o desenvolvimento de novas metodologias;
- aprimoramento do trabalho com a realização de treinamentos e oficinas entre gestores e executores;
- Agilização das ações sanitárias preventivas e corretivas dos problemas detectados.
- elaboração de indicadores por categorias alimentícias e o envolvimento de organizações não governamentais representativas de categorias alimentícias na educação e adoção de medidas corretivas pelos setores com altos índices de irregularidades.

No ano passado, o programa tornou-se bienal e incluiu em seu escopo a inspeção sanitária dos estabelecimentos comerciais onde são coletadas as amostras, a padronização dos procedimentos operacionais⁽⁶⁾ (POP) e o roteiro de verificação de Boas Práticas em Estabelecimentos Comerciais de Alimentos⁽⁷⁾.

Organização do Programa Paulista - Biênio 2003-2004⁽⁶⁾ (PP0304)

O Centro de Vigilância Sanitária e o Instituto Adolfo Lutz instituíram, conjuntamente, o Programa de Análise Fiscal de Alimentos do Estado de São Paulo Programa Paulista - Biênio 2003-2004 (PP0304), com o intuito de verificar se os produtos alimentícios industrializados e respectivos estabelecimentos comerciais atendem aos requisitos de segurança, qualidade e conformidade com a legislação em vigor.

Foi organizado um Comitê Gestor do PP0304, constituído por profissionais do CVS e IAL e da Divisão de Controle de Alimentos, da Coordenação de Vigilância à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Covisa/SMS/SP).

O programa conta com uma equipe de gestores regionais, constituída por 24 profissionais das Visa/DIR, e uma equipe de executores, formada por profissionais de Visa's municipais, dos laboratórios do IAL, da Covisa/SMS/SP e do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, do Ministério da Saúde (INCQS/MS).

Os principais critérios para seleção dos 55 municípios participantes do programa foram:

- disponibilidade de computador e Internet em suas unidades de trabalho;
- estar entre as maiores densidades populacionais do Estado (alto grau de exposição de consumidores aos produtos);
- ser sede de Regional de Saúde, ou possuir uma unidade do Instituto Adolfo Lutz.

Os municípios envolvidos: Americana, Araçatuba, Araraquara, Assis, Atibaia, Barretos, Barueri, Bauru, Botucatu, Campinas, Catanduva, Cotia, Cubatão, Diadema, Dracena, Embu das Artes, Franca, Franco da Rocha, Guarulhos, Hortolândia, Iguape, Itapetininga, Itapeva, Itapevi, Jales, Jaú, José Bonifácio, Jundiaí, Limeira, Marília, Mogi das Cruzes, Osasco, Ourinhos, Piracicaba, Presidente Prudente, Presidente Venceslau, Registro, Ribeirão Preto, Rio Claro, São André, São Bernardo do Campo, São José Rio Preto, São Joaquim da Barra, Santana do Parnaíba, São Carlos, São João da Boa Vista, São José dos Campos, São Paulo, São Sebastião, São Vicente, Sorocaba, Taboão da Serra, Taubaté, Tupã e Valinhos.

Os principais critérios para selecionar os produtos e respectivas determinações analíticas foram:

- potencial risco à saúde;
- categorias alimentícias com elevado percentual de resultados insatisfatórios revelados pelo Programa Paulista 2002;
- sugestões apresentadas na Oficina Preparatória do PP0304, conforme a experiência dos profissionais em relação à frequência de não conformidades apresentada em denúncias ou resultados analíticos;
- produtos do Programa Anvisa definidos para o Estado de São Paulo.

Além das análises microbiológica, físico-química e de rotulagem, foram incluídas as pesquisas de organismos geneticamente modificados (INCQS) e de resíduos de agrotóxicos em hortifrútiolas. O PP0304 foi dividido em cinco subprogramas: Clássico, Verão, Anvisa, Transgênicos e Resíduos de Agrotóxicos, totalizando 836 amostras.

O subprograma Clássico contempla oito categorias de produtos (coletas realizadas de agosto a novembro de 2003). Produtos: apresetado fatiado; espetinho de carne temperado congelado para churrasco ou espetinho de carne temperado resfriado para churrasco; queijo minas frescal; palmito em conserva; doce de leite dietético; doce em massa tipo junino; e leite UHT.

O subprograma Verão contempla seis categorias de produtos (coletas: janeiro e fevereiro de 2004). Produtos: gelo; peixe resfriado ou congelado; picolé de frutas; água mineral; mistura de aditivos para o preparo de pão; e massa fresca para pão.

O subprograma Anvisa foi planejado pelo órgão com o objetivo de monitorar a qualidade sanitária dos produtos alimentícios dispensados de registro. Produtos: alimentos infantis à base de leite; alimentos infantis à base de cereais; pós para sobremesas com restrição de açúcar; hambúrguer congelado; e charque embalado.

O subprograma Transgênicos tem por objetivo detectar a presença de Organismos Geneticamente Modificados (OGM) em produtos alimentícios que contenham soja na formulação⁽⁹⁾, e verificar o cumprimento das legislações relativas à rotulagem^(1,2,5). Produtos: hambúrguer congelado; salsicha embalada; quibe congelado; almôndega congelada; proteína isolada e texturizada de soja; farinha de soja; grãos de soja tipo aperitivo; extrato em pó à base de soja; farelo de soja; fórmulas infantis à base de proteína de soja; alimento para ingestão controlada de açúcares; cereal matinal à base de proteína de soja; biscoitos que contenham soja na relação de ingredientes; temperos em pó; misturas para o preparo de sopas; misturas para o preparo de bolos; e macarrão instantâneo.

O subprograma Resíduos de Agrotóxicos foi instituído para estender a pesquisa de resíduos de agrotóxicos em hortifrutícolas, pois a Capital paulista já vem sendo monitorada pelo Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos (Para), da Anvisa, desde junho de 2001. Produtos: laranja, morango, tomate, mamão e pimentão.

Entrada de Dados e Fluxograma de Procedimentos

Na página da Internet do CVS (www.cvs.saude.sp.gov.br) foi criado um Sistema de Informações, acessível aos participantes do programa, com a finalidade de gerenciar as atividades de trabalho das equipes e desenvolver uma base de dados com informações sobre:

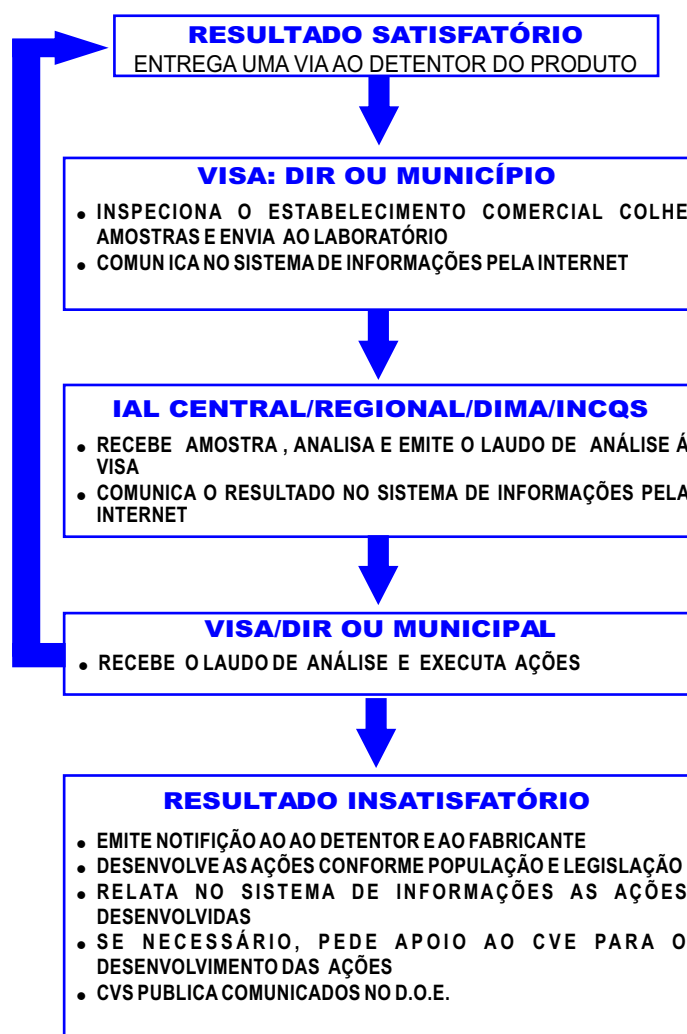
- os estabelecimentos comerciais envolvidos;

- as amostras dos produtos colhidos e seus respectivos resultados analíticos;
- as ações sanitárias desenvolvidas pelos grupos de Visa, sobre os estabelecimentos inspecionados e sobre os alimentos analisados, cujos resultados revelaram-se em desacordo com a legislação.

O Sistema de Informações pode ser acessado tanto pelas equipes que realizam as inspeções e as colheitas de amostras, para entrar com os dados relativos a estes procedimentos, como pelas equipes que realizam a análise laboratorial das amostras, para a entrada de dados dos resultados obtidos.

A utilização deste recurso permite a obtenção de informações em tempo real, a comunicação rápida (via e-mail) com todas as equipes de Visa/DIR e a agilização da tomada de decisões, além de disponibilizar as informações a todos os participantes do projeto, servindo como sistema de alerta a partir dos resultados das análises consideradas insatisfatórias.

A seguir, apresentamos o fluxograma definido para o PP0304 em relação aos procedimentos a serem realizados pelas equipes participantes:



Alguns resultados do Programa Paulista 2002

Como o PP0304 está em andamento e seus resultados ainda não estão disponíveis, apresentamos alguns resultados do Programa Paulista 2002, a fim de demonstrar as potencialidades deste tipo de ação, programadas em conjunto entre as várias esferas de governo. Vale à pena alertar que a versão do programa 2002 não contemplou os subprogramas dos Transgênicos, Resíduos de Agrotóxicos e da Anvisa.

PRODUTO	NÚMERO DE AMOSTRAS ANALISADAS	NÚMERO DE AMOSTRAS COM RESULTADOS INSATISFATÓRIOS	PORCENTAGEM DE AMOSTRAS COM RESULTADOS INSATISFATÓRIOS
ÁGUA MINERAL	125	34	27
ARROZ	40	16	40
FEIJÃO	43	19	44
FUBÁ	113	34	30
LEITE PASTEURIZADO	19	6	32
LINGÜIÇA SUINA FRESCA	125	35	28
MASSA FRESCA RECHEADA REFRIGERADA	118	35	30
OVOS DE GALINHA	127	21	17
PAÇOCA DE AMENDOIM	128	44	34
PÃES COM ATRIBUIÇÕES ESPECIAIS	21	21	100
PALMITO EM CONSERVA	127	38	30
QUEIJO MINAS FRESCAL	118	72	61
SALSICHA A GRANEL PARA CACHORRO QUENTE	119	4	3
SORVETE EM MASSA À BASE DE LEITE	125	74	59
TOTAIS	1.348	453	34

Do total de 1.553 amostras programadas, foram colhidas 1.495, representando o cumprimento de 96% da meta estabelecida para o PP 2002. Do total das amostras colhidas, foram analisadas 1.447, das quais 473 (33%) apresentaram resultados insatisfatórios.

Para cada laudo insatisfatório definitivo, após todos os recursos legais previstos, as Visa's/DIR's desenvolveram ações sanitárias corretivas, por notificação aos fabricantes, para correção da rotulagem em desacordo com a

legislação, ou pela realização de inspeções nas indústrias fabricantes, ou ainda por imposição de penalidades, no caso de produtos com irregularidades consideradas de risco à saúde. Isto demonstra o empenho dos profissionais das equipes de vigilância sanitária em corrigir e eliminar as irregularidades dos produtos que representam risco direto à saúde da população, ou que comprometam a rastreabilidade na ocorrência de surtos epidemiológicos, ou ainda que possam ferir os direitos do consumidor.

Para o PP0304 a expectativa é de que a meta seja cumprida em 100%, e que as ações originadas a partir deste monitoramento revertam-se na melhoria dos indicadores da qualidade sanitária dos alimentos comercializados no Estado.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Marília Keiko Uehara, médica e socióloga do CVS, pelo auxílio na edição deste texto, e a Raphael Ramos, Analista de Sistemas do CVS, pela elaboração do Sistema de Informações do Programa Paulista.

Bibliografia

1. Brasil, 2003 A. Decreto Federal 4.680, de 24 de abril de 2003. Regulamenta o direito à informação assegurado pela Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, quanto aos alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de organismos geneticamente modificados. Brasília, DF, Diário Oficial da União, de 28 de abril de 2003, nº 80, Seção 1, pág. 1.
2. Brasil, 2003 B. Ministério da Justiça, Portaria nº 2.658, de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre o regulamento para o emprego do símbolo transgênico. Brasília, DF, Diário Oficial da União, de 26 de dezembro de 2003, nº 251, Seção 1, pág. 13-14.
3. Ribeiro, M.A.R. História Sem Fim...Inventário da saúde pública. São Paulo 1880-1930. São Paulo, SP. Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.
4. São Paulo, Estado, 1998. Lei Estadual 10.083, de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, Diário Oficial do Estado, de 24 de setembro de 1998, V. 108, nº 182, Seção 1, pág. 1.
5. São Paulo, Estado, 1999. Lei Estadual nº 10.467, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a impressão de aviso nas embalagens que contenham alimentos geneticamente modificados. São Paulo, SP, Diário Oficial do Estado, de 21 de dezembro de 1999, V. 109, nº 240, Seção 1, pág. 4.
6. São Paulo, Estado, 2003 A. Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Vigilância Sanitária. Portaria

Conjunta CVS-IAL nº 1, de 28 de novembro de 2003. Dispõe sobre o Programa Paulista de Análise Fiscal de Alimentos Biênio 2003-2004. São Paulo, SP, Diário Oficial do Estado, de 29 de novembro de 2003, Volume 113, Número 228, Seção I, pág 36-49.

7. São Paulo, Estado, 2003 B. Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS nº 20, de 28 de novembro de 2003. Dispõe sobre o Roteiro de Verificação das Boas Práticas em Estabelecimentos Comerciais de Alimentos. São Paulo, SP, Diário Oficial do Estado, de 29 de novembro de 2003, Volume 113, Número 228, Seção I, pág. 27-29.

8. São Paulo, Estado, 2003 C. Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS nº 21, de 28 de novembro de 2003. Dispõe sobre os Procedimentos Operacionais Padronizados para Análise Fiscal de Alimentos. São Paulo, SP, Diário Oficial do Estado, de 29 de novembro de 2003, Volume 113, Número 228, Seção I, pág. 29-36.

9. São Paulo, Estado, 2003 D. Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS 03, de 3 de abril de 2003. Institui um programa específico para a colheita de amostras para análise fiscal em produtos que contenham soja, para detectar a presença de Organismos Geneticamente Modificados. São Paulo, SP, Diário Oficial do Estado, de 4 de abril de 2003, V.113, nº 65, Seção 1, pág. 33.

Campanha do Idoso 2004

Divisão de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE-SES/SP)

A influenza (gripe) é uma doença viral aguda do trato respiratório. Quando acomete idosos é freqüente a ocorrência de complicações como pneumonia e maiores as taxas de hospitalizações e mortalidade.

Os vírus influenza foram os responsáveis por pandemias e epidemias que ocorreram ao longo da história. A grande instabilidade que os caracteriza, reforça a hipótese de que temos que estar atentos para uma nova pandemia. Hoje, o intenso fluxo de viagens internacionais, o crescimento da população de maior vulnerabilidade e o desenvolvimento de resistência aos antivirais são facilitadores da disseminação viral. Isso exige uma política nacional de saúde com estratégias adequadas, com atenção especial à ampliação das coberturas vacinais dos grupos de risco, qualificação dos serviços de vigilância epidemiológica, capacitação laboratorial, pesquisas e desenvolvimento de vacinas.

Desde 1999, são realizadas campanhas nacionais de vacinação contra influenza e no primeiro ano no Estado de São Paulo cerca de 84% dos idosos foram vacinados. Nos anos de 2000, 2001 e 2002 houve uma queda nas coberturas vacinais, atingindo-se 63,9%, 66,6% e 65,6%, respectivamente. A meta a ser alcançada é de 70%.

Preocupados com esta situação, e com o objetivo de identificar os motivos da redução da adesão à vacinação, foram realizadas pesquisas de opinião pública junto à população-alvo das campanhas. Os resultados foram semelhantes e os principais motivos da não adesão foram o medo das reações da vacina e a não preocupação com a gripe. A iniciativa própria e os familiares foram apontados como os principais incentivadores, enquanto o médico foi citado como fator incentivador em apenas 10% dos casos, apesar de 80% dos entrevistados freqüentarem os consultórios habitualmente. Estas pesquisas também mostraram que quase a totalidade das pessoas vacinadas declarou não ter apresentado reação (90% em 2001 e 96% em 2002). As reações, quando citadas, foram febre, dores no corpo e na cabeça.

Considerando os resultados destas pesquisas, as equipes técnicas das regionais e dos municípios, começaram a incrementar as informações junto aos profissionais de saúde e imprensa, na tentativa de melhor esclarecer a população de que a vacina contra influenza é bem tolerada, pouco reatogênica, e os



seus reais benefícios são a prevenção das complicações decorrentes da infecção pelo vírus, redução das hospitalizações e da mortalidade, nos idosos e nas pessoas com doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares e diabetes.

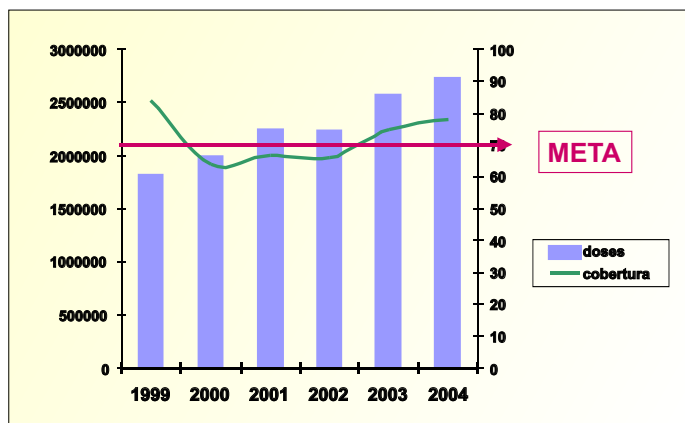
Como resultado deste trabalho, em conjunto com as regionais e os municípios, em 2003 a cobertura vacinal no Estado de São Paulo aumentou para 75% e dentre os 645 municípios, 564 alcançaram índices iguais ou superiores à meta preconizada, representando uma homogeneidade de 87%.

Em 2004, repetiu-se a estratégia de incrementar as informações dos reais benefícios da vacina contra influenza e, como êxito, foi obtido um aumento da cobertura

e da homogeneidade. Em comparação ao ano de 2003, cerca de 2,7 milhões de pessoas com mais de 60 anos foram vacinadas, a cobertura vacinal foi de 78% e a homogeneidade foi de 96%, ou seja, apenas 26 municípios não atingiram a meta preconizada.

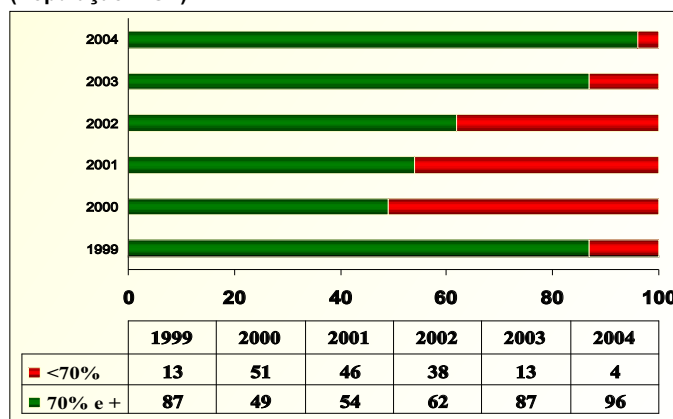
Dentre os idosos, a faixa etária de 65 anos ou mais é a que continua comparecendo em maior número (79,6%). Entre 60 a 64 anos a cobertura é de 74,6%, no entanto, no decorrer destes anos, observa-se um incremento nesta faixa etária. No ano de 2004, as regionais de São José dos Campos (DIR-XXI), Registro (DIR-XVII) e Osasco (DIR-V), atingiram as maiores coberturas vacinais, 88,73%, 88,25% e 88,16%, respectivamente.

Vacina contra *influenza* - Estado de São Paulo
Doses aplicadas durante as Campanhas em idosos - 1999 a 2004



Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica-SES/SP

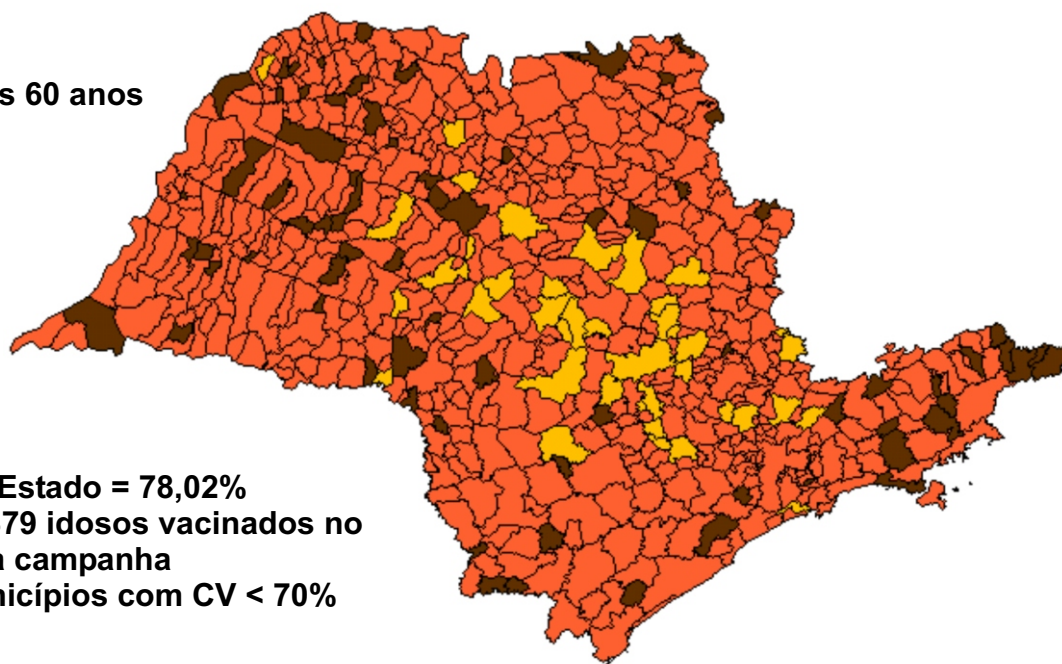
Vacina contra *influenza* - Percentual de Municípios e Cobertura vacinal - População 60 Anos ou + campanhas - 1999 a 2004 (População IBGE)



Fonte: Nive / Divisão de Imunização/ CVE/CIP/SES-SP/SES/SP

Vacina contra *influenza* Estado de São Paulo - Cobertura vacinal por município – 2004

Maiores 60 anos



CV no Estado = 78,02%
2.727.879 idosos vacinados no mês da campanha
40 municípios com CV < 70%

- <50%
- 50-69%
- 70-99%
- >=100%

NOTAS

Fórum de Tuberculose Premiará Municípios

No próximo dia 1º de setembro, durante o Fórum Estadual de Tuberculose, serão premiados os municípios paulistas com melhor desempenho no controle da doença, avaliação feita anualmente pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A premiação contemplará os municípios que alcançarem a meta internacional de taxa de cura acima de 85%, mais menção honrosa para aqueles que atingirem entre 80% e 85%. No ano passado, 17 municípios foram premiados por alcançar a meta de mais de 85% de casos curados e 11 foram distinguidos com menção honrosa.

Este ano, além da premiação pela taxa de cura, foram criadas outras quatro modalidades: intensidade

da busca de casos; tratamento e qualidade no atendimento; tratamento supervisionado; e experiências bem-sucedidas. Assim, os municípios que conseguiram melhor desempenho na procura de sintomáticos respiratórios, aqueles que tiveram maior cobertura de tratamento supervisionado e os que têm melhor qualidade de atendimento no diagnóstico e controle dos casos, bem como aqueles com experiências bem-sucedidas na estratégia Dots, tanto na população geral quanto em presídios, também serão premiados. Concorrem à premiação os municípios com mais de 20 casos novos no ano de 2003.

O fórum, promovido pela Divisão de tuberculose, do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac", será realizado no Centro de Convenções Rebouças (av. Rebouças, 600, Cerqueira César, na Capital paulista), das 8h30 às 17 horas, quando os troféus serão distribuídos. Inscrições para o fórum no site do CVE, www.cve.saude.sp.gov.br.

Veja, abaixo, como fazer as inscrições em cada uma das modalidades da premiação.

Prêmio	Inscrições/fontes de dados	Observações
Taxa de cura	Inscrição automática Fonte: EPI-TB Casos novos de 2003, por município de residência	Troféu: taxa de cura acima de 85% Menção honrosa: taxa de cura entre 80% e 85%
Qualidade no atendimento	Inscrição automática Fonte: EPI-TB Casos novos de 2003, atendidos no município	Troféu: municípios de melhor qualidade do diagnóstico, acompanhamento bacteriológico, realização de HIV e encerramento por cura
Intensidade da busca de casos	Inscrição automática Fonte: LAB-TB Número de sintomáticos respiratórios examinados por baciloscopia	Troféu: municípios que atingiram mais de 70% da meta de sintomáticos respiratórios examinados no ano de 2003
Tratamento supervisionado	Inscrição automática Fonte: EPI-TB Porcentagem de casos novos em tratamento ambulatorial supervisionado	Os municípios com maior porcentagem de casos em tratamento supervisionado
Experiências bem-sucedidas	Inscrição de trabalhos pelo email tbeventos@cve.saude.sp.gov.br	Apresentação dos trabalhos em forma de pôster, encerrada em 23/8

Instituto Clemente Ferreira tem Novo Diretor

O médico pneumologista Fernando Fiúza é o novo diretor do Instituto Clemente Ferreira (ICF). Fiúza, que assume no lugar de Jorge Barros Afiune, pretende aprofundar o relacionamento do ICF com outras instituições e com as universidades, transformando-o numa referência em tuberculose e outras pneumopatias. O novo diretor espera, ainda, ampliar a participação do Clemente Ferreira no processo de implantação da Agência Paulista de Controle de Doenças, articulando-se com as outras instituições que integrarão o órgão, entre eles CVE, IAL e CRT-Aids, com o qual pretende criar maior interface.

Bebedouro e Amparo Inauguram CRSTs

As prefeituras de Bebedouro e Amparo inauguraram nos dias 13 e 27 de agosto, respectivamente, seus Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), integrantes da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast). A unidade de Bebedouro (av. Raul Furquim, nº. 1.391, Jardim Casa Grande) atende todos os municípios pertencentes à DIR IX - Barretos. O CRST de Amparo (rua Dario Pires, nº. 96) é referência para os municípios da microrregião do Circuito das Águas.

Parceria na Área de Monitoramento e Avaliação

O Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde, o Programa Estadual DST/Aids-SP, a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, o CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças), de Atlanta, EUA, e a Nastad (*National Alliance of State and Territorial Aids Directors*) — instituição que congrega todos os coordenadores estaduais de programas de Aids dos Estados Unidos — estão desenvolvendo um projeto, conjunto para ampliar a capacidade de monitoramento e avaliação das ações do programa brasileiro de Aids.

Uma das estratégias do projeto é estabelecer parcerias entre duplas de cidades ou Estados do Brasil e dos Estados Unidos. Após uma visita inicial da Nastad a São Paulo, no primeiro semestre deste ano, uma delegação composta por representantes do Programa Estadual de São Paulo (Artur Kalichman e Sara Romera, respectivamente, coordenador do PE DST/Aids e gerente de Planejamento), dois assessores técnicos do Programa Nacional do Brasil (Denise Arakaki e Alessandro Barros) e uma representante da Nastad (Stephanie Vasquez) realizou de 4 a 6 de agosto uma visita ao *New York Aids Institute*, instituição da Secretaria de Saúde do Estado de Nova York, que coordena o Programa de Aids.

Durante a visita, o grupo brasileiro conheceu os coordenadores das áreas de assistência, prevenção, avaliação e pesquisa, populações especiais e suporte às comunidades que formam a instituição, suas principais diretrizes e atividades. Os visitantes conheceram, também, uma importante ONG nova-iorquina, a GMHC (*Gay Men's Health Crisis*), e o *Mirafiore Medical Center*, onde funciona um ambulatório para atendimento a portadores de HIV/Aids que não possuem seguro de saúde. O *New York Aids Institute* possui uma larga experiência em monitoramento e avaliação, e a troca de experiências pode ser bastante interessante para São Paulo e para o Brasil.

Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária

O Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária, iniciativa inédita da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), teve como objetivos conhecer os trabalhadores de vigilância sanitária em todo o País, identificar suas características e especificidades, para subsidiar a formulação de uma política de recursos humanos e contribuir para implementação do Subsistema Nacional de Vigilância Sanitária¹.

O instrumento utilizado foi elaborado pela Coordenação Nacional do Censo e avaliado por todos os 27 Estados do Brasil, resultando num questionário de

86 perguntas organizadas em quatro temas: identificação do trabalhador, informações funcionais, dados sobre instrução e dados sobre o processo de trabalho.

No Estado de São Paulo, o censo foi operacionalizado por uma equipe de 94 pesquisadores (coordenadores regionais e auxiliares de censo), no período de 6 de maio a 22 de junho de 2004, sob a coordenação do Centro de Vigilância Sanitária (CVS-SES/SP). Cada regional elaborou um plano de trabalho contendo atividades e cronograma para a cobertura de todos os municípios de sua área de abrangência.

O universo incluiu os trabalhadores dos serviços de vigilância sanitária de todos os municípios, assim como os que executam ações de vigilância em saúde do trabalhador e o Pró-água. Foram pesquisados os 645 municípios paulistas, em 11 dos quais não foi possível obter informações. Foram totalizados 5.486 trabalhadores recenseados (81% municipais e 19% estaduais) e identificados 165 trabalhadores que não puderam ou se recusaram a participar.

Segundo informe da Coordenação Nacional, as informações preliminares do censo, que atingiu cerca de 35.000 trabalhadores de vigilância sanitária em todo o País, serão divulgadas no próximo mês.

A coordenação estadual do Censo RH Visa/SP agradece a todos os componentes das equipes regionais e municipais do censo, sem os quais não teria sido possível realizar este levantamento com seriedade e competência, e a todos os trabalhadores de vigilância que responderam o questionário e apoiaram as atividades realizadas nas regionais e municípios, cooperação viabilizou a capilaridade necessária para atingir o universo de trabalhadores deste projeto.

¹Guia de Operação do Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária.

Coordenação Estadual do Censo RH Visa/SP-CVS/SES/SP

