

NESTA EDIÇÃO

Campanha de Vacinação contra Doença Meningocócica Sorogrupo C - Itapeva/SP.....pág. 1

Atualização do Calendário Vacinal do Estado de São Paulo.....pág. 3

Toxinfecção Alimentar por Salmonella em Evento Científico, São Paulo-SP, setembro de 2004....pág. 4

Malária em São Paulopág.10

Relato de Experiência Bem Sucedida para a Adesão ao Tratamento de Tuberculose Supervisionado (Dots).....pág.12

Notas.....pág.13

Dados Epidemiológicos.....pág.14



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 - 1º andar, sl. 100
CEP: 01246-902
Tel.: (11) 3066-8823 e 3066-8825
bepa-agencia@saude.sp.gov.br

EXPEDIENTE

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

Coordenador
Luiz Jacintho da Silva

Editor
Luiz Jacintho da Silva

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

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

Campanha de Vacinação contra Doença Meningocócica Sorogrupo C - Itapeva/SP

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória e Divisão de Imunização - Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" (CVE)
Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica, DIR XXIII Sorocaba
Núcleo Regional de Vigilância Epidemiológica de Itapeva, DIR XXIII - Secretaria Municipal de Saúde de Itapeva

No início de outubro deste ano, a Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde de Sorocaba (DIR XXIII) notificou ao CVE-SES/SP a ocorrência de quatro casos de Doença Meningocócica (DM) no município de Itapeva, no período de 29/9/04 a 2/10/04. Dois casos tiveram a determinação da etiologia pelo sorogrupo C, com o registro de dois óbitos.

Durante o ano de 2004 o total de ocorrências registradas pelo município é de 11 casos, 70% já sorogrupo C e com letalidade de 50%. O coeficiente de incidência de DM no município é de 10,38/100.000 habitantes, excluídos os casos secundários e co-primários, com a observação de meningococemia em 50% dos casos. O risco de adoecimento concentra-se na faixa etária de 2 a 49 anos. Não há evidência atual de situação semelhante em outros municípios da região.

No Brasil, o coeficiente médio de incidência da DM é de 3,32/100.000 habitantes (1994 a 2003) e a letalidade, no período, corresponde a 19,4%, segundo dados do Sinan/SVS/MS (Sistema Nacional de Agravos Notificáveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde).

No estado de São Paulo, a DM apresenta uma taxa média de incidência dos casos de 4,62/100.000 habitantes nos últimos dez anos. Porém, há três anos tem declinado a 2,9/100.000 habitantes. A letalidade oscila entre 17% e 20%.

Diante da situação apresentada, o Centro de Vigilância Epidemiológica, em consonância com a Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, indicou a utilização da vacina polissacarídica contra o meningococo C na população entre 2 e 49 anos, sob a forma de campanha, como melhor estratégia de intervenção, visando o efetivo controle deste agravo no município.

Considerando a ocorrência de casos na população menor de 2 anos e a necessidade de vacinar essas crianças para acelerar a interrupção da circulação do

meningococo, a Secretaria de Estado da Saúde optou pela aquisição da vacina conjugada contra o meningococo C, eficaz para a utilização nessa faixa etária.

As equipes do CVE, da DIR XXIII e da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeva realizaram, com a colaboração de diversos segmentos governamentais e não-governamentais, uma campanha de vacinação contra a doença meningocócica sorogrupo C (DMSC), com a aplicação de mais de 80.000 doses entre os dias 8 de outubro e 5 de novembro, correspondendo à totalidade da população-alvo estimada (Tabela 1). Participaram da organização e execução da campanha cerca de 400 pessoas.

O esquema vacinal para as pessoas entre 1 e 49 anos consiste de dose única; já para as crianças entre 2 e 11 meses é necessária a aplicação de uma segunda dose, programada para final de dezembro.

Campanhas dessa natureza acarretam dificuldades na execução, pois ao mesmo tempo em que promovem consternação social desencadeando invasão da população vizinha e de outras faixas etárias, podem gerar resistência entre alguns setores que deixam de se beneficiar com o imunobiológico pela ausência de informação adequada.

A avaliação do impacto da estratégia adotada deverá ser criteriosa, tendo em vista a análise adequada das coberturas vacinais obtidas durante a campanha. Neste momento, as equipes local e regional de saúde estão realizando trabalho em campo, para identificar munícipes da faixa etária alvo ainda não vacinados, e finalizar a avaliação e as ações da campanha.

Tabela 1
Vacina contra o meningococo C - Doses aplicadas e cobertura vacinal no município de Itapeva, ESP, outubro/2004

FAIXA ETÁRIA	ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO*	DOSES APLICADAS	COBERTURA VACINAL
2 a 11 meses	1.590	1.478	92,96
12 a 23 meses	1.794	1.806	100,67
2 a 4 anos	5.726	5.888	102,83
5 a 19 anos	27.289	30.857	113,07
20 a 49 anos	37.225	39.987	107,42
TOTAL	73.624	80.016	108,7

Fonte: estimativa população menor de 5 anos = Seade; população 5 a 49 anos = IBGE

Meningite

Meningite é uma inflamação das meninges, cujas membranas envolvem o encéfalo (cérebro, bulbo e cerebelo) e a medula espinhal. Em geral, caracteriza-se por febre alta, cefaléia e rigidez de nuca, sintomas comuns principalmente em crianças maiores e adultos, podendo desenvolver-se em dois dias ou apresentar-se em poucas horas. Destacam-se, entre outros sinais

e sintomas, vômitos, recusa alimentar, sonolência, irritabilidade e convulsões, principalmente em recém-nascidos e lactentes.

Vale ressaltar que a meningite pode ser causada por diferentes agentes como bactérias, vírus e fungos. As meningites bacterianas constituem grave problema de saúde pública em função da sua alta morbimortalidade e seqüelas, atingindo notadamente crianças e adolescentes. A transmissão ocorre pela tosse e/ou espirro, através de gotículas eliminadas pelo trato respiratório.

Dentre as bactérias, as mais comuns são *Neisseria meningitidis* (meningococo), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) e *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo).

A Doença Meningocócica (DM) é causada pela *Neisseria meningitidis*, apresentando incidência endêmica e epidêmica no mundo inteiro. É uma doença comum em climas temperados e tropicais, com casos esporádicos durante todo o ano nas áreas rurais e urbanas, com aumentos sazonais no inverno e início da primavera. Apresenta incidência significativa nos menores de 5 anos e pode manifestar-se de várias formas, de acordo com o quadro clínico. Os sorogrupos mais freqüentes são o A, B e C.

Nota do editor

Não há doença que tenha tamanho impacto na opinião pública como a doença meningocócica. A doença afeta pessoas previamente hígdas, geralmente crianças e adolescentes. Pessoas que num dia estão brincando, estudando, trabalhando, vivendo enfim, no seguinte dão entrada num hospital em choque séptico, no mais das vezes morrendo horas depois.

Ainda está viva a lembrança das epidemias de doença meningocócica do início da década de 1970, das quais São Paulo foi o epicentro além de pagar o preço mais elevado em vidas e sofrimento. Hoje vivemos momentos diferentes, ao longo dos 30 anos decorridos desde então, a vigilância epidemiológica melhorou, assim como os recursos laboratoriais, permitindo que seja possível evitar a repetição de epidemias, interrompendo a transmissão epidêmica no seu nascedouro.

Foi o que aconteceu em Itapeva no mês de outubro. A ocorrência de um número de casos acima do esperado, devidamente identificados quanto à etiologia e sorotipo, desencadeou uma série de medidas que culminaram com a vacinação no município de todas as pessoas até os 49 anos. O breve relato dessa ação, publicado neste número do BEPA, poderia passar sem maiores comentários, mas isso não pode acontecer. A vacinação em Itapeva é produto de décadas de amadurecimento da saúde pública paulista, ela não aconteceria se não houvesse uma feliz associação de capacidade técnica em vigilância, que permitiu identificar prontamente o problema; flexibilidade administrativa, que permitiu adquirir em tempo curto as vacinas necessárias e capacidade logística, que permitiu organizar e realizar a vacinação rapidamente e atingir uma elevada cobertura vacinal.

Foi a saúde pública paulista que primeiro empregou a vacina conjugada contra o meningococo C para controle de surto, em Sertãozinho, no ano passado. Essa medida foi adotada pelo Ministério da Saúde, passando a ser norma. Esperamos que em breve o uso dessa vacina possa ser ampliado, como no Reino Unido, Irlanda, Holanda, França, Espanha e Austrália. O impeditivo ainda é financeiro, porém, longe do lamento imobilizante, a saúde pública paulista vem desenvolvendo ações e programas que permitem otimizar o uso dessa importante vacina.

Luiz Jacintho da Silva ed.

Atualização do Calendário Vacinal do Estado de São Paulo

*Flávia Helena Ciccone, Telma Regina Marques P. Carvalhanas,
Divisão de Doenças Respiratórias/CVE/SES-SP;
Helena K. Sato, Clélia Maria S. Aranda,
Divisão de Imunização/CVE/SES-SP*

Tendo em vista a inclusão da 2ª dose da vacina Tríplice Viral - SCR (contra o sarampo, caxumba e rubéola) no calendário de vacinação da Secretaria do Estado de São Paulo, houve necessidade de adequar as medidas de controle do sarampo, rubéola e caxumba. Essa 2ª dose foi introduzida após a Campanha de Vacinação de Seguimento contra o sarampo realizada em agosto de 2004.

Nesse sentido, a Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória e a Divisão de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica da SES-SP estão elaborando, com base na normatização atual, um informe técnico sobre a atualização das ativida-

des de vacinação desses agravos.

As atividades referem-se ao bloqueio vacinal dos contatos dos casos suspeitos de doenças exantemáticas, a operação limpeza para os casos IgM reagente para sarampo e vacinação em surtos de caxumba. O referido informe será disponibilizado oportunamente no site do CVE com divulgação no Boletim Epidemiológico Paulista.

Considerando o êxito das ações do Plano de Erradicação do Sarampo em toda a Região das Américas e o risco de importação do vírus do sarampo de países onde a doença ainda é endêmica, é de suma importância a manutenção de uma vigilância ativa e sensível com a detecção dos casos suspeitos de sarampo e rubéola.

Destaca-se, ainda, que o envolvimento de todos os profissionais de saúde é fundamental para a notificação e investigação oportuna de todos os casos suspeitos, com o desencadeamento rápido das estratégias de vigilância, vacinação e laboratório, com vistas ao efetivo controle destes agravos no Estado.

Calendário de Vacinação para o Estado de São Paulo - 2004

IDADE	VACINAS
A partir do nascimento	BCG, HEPATITE B
2 MESES	POLIOMIELITE, HEPATITE B*,
	TETRAVALENTE (DTP+Hib)
4 MESES	POLIOMIELITE,
	TETRAVALENTE (DTP+Hib)
6 MESES	POLIOMIELITE, HEPATITE B**,
	TETRAVALENTE (DTP+Hib)
9 MESES	FEBRE AMARELA***
12 MESES	SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA (SCR)
15 MESES	DPT, POLIOMIELITE
5 OU 6 ANOS	DPT, POLIOMIELITE, SCR****
15 ANOS *****	dT

* O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda doses da vacina contra a hepatite B é de 30 (trinta) dias.

** O intervalo entre a segunda e terceira dose é de dois meses, desde que o intervalo de tempo decorrido da primeira dose seja, no mínimo, de quatro meses e a criança já tenha completado 6 meses de idade.

*** Nas regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica. Reforço a cada dez anos.

**** A partir da Campanha Nacional de Seguimento contra o sarampo - set./04, está sendo incluída a 2ª dose da SCR.

***** Reforço a cada dez anos por toda a vida. Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir este intervalo para cinco anos.

BCG: vacina contra a tuberculose

DPT: vacina contra a difteria, a coqueluche e o tétano.

dT: vacina dupla, tipo adulto, contra a difteria e o tétano.

SCR: vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola

Toxinfecção Alimentar por *Salmonella* em Evento Científico, São Paulo-SP, setembro de 2004

Carolina Costa Silva¹; Michelle Maria Rodrigues¹; Bruno Rocha Martins¹; Maria Bernadete de Paula Eduardo²; Nídia Pimenta Bassil²; Maria Lúcia V. S. César²; Maria Aidê Mítico Kato⁴; Sueli Aparecida Fernandes⁴; Cristina Thiago⁵; Elanira Pedroso Pimentel⁶; Eliana Izabel Pavanelli⁶; Rosema Picollo Colleone⁶; Marco Antonio Natal Vigilato⁵; Ana Paula Randi⁶

¹Curso de Aprimoramento Profissional em Epidemiologia das Doenças Transmitidas por Alimentos, convênio Fundap/CVE;

²Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" (CVE), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;

³Curso EPI-SUS/SP; ⁴Laboratório de Bacteriologia do Instituto Adolfo Lutz (IAL); ⁵Coordenadoria de Vigilância em Saúde/Vigilância de Alimentos, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Resumo

Identificar e investigar precocemente surtos causados por alimentos é um dos componentes essenciais da vigilância epidemiológica das doenças transmitidas por alimentos. Doenças veiculadas por alimentos representam, atualmente, na maior parte dos países, a principal causa de surtos de diarreia. A globalização da economia, as alterações nos hábitos alimentares, o crescente consumo de alimentos preparados fora de casa, dentre outros aspectos, alteraram o perfil epidemiológico dessas doenças, expondo a população a vários tipos de contaminantes.

Por sua vez, o desemprego tem sido um fator importante para o crescimento do setor de prestação de serviços alimentícios, do comércio ambulante de alimentos e mesmo de bufês, principalmente nos países em desenvolvimento; e não apenas permanecem como clandestinos perante a legislação sanitária, mas também desconhecem as boas práticas de preparação de alimentos, constituindo-se em grande risco para a saúde da população.

Esse trabalho tem o objetivo de apresentar os resultados da investigação realizada para a identificação de um surto de toxinfecção alimentar ocorrido em um evento científico promovido por uma instituição pública, que contratou um bufê para o fornecimento das refeições. Dentre os 55 participantes que almoçaram no primeiro dia do evento, 28 (51%) adoeceram, tendo sido identificada a *Salmonella typhimurium* como causadora do surto e implicado, o sanduíche de tomate seco com queijo branco [TA = 61,5% (24 doentes/39 expostos); RR = 2,46; IC de 95% = 1,02 -5,96;

X₂ = 4,69; p < 0,05]. Medidas sanitárias foram tomadas a partir da identificação da epidemiologia do surto e do rastreamento dos alimentos visando à prevenção de novos surtos.

Palavras-chave: doenças transmitidas por alimentos; toxinfecções alimentares; surtos de diarreia; *Salmonella typhimurium*.

Introdução

Surtos de doenças transmitidas por alimentos são de notificação compulsória e a coordenação estadual de suas investigações e coleta de dados estão a cargo da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" (DDTHA/CVE), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). A Divisão tem a função, dentre outras, de assessorar ou mesmo colaborar com as equipes municipais de vigilância para identificação da epidemiologia dos surtos e dos fatores que contribuíram para sua ocorrência, fornecendo subsídios para que intervenções precoces e adequadas sejam feitas para controle e prevenção de novos surtos.

As doenças transmitidas por alimentos são responsáveis atualmente pela maior parte dos surtos de diarreia em quase todos os países. O desenvolvimento econômico e a globalização do mercado mundial, as alterações nos hábitos alimentares, com a crescente utilização de alimentos industrializados ou preparados fora de casa, alteraram o perfil epidemiológico dessas doenças, expondo a população a vários tipos de contaminantes⁽¹⁾. Dados da DDTHA/CVE para o período de 1999 a 2002 mostram que cerca de 60% dos surtos de diarreia ocorridos no Estado de São Paulo foram veiculados por alimentos⁽²⁾. Apesar de o principal local de ocorrência ser ainda o domicílio (cerca de 20%), restaurantes, refeitórios, bufês e outros serviços de alimentação têm sido responsáveis por um importante percentual de surtos de diarreia ou toxinfecções alimentares⁽²⁾.

Considerando, ainda, que é conhecido que o fator desemprego tem contribuído para o aumento crescente de algumas modalidades de prestação de serviços comerciais de alimentação, dentre elas comida de rua e mesmo bufês, apesar da legislação vigente, são inúmeros os estabelecimentos ou pessoas físicas que ingressam nesse ramo. E permanecem não apenas como clandestinos, mas desconhecendo as boas práticas de fabricação/preparação/manipulação de alimentos, os fatores de risco e perigos, o que constitui importante desafio para o controle sanitário.

Este trabalho tem como objetivo apresentar os resultados da investigação epidemiológica e sanitária realizada para a identificação de um surto por intoxicação alimentar causado por um alimento contaminado com *Salmonella*, ocorrido em um evento científico, em setembro último, no município de São Paulo.

No dia 21 daquele mês, por volta das 12h30, técnicos da DDTHA/CVE foram acionados para investigar um possível surto por intoxicação alimentar, ocorrido em um evento científico realizado por uma instituição pública, nos dias 20 e 21. A instituição contratou um bufê para servir refeições nos intervalos do café e almoço nos dois dias do evento. Durante o segundo dia, alguns participantes referiam diarreia líquida ou pastosa, cefaléia intensa, náusea, mal-estar, febre de até 39°C, dor abdominal, artralgia e mialgia, anorexia e vômito, sendo que um deles, na manhã do segundo dia do evento, necessitou de atendimento médico, pois os sintomas apresentavam-se muito intensos.

Observou-se que todas as pessoas que não almoçaram no evento, no primeiro dia, não apresentaram sintomas. O almoço servido pelo bufê foi composto, segundo a descrição dos comensais, por três tipos de sanduíche de metro, fatiados em tamanhos pequenos:

1) queijo branco, tomate seco, maionese e alface;

2) salame, queijo cheddar, maionese e alface; e,

3) peito de peru, queijo mussarela, maionese e alface. Além disso, foram servidos sucos de caju e tangerina, refrigerantes, salada de frutas e bolo simples. Algumas pessoas relataram que havia também um tipo de sanduíche, em pequena quantidade, com apenas queijo, mas não sabiam identificar o tipo de queijo.

A investigação epidemiológica foi conduzida por técnicos da DDTHA/CVE, que realizaram inquérito junto aos participantes presentes. Posteriormente, entrevistaram por telefone todos os que estiveram presentes no primeiro dia, mas que se ausentaram no segundo dia. Todos os entrevistados com sintomas foram orientados a enviar amostras de fezes para o Instituto Adolfo Lutz (IAL), tendo sido providenciada distribuição de material para a coleta àqueles que se prontificaram a fazer os testes laboratoriais.

Em decorrência dos primeiros resultados do inquérito, realizado no local do evento, e de uma visita à cozinha feita por um dos técnicos da DDTHA/CVE, foi acionada a equipe técnica de Vigilância de Alimentos da Secretaria Municipal de Saúde, cuja inspeção sanitária no local desencadeou outras medidas e providências.

Material e Métodos

Investigação epidemiológica

A investigação epidemiológica constou de um estudo de coorte retrospectiva, na qual se entrevistou todos os doentes (casos) e não-doentes (controles) que almoçaram no local, no primeiro dia do evento. Foi aplicado um questionário, conforme modelo dos formulários de investigação de surtos da DDTHA/CVE, aos participantes que fizeram as refeições no local do evento no primeiro dia, sendo que os ausentes responderam a esse inquérito pelo telefone. Além disso, todas as pessoas presentes ao evento no dia do surto e expostas ao risco (doentes e não-doentes) foram novamente contatadas por telefone, para coleta de novos dados ou confirmação das informações anteriormente prestadas. Entre elas, aparecimento ou não de sintomas (novos casos pessoas que adoeceram após o término do evento), o dia e horário do início dos sintomas, tempo de duração da doença, sintomas apresentados e evolução do quadro, necessidade de atendimento médico, realização de exame de fezes e confirmação dos alimentos ingeridos.

Os dois manipuladores de alimentos do bufê foram indagados sobre os sintomas da doença, bem como orientados a colher amostras de fezes e encaminhá-las ao IAL. Embora ambos negassem apresentar sintomas anteriores ou em decorrência do episódio, um deles, na parte da tarde do primeiro dia, havia procurado a coordenação do evento solicitando analgésico devido à forte dor de cabeça.

Definiu-se como caso todos os que almoçaram no local no dia 20/9/2004 e apresentaram pelo menos dois dos sintomas relatados: diarreia líquida ou pastosa, cefaléia, náusea, mal-estar, febre, dor abdominal, dor no corpo (mialgia e/ou artralgia), anorexia e vômito. Definiu-se como caso confirmado laboratorial aquele que teve a etiologia identificada pelos testes laboratoriais e caso clínico-epidemiológico aquele que apresentou quadro clínico compatível e almoçou no local do evento. Considerou-se surto dois casos ou mais da mesma doença resultante da ingestão de alimento comum servido no local do evento, no dia 20/9/2004, confirmados por critérios laboratorial ou clínico-epidemiológico.

Investigação laboratorial

O quadro clínico apresentado sugeria fortemente a hipótese diagnóstica de bactéria. Cinco doentes coletaram amostras de fezes em meio de transporte Cary-Blair ou potes coletores para a realização de coproculturas, sendo que nas amostras de fezes de três de doentes também foi realizada a pesquisa de

vírus e parasitas. Três amostras de fezes foram processadas no Instituto Adolfo Lutz Central e duas por laboratório regional do IAL. A sorotipagem dos isolados de *Salmonella* e os testes de susceptibilidade aos agentes antimicrobianos foram realizados no Setor de Enterobactérias, IAL Central-SP. Assintomáticos não foram testados.

Investigação sanitária

No segundo dia do evento, na parte da tarde, foi realizada, primeiramente, a visita à cozinha por um dos técnicos da DDTHA/CVE. A inspeção sanitária da equipe da Vigilância Sanitária do município de São Paulo ocorreu entre 15h30 e 16h30, não tendo sido encontradas sobras dos sanduíches do dia anterior, mas somente a matéria-prima utilizada nos sanduíches do dia. Não havia também mais manipulação de alimentos servidos no almoço, o que impossibilitou a observação e a avaliação das práticas de manipulação. Foram coletadas amostras de produtos similares aos servidos no dia anterior para a análise de alimentos, bem como agendadas visitas aos fornecedores dos produtos utilizados. Foi constatado de imediato que o bufê não dispunha de licença para funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária, nem dispunha de cozinha fixa, conforme estabelece a legislação para esse setor de prestação de serviços de alimentação.

Resultados e Discussão

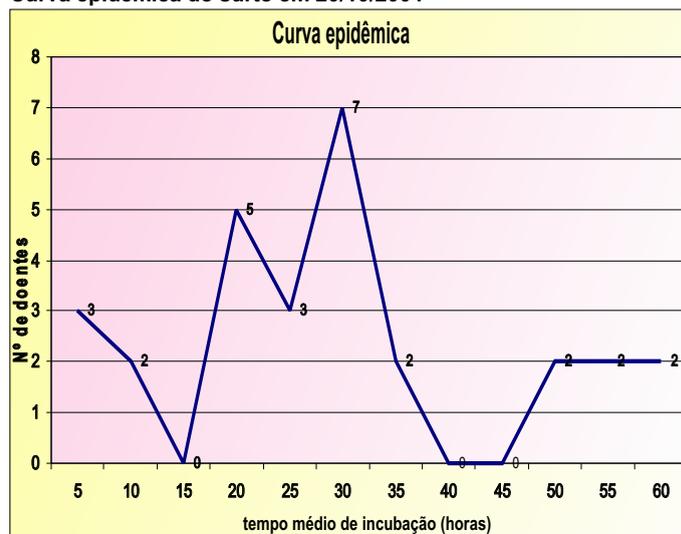
Estiveram presentes ao primeiro dia do evento 65 pessoas; dessas, 55 almoçaram no local do evento e, dentre elas, 28 pessoas adoeceram, sendo a Taxa de Ataque (TA) geral do surto de 51%. A distribuição dos sintomas pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1
Distribuição dos sintomas do surto em 20/10/2004

Sintomas	Nº	%
Diarréia	20	71,43
Cefaléia	19	67,86
Náusea	16	57,14
Mal-estar	15	53,57
Febre	14	50
Cólicas	13	46,43
Dor no corpo	11	39,29
Vômito	4	14,29
Anorexia	4	14,29

A data do início dos sintomas do primeiro caso foi dia 20/9/2004 e do último, 22/9/2004. A duração da doença mais curta foi de um dia e da mais longa, sete dias, sendo a mediana de quatro dias. O período de incubação mais curto foi de 2 horas e 30 minutos e o mais longo de 57 horas e 30 minutos, sendo a mediana de 26 horas e 30 minutos (Figura 1). Para o cálculo do período de incubação, considerou-se que o almoço foi consumido às 12h30.

Figura 1
Curva epidêmica do surto em 20/10/2004



O atendimento médico foi necessário para seis pessoas, sendo que para três delas foram prescritos antibióticos.

Das cinco pessoas que coletaram amostra de fezes para detecção de possíveis agentes patogênicos, em todas as amostras foi detectada a presença de *Salmonella typhimurium*. O resultado obtido pela realização dos antibiogramas mostrou tratar-se de bactéria não resistente aos antibióticos recomendados. Cinco casos foram confirmados pelo isolamento da bactéria e 23, por critério clínico-epidemiológico.

Testes de significância estatística para os alimentos foram feitos através do software EPI-Info versão 6.04d, CDC/OMS, 2001. O estudo epidemiológico implicou o sanduíche de tomate seco com queijo branco [TA = 61,5% (24 doentes/39 expostos); RR = 2,46; IC de 95% = 1,02 -5,96; X² = 4,69; p < 0,05] (Tabela 2).

Quanto aos aspectos sanitários, cabe destacar que na visita do técnico da DDTHA/CVE à cozinha do local foi verificado que utensílios do bufê tinham aspecto de antigos e mal-lavados ou com ranhuras; que os manipuladores de alimentos portavam anéis e que a maionese de uma marca, durante a preparação, era transferida para um outro pote com maionese de outra marca. A Vigilância Sanitária (VISA) do município de São Paulo detectou que o bufê não

possuía cozinha fixa nem documentação necessária exigida pela legislação sanitária vigente. Como não havia sobras dos alimentos servidos no dia 20, foram coletados, para a análise laboratorial de alimentos, produtos fechados (matéria-prima) adquiridos de dois fornecedores e de várias marcas, ou sobras dos que foram utilizados no dia 21. Das amostras dos produtos, somente a maionese era sobra do produto utilizado nos sanduíches preparados no dia anterior.

A VISA constatou também o uso inadequado da maionese, bem como obteve a informação de que os sanduíches foram preparados no local do evento e que a alface utilizada nos sanduíches havia sido lavada e higienizada na residência de um funcionário. Como no momento da vistoria não havia mais manipulação não foi possível observar e avaliar as práticas de manipulação.

A VISA realizou, ainda, vistorias aos fornecedores da matéria-prima, atacadistas que fornecem produtos fatiados ou embalados em sua origem de fabricação, bem como desencadeou investigação junto aos fabricantes de alguns produtos ou solicitou a investigação para outras equipes de VISA, no caso de produtos fabricados fora da cidade de São Paulo ou

mesmo do Estado. Um dos fornecedores que fatia os produtos apresentava condições sanitárias inadequadas no momento da vistoria da VISA. O produto com tomates secos apresentava-se em desacordo com a legislação vigente quanto às inscrições exigidas em sua rotulagem.

Os laudos de exames não foram ainda liberados e a investigação sanitária só será concluída após a investigação de todos os fornecedores e fabricantes dos produtos utilizados na preparação dos sanduíches.

Cabe destacar, ainda, que a cozinha do local utilizado pela instituição pública para o evento possui uma geladeira/freezer, um fogão e uma bancada com pia, mas com características domésticas e não suficientes para servir grande quantidade de refeições. Isso exige que o bufê contratado disponha de equipamentos complementares para prevenir contaminações na manipulação e preparo do alimento, para garantir a refrigeração e conservação ou aquecimentos necessários, assim como para prevenir, no momento de servir as refeições, a exposição prolongada e imprópria em temperatura ambiente e o crescimento/proliferação de bactérias ou toxinas.

Tabela 2
Análise dos alimentos consumidos no evento

Alimento suspeito	Risco Relativo (RR)	Intervalo de confiança	Chi quadrado	Valor do p
Sanduíche de salame com queijo cheddar	1,02	0,56-1,87	0,05	0,8174774
Sanduíche de tomate seco com queijo branco	2,46	1,02-5,96	4,69	0,0303936
Sanduíche de peito de peru com mussarela	1,03	0,59-1,80	0,04	0,8466811
Sanduíche de queijo	1,05	0,62-1,80	0,01	0,921952
Suco de caju	0,9	0,53-1,53	0,02	0,902185
Suco de tangerina	1,13	0,70-1,83	0,05	0,823288
Salada de fruta	1,03	0,60-1,77	0,03	0,8584041
Bolo simples	0,61	0,23-1,60	0,62	0,4302604
Água	0,95	0,56-1,63	0,01	0,921952

Conclusões

A investigação epidemiológica forneceu evidências de que o surto por *Salmonella typhimurium* ocorreu como resultado do consumo do sanduíche de tomate seco com queijo branco. Não foi possível ainda confirmar o modo como esta preparação foi contaminada, levantando-se as seguintes hipóteses:

- 1) os alimentos utilizados podem ter sido contaminados durante o processo de produção, distribuição e armazenamento, em sua origem de fabricação ou no processo de fatiamento e disposição em bandejas nos fornecedores;
- 2) preparações muito manipuladas, como um sanduíche, são consideradas de alto risco, especialmente quando elaboradas por pessoas que não possuem treinamento adequado e a contaminação pode ter ocorrido no momento do preparo dos sanduíches;
- 3) manipuladores apresentando doença assintomática podem disseminar o patógeno para alimentos como o identificado neste surto como um dos manipuladores já apresentava dor de cabeça no primeiro dia, não se descarta a hipótese de que os sanduíches possam ter sido contaminados por um dos preparadores;
- 4) equipamentos e utensílios inadequadamente limpos ou desinfetados tanto no fornecedor como no bufê podem ter contaminado o alimento;
- 5) alimentos provenientes de fontes inseguras podem estar contaminados. É importante que a VISA inspecione regularmente os fornecedores para verificar as condições higiênico-sanitárias (manipulação, equipamentos, etc.), bem como seja feito um trabalho conjunto com órgãos do governo ligados ao setor da agricultura e pecuária para garantia da inocuidade dos produtos;
- 6) pode ter havido contaminação durante o armazenamento na residência dos funcionários do bufê e/ou durante o transporte;
- 7) os alimentos foram submetidos por um longo período à temperatura ambiente (no dia do surto, a temperatura estava em torno de 30°C), favorecendo a multiplicação bacteriana, sendo que o bufê não adequou o local para servir as refeições em temperatura correta.

Salmonella representa um grupo de bactérias que pode causar doença diarreica e, geralmente, é encontrada em alimentos de origem animal, como carnes, leite e derivados, ovos, entre outros. O período de incubação varia, em geral, de 12 até 72 horas após consumo de alimentos contaminados. Os sintomas principais são: diarreia, febre, cefaléia, cólica abdominal e costumam durar de 4 a 7 dias⁽³⁾. A *Salmonella thyphimurim* é um dos principais soroti-

pos isolados em casos esporádicos ou surtos no Brasil e está associada a meningites, especialmente em crianças⁽⁴⁾. Representa um risco para a população que consome alimentos contaminados por ela devido ao seu potencial invasivo e, portanto, eminentemente patogênico⁽⁵⁾. Existem aproximadamente 2.000 sorotipos diferentes de *Salmonella*. Os mais comuns, atualmente, no mundo são *Salmonella Enteritidis* e *Salmonella Typhimurium*, sendo que a *Salmonella Typhimurium* fagotipo DT 104 é considerada um patógeno emergente e altamente virulento, resistente a vários antibióticos⁽³⁾. No surto em questão não foi possível identificar o fagotipo, mas pelo antibiograma supõe-se não se tratar da S. DT 104.

Para minimizar a probabilidade de ocorrer surtos de doenças semelhantes em futuros eventos as instituições públicas ou privadas ou mesmo pessoas físicas que contratem bufês devem ter alguns cuidados:

- verificar se os bufês estão devidamente regularizados perante às normas da Vigilância Sanitária, isto é, se a empresa dispõe de licença ou alvará de funcionamento expedido pela VISA municipal e atende às exigências da legislação do município onde sua sede se localiza. Toda legislação federal, municipal e estadual (do Estado de São Paulo) que regulamenta o setor pode ser encontrada, respectivamente, nos sites da Anvisa (<http://www.anvisa.gov.br>), da PMSP (<http://www.prefeitura.sp.gov.br>) e do CVS (<http://www.cvs.saude.sp.gov.br>).

Há ainda uma nova legislação que impõe exigências mais rígidas para os bufês, visando garantir as boas práticas de manipulação nesse tipo de serviço de alimentação e prevenir surtos como o que ocorreu trata-se do Regulamento Técnico Sobre Boas Práticas para Serviços de Alimentação (Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004), disponível também no site da Anvisa.

Os serviços de alimentação devem dispor de Manual de Boas Práticas e de Procedimentos Operacionais Padronizados. A implantação de sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC), que foi desenvolvido para garantir a segurança de alimentos, reduz o risco de ocorrência de doenças transmitidas por alimentos. No Brasil, esse método passou a ser exigido pela Portaria 1.428/93, do Ministério da Saúde, a todos os estabelecimentos que desenvolvam atividades relacionadas à alimentação^(1,6). A legislação preconiza, também, para o setor que amostras de alimentos devem ser guardadas por 72 horas e fiquem à disposição das autoridades sanitárias para as eventuais análises laboratoriais necessárias, como, por exemplo, na ocorrência de um surto.

É muito importante que os bufês se conscientizem dos riscos de práticas inadequadas e da gravidade dos surtos de diarreia como esse e outros, nos quais pessoas podem precisar de atendimento médico, de hospitalizações, e que óbitos podem eventualmente ocorrer, especialmente em crianças e idosos ou imunodeprimidos, além das perdas de dias de trabalho, de escola, gastos com serviços médicos, medicamentos, etc.. Treinar os funcionários de estabelecimentos que trabalham com gêneros alimentícios sobre os princípios de alimentos seguros é essencial para que se evitem erros e práticas inadequadas na cozinha.

Dessa perspectiva, os resultados do presente estudo demonstram a importância de medidas higiênico-sanitárias que assegurem o controle de patógenos e das boas práticas de fabricação/preparação/manipulação em todas as etapas da cadeia de produção do alimento até o consumo. Mostram também a importância de que todos se conscientizem sobre a gravidade de surtos de doenças transmitidas por alimentos. Cabe àquele que presta o serviço observar o que regulamentam as normas técnicas e ao consumidor estar mais atento e exigir que se cumpra a legislação em benefício de sua saúde.

Finalmente, a investigação de um surto exige integração entre as equipes de vigilância epidemiológica, sanitária e laboratorial, tal como ocorreu neste episódio. O levantamento epidemiológico deve ser feito com cuidado, assim como todo o trabalho de análise para implicação do alimento. Apesar de o espaço de tempo entre os participantes detectarem o primeiro caso e obter a informação de que outras pessoas haviam adoecido não ter sido longo, não foi, contudo, oportuno o suficiente para que permitisse que a fiscalização pudesse avaliar as práticas de preparação no local, apesar da presteza da resposta da VISA ao ser acionada. Fica extremamente claro o quanto é importante que se notifique o mais rapidamente possível a suspeita de um surto.

Além de outras irregularidades já comentadas, o bufê também não cumpriu a legislação que determina a guarda de sobras de alimentos preparados, o que aumentaria a eficácia da investigação, podendo-se talvez conseguir identificar a bactéria nos sanduíches. Contudo, o estudo epidemiológico, a colaboração dos participantes do surto e daqueles que realizaram os testes laboratoriais, o apoio do laboratório disponibilizando material para os testes e analisando as amostras e o trabalho da vigilância sanitária rastreando a origem dos alimentos mostra como uma investigação, apesar de sua aparente complexidade e da agilidade exigida, deve ser conduzida para que medidas concretas possam ser aplicadas em favor da saúde pública.

Referências bibliográficas

1. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). HACCP: Instrumento Essencial para a Inocuidade de Alimentos. Buenos Aires, Argentina: OPAS/INPPAZ, 2001.
2. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). InformeNet - Tabelas de Surtos 1999-2002. Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br> em Doenças Transmitidas por Água e Alimentos, em Dados Estatísticos (Tabelas de Surtos). Acessado em: 21/10/2004.
3. US FDA. Food Safety A to Z Reference Guide. U.S. Food and Drug Administration Center for Food Safety and Applied Nutrition National Science Teachers Association, 2001. Disponível em: <http://vm.cfsan.fda.gov/~dms/a2z-s.html>. Acessado em: 21/10/2004.
4. Trabulsi LR, Campos LC, Lorenço R. Salmoneloses. In: Veronezi, R. & Focaccia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996, Vol. 1, p. 856-863.
5. Almeida PMP, Franco RM. Avaliação bacteriológica de queijo tipo minas frescal com pesquisa de patógenos importantes à saúde pública: *Staphylococcus aureus*, *Salmonella* sp e Coliformes fecais. Revista Higiene Alimentar, v. 17, nº 111, p. 79-85, Ago, 2003.
6. Zanardi AMP. Garantia da qualidade higiênico-sanitária. In: Abreu, ES. de et al. Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição: um modo de fazer. São Paulo: Editora Metha, Cap. X, p. 111-119, 2003.



Malária em São Paulo

*Divisão de Zoonoses do Centro de Vigilância Epidemiológica
"Prof. Alexandre Vranjac" (CVE)*

A malária já era bem conhecida nos tempos de Hipócrates. Seu impacto na saúde coletiva da região amazônica é inegável. No entanto, em Estados não pertencentes à Amazônia Legal, onde ela é freqüente, a doença não faz parte da rotina dos médicos no que diz respeito ao diagnóstico diferencial. O que é visto também no estado de São Paulo.

O esquecimento não é injustificado. De fato, o número de casos de malária diagnosticados no Estado caiu de 1.798 em 1990 para 242 em 2003. Desde 1997 observa-se notificação inferior a 300 casos/ano. Entretanto, dois aspectos dessa doença exigem nossa atenção: as rotas de transporte e o comércio, que determinam afluxo constante de indivíduos procedentes de áreas de alta endemicidade da doença, sendo responsável por cerca de 85% dos casos anuais.

Os indivíduos que adoecem buscam atendimento em centros de saúde e pronto-socorros. Alguns casos (malária por *Plasmodium falciparum*) podem ser graves e o retardo do diagnóstico ou tratamento inadequado representam risco de vida. Um segundo aspecto é a ocorrência de pequeno número de casos autóctones. Focos de malária têm sido identificados no Litoral Norte, Grande São Paulo e Vale do Ribeira.

O agente etiológico da malária autóctone em São Paulo é o *Plasmodium vivax*, com apresentação clínica freqüentemente oligossintomática. A Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) realiza ações de identificação de focos autóctones e medidas seletivas de controle de vetores.

A abordagem da malária sofreu modificações recentemente. Seguindo tendência mundial, abandonou-se a meta de erradicação da doença. Os novos objetivos priorizam a atenção aos doentes, para redução de gravidade e letalidade, por meio de uma ampla oferta de serviços para diagnóstico e tratamento.

O desafio de São Paulo consiste na construção de modelos eficientes de assistência à malária por *P. vivax*, de baixa incidência no Estado, que atenda também à malária por *P. falciparum*, casos importados, entretanto potencialmente grave. Dois componentes são necessários a esse modelo: manter índices adequados de suspeição e montar sistema de referência.

Até 2003, a Secretaria da Saúde de São Paulo centralizava a tecnologia para diagnóstico e tratamento da malária. A reavaliação da situação epidemiológica trouxe uma nova abordagem. Foram designados hospitais de referência nas diversas regiões do Estado, médicos e profissionais de laboratório foram capacitados para o diagnóstico clínico e condutas terapêuticas e para a identificação do agente, respectivamente.

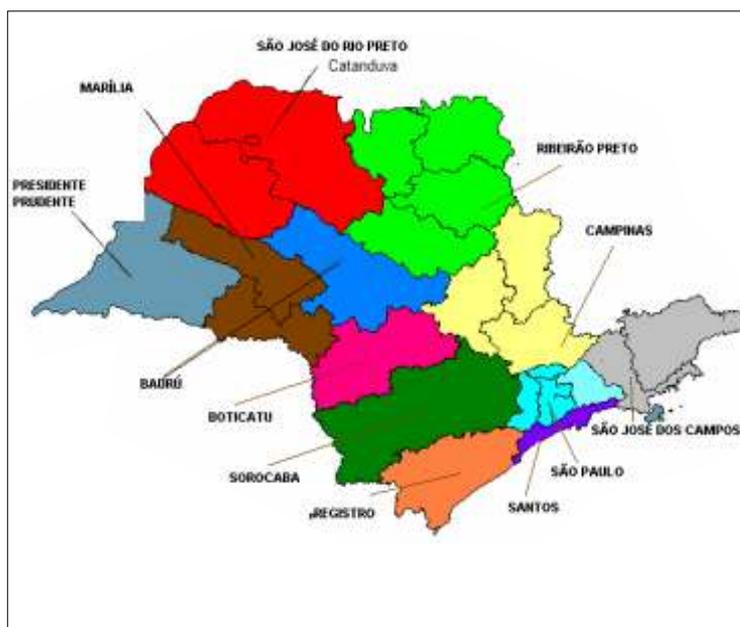
Em relação a outro componente, a suspeição, sua importância justifica o lembrete: "A malária em São Paulo é algo mais do que a recordação de velhos compêndios de parasitologia".

Assim, definiram-se 14 serviços de referência que atendem os pré-requisitos mínimos quanto à estrutura, recursos físicos e humanos, e estão inseridos em um contexto geoespacial que permite fácil acesso para adequado atendimento dos casos suspeitos da doença, como mostra o mapa a seguir (Figura 1).

Todo caso suspeito de malária deverá ser encaminhado ao hospital de referência mais próximo da residência do paciente, dando início ao processo de diagnóstico, conduta terapêutica adequada, investigação e controle do foco, nos casos autóctones.

Dessa forma, poderemos descentralizar o atendimento e disseminar aos profissionais de saúde informações de como lidar com a malária, sem perder a qualidade de atendimento ao paciente, o que a Sucen garantiu de forma correta por tantos anos.

Figura 1
Localização dos serviços de referência para malária



Fonte: CVE

Referências para o diagnóstico e tratamento do paciente com malária segundo regionais de atendimento

Municípios	Hospitais de Referência	Fone e Horário de Atendimento	Regionais de abrangência
São Paulo	Hospital das Clínicas (FMUSP) Inst.de Infectologia Emílio Ribas	(11) 30696392 - 8 às 16h (11) 30696226 - após 16h (11) 38961200 atendimento 24h atendimento 24h	DIR I capital DIR II Sto André DIR III Mogi das Cruzes DIR IV F. Da Rocha DIR V Osasco
S.José do Rio Preto	Hosp.de Base da Faculdade de Medicina de S.José do Rio Preto	(17)2105000 - ramal 1423 atendimento 24 h	DIR XXII S. J. Rio Preto DIR VI Araçatuba
Catanduva	Lab.Hospital Padre Albino	(17) 35313026 - ramal 3031 atendimento 24h	DIR XXII S. J. Rio Preto
Ribeirão Preto	Hosp.da Clínicas de Ribeirão Preto	(16)6021166 2ª as 6ª feiras 7às 21h finais de semana 10 às16h	DIR VII Araraquara DIR IX Barretos DIR XIII Franca DIR XVIII Rib. Preto
Campinas	Unicamp	(19)37888770 atendimento 24 h	DIR XII Campinas DIR XV Piracicaba DIR XX S. J. Boa Vista
Bauru	Hospital Regional de Bauru	(14) 31037777 Ramais 3263/ 3565 atendimento 24h	DIR X Bauru
Marília	Hospital das Clínicas de Marília	(14) 34021717 atendimento 24 h	DIR VIII Assis DIR XIV Marília
Presidente Prudente	Santa Casa de Presidente Prudente	(18)2101-8000 atendimento 24h	DIR XVI Pres. Prudente
São José dos Campos	Hospital Municipal S.José dos Campos	(12) 39013512 / 39013400 atendimento 24h	DIR XXI S. J. Campos DIR XXIV Taubaté
Botucatu*	Hosp. Universitário De Botucatu	Em implantação	DIR XI Botucatu
Pariquera-Açu	Hosp.Regional do Vale do Ribeira	(13) 38569600 - rama 674 atendimento 24h	DIR XVII Registro
Santos	Hospital Guilherme Álvaro	(13)32021300 - ramal 1440 atendimento 24 h	DIR XIX Santos
Sorocaba*	Conj.Hospitalar de Sorocaba	Em implantação	DIR XXIII Sorocaba

* em implantação

Relato de Experiência Bem Sucedida para a Adesão ao Tratamento de Tuberculose Supervisionado (Dots)

Marília Daher Fink¹, Francisca Lozano Sanchez Giardina¹, Ester Felix do Rego², Cleide Aparecida Colon².

¹Unidade Básica de Saúde Dr. José Marcílio Malta Cardoso e

²Unidade de Vigilância à Saúde Butantã
Coordenadoria de Saúde Butantã - São Paulo/SP

Objetivo

Relatar uma experiência com tratamento supervisionado de tuberculose (Dots), em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Administrativo do Rio Pequeno, pertencente à Coordenadoria de Saúde do Butantã, município de São Paulo em 2004.

Método

Conquistar a adesão ao tratamento de paciente usuário de drogas, agressivo, sem residência fixa, através de vinculação do paciente à equipe do serviço e de doação de refeições, cestas básicas e passes do Programa de Controle de Tuberculose.

Resultados

Vinculação do paciente ao serviço e adesão ao Dots, chegando à alta por cura, após ter iniciado e abandonado o tratamento convencional por duas vezes e fugido de hospital de retaguarda em Campos do Jordão.

Conclusão

Importância do acolhimento e vinculação do paciente à equipe do serviço, bem como dos incentivos do Programa para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: tratamento supervisionado para tuberculose (Dots); adesão ao tratamento de tuberculose.

Introdução

Este relato descreve a experiência vivenciada e as etapas percorridas pela equipe de uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo, para garantir a adesão de um paciente ao tratamento para tuberculose, através da estratégia de tratamento supervisionado (Dots).

Descrição do caso

Paciente A.F.S., 20 anos, pardo, analfabeto, sem moradia fixa, desempregado e usuário de drogas.

Bastante agressivo, de difícil trato e vinculação, não aceitando regras e orientações. Em janeiro de 2003 procurou pronto-socorro da área, com queixa de febre e tosse. Foi colhida baciloscopia, com resultado positivo uma cruz (BK+), porém não retornou ao serviço para receber o resultado e iniciar tratamento. Forneceu endereço falso, não tendo sido localizado em visita domiciliar; dessa forma, o tratamento não pôde ser iniciado. Em maio de 2003 procurou novamente o pronto socorro, apresentando os mesmos sintomas anteriores, sendo encaminhado para a Unidade Básica de Saúde Dr. José Marcílio Malta Cardoso.

Nessa ocasião já apresentava resultado de baciloscopia positiva duas cruces (BK++). Iniciou-se, então, tratamento auto-administrado com Esquema I. Porém, ao término do primeiro mês não retornou para prosseguimento. Novamente não foi encontrado no endereço fornecido, e foi considerada alta por abandono. Em outubro de 2003, procurou o pronto Socorro municipal da região, apresentando tosse e emagrecimento. No serviço de emergência, em novo exame de baciloscopia, apresentou resultado positivo três cruces (BK+++). No RX de tórax visualizaram-se cavidade, cicatrizes e lesões sugestivas de tuberculose em ápice do pulmão direito. Permaneceu por cinco dias na retaguarda deste serviço até a melhoria de seu estado geral.

Neste período, a diretora do pronto-socorro fez contato com a Unidade Básica de Saúde, com a intenção de garantir a continuidade do tratamento. O paciente foi, então, encaminhado à UBS Dr. José Marcílio Malta Cardoso para reiniciar tratamento. Estava muito fraco, prostrado, desnutrido e tossia muito. Passava o dia dormindo no banco de cimento localizado na entrada da UBS. Apresentava-se sempre muito agressivo e rebelde. Após alguns dias criou algum vínculo com as duas profissionais responsáveis pela Vigilância Epidemiológica da UBS, que conseguiram convencê-lo a aceitar uma internação no hospital de retaguarda em Campos de Jordão. Esta internação ocorreu em 14 de novembro de 2003 e após 12 dias o paciente evadiu-se do hospital, retornando espontaneamente ao nosso serviço. Assim, em novembro de 2003 foi incluído novamente no Programa com Esquema I reforçado.

Estratégias adotadas para a solução do caso

Após várias conversas, "acordos, tratos e contratos", conseguiu-se fazer com que A.F.S. aderisse ao tratamento supervisionado. Todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde foram orientados e integrados ao caso, porém somente as duas profissionais da Vigilância Epidemiológica iriam atendê-lo, visto que o paciente não aceitava relacionar-se com outras pessoas.

O paciente foi convencido da importância da adesão ao tratamento e da alimentação para sua cura, ressaltando que ele não estaria obrigado a abandonar

as drogas para realizar o tratamento, preocupação muito presente em seu discurso e atitudes.

Firmou-se com a Escola Municipal de Educação Infantil vizinha à UBS que esta cederia uma refeição diariamente ao paciente. Após algum tempo, A.F.S. não queria mais essa refeição. Passou então a alimentar-se com um marmitec cedido pela padaria próxima à UBS.

Resultados

Durante pouco mais de dois meses, A.F.S. compareceu diariamente à UBS para receber a medicação e alimentação. Levava a medicação para os finais de semana. Conseguiu arranjar um “emprego” e passou a vir à UBS três vezes por semana, levando a medicação e os passes para os outros dias. Já estava com uma aparência melhor, ganhando peso, menos agressivo e mais comunicativo. Durante o tratamento levou ao serviço um amigo do trabalho e duas “esposas”, que se propuseram a ajudar, garantindo a ingestão dos medicamentos nos dias em que A.F.S. não pudesse comparecer à UBS. Para colaborar com essas “novas e temporárias famílias” foi conseguida junto a uma organização não-governamental a doação de três cestas básicas. Foi ainda neste período do tratamento que se iniciou a vacinação com vacina Dupla adulto, sorologia para Aids, com resultado de HIV Negativo, e orientações sobre DSTs e Aids.

A.F.S. conseguiu finalizar o tratamento na data prevista (maio 2004), com ganho de peso, clinicamente bem, e com BK negativado. Não realizou RX de tórax durante o tratamento e nem ao término deste, apesar das inúmeras solicitações.

Considerações Finais

É de suma importância para a adesão do paciente de tuberculose ao tratamento, o acolhimento, a perseverança, o envolvimento dos profissionais do serviço de saúde e a busca por alternativas solidárias na comunidade. É relevante salientar, ainda, a importância dos incentivos que o programa de tuberculose oferece, possibilitando assim o sucesso do tratamento. Consideramos relevante ressaltar que as alternativas procuradas não foram complexas, acarretaram baixo grau de dificuldades e, principalmente, dependeram do engajamento e empenho da equipe de saúde da Unidade Básica.

Bibliografia

1. Ministério da Saúde. Tuberculose Guia de Vigilância Epidemiológica. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, MS, 2002.
2. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: Cadernos de Atenção Básica, nº 6. Secretaria de Políticas de Saúde /Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2002.

NOTAS

Aprimoramento profissional no IAL

Estão abertas até 16 de dezembro as inscrições para o processo de seleção do Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto Adolfo Lutz 2005. O Programa será desenvolvido nas divisões de Biologia Médica; Patologia; Bromatologia e Química; Serviços Básicos; e nos Laboratórios Regionais. Com duração de 1 a 2 anos, todos os cursos têm carga horária de 40 horas semanais. Poderão inscrever-se os profissionais formados em Biologia, Biomedicina, Engenharia de Alimentos, Engenharia Química, Farmácia, Farmácia-Bioquímica, Química, Medicina Veterinária, Zootecnia, Nutrição ou com curso superior de Tecnologia em Saúde.

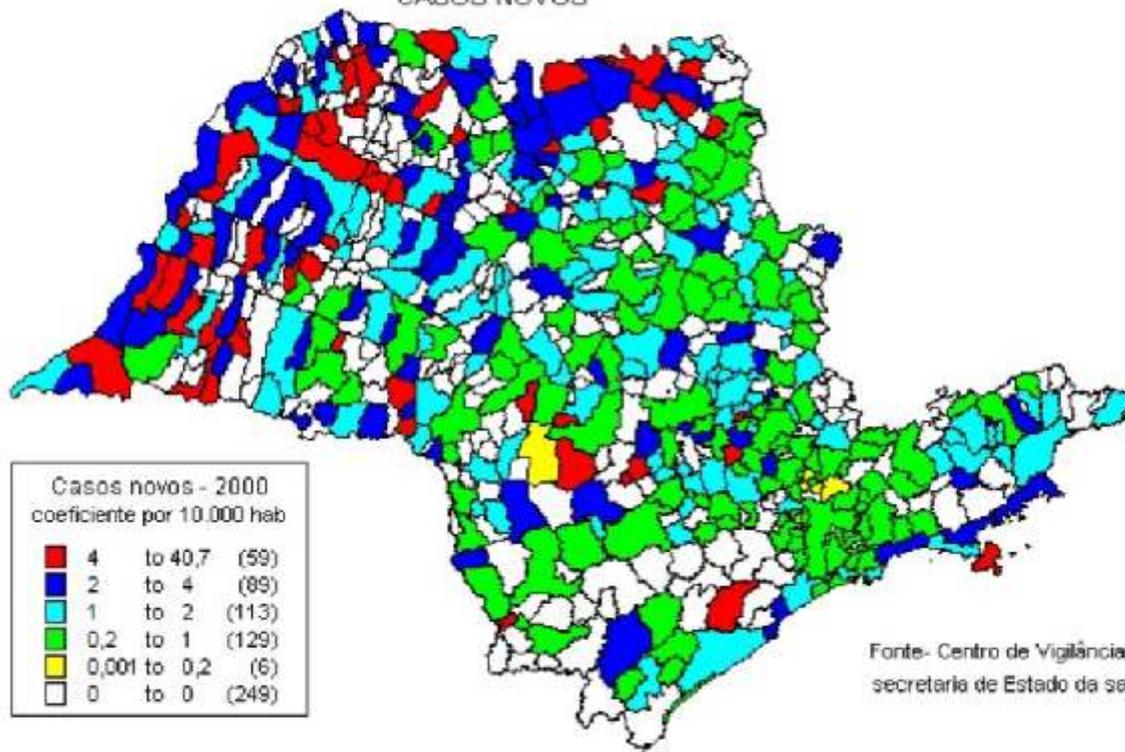
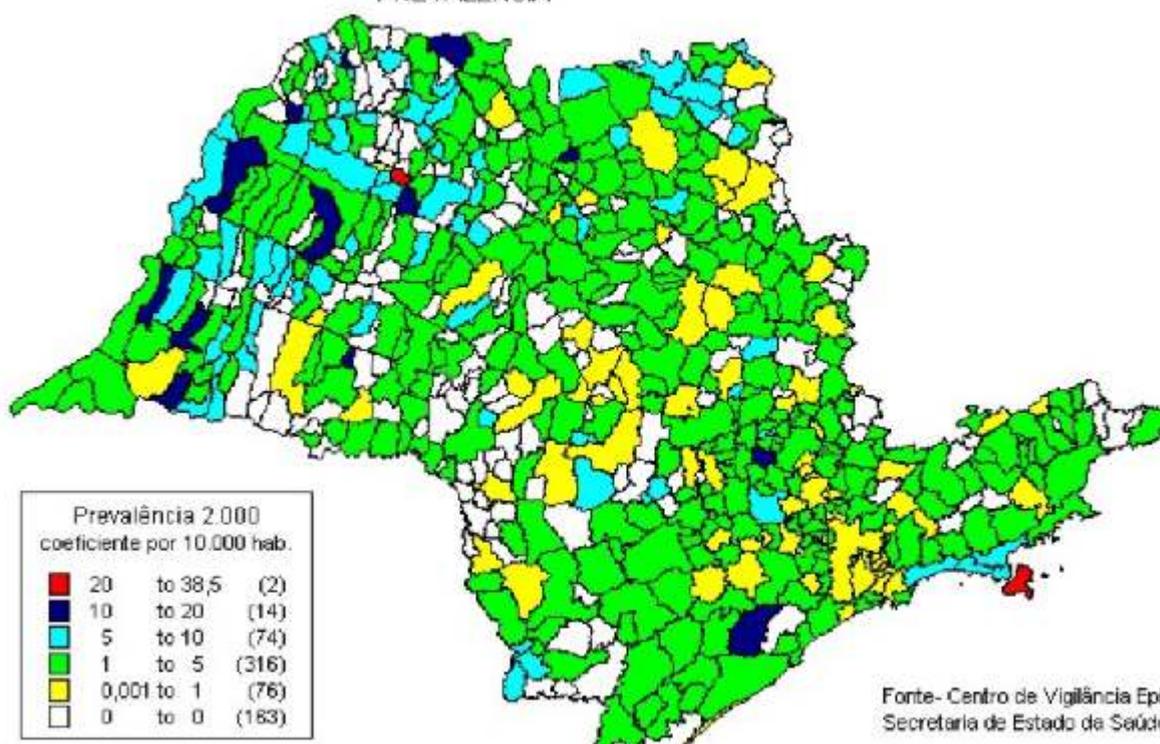
O número de vagas será definido posteriormente pelo Conselho Estadual de Formação de Profissional na Área de Saúde (Conforpas). Os candidatos aprovados receberão bolsas de estudo, administradas pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), cujo valor será fixado pelo Conforpas. Entre outras exigências, os selecionados não poderão receber remuneração laboral proveniente de vínculo empregatício com empresa pública ou privada vinculada ao SUS. Na eventualidade deste vínculo, o candidato deverá apresentar, no momento da matrícula, atestado expedido pelo empregador de que não receberá salários ou outro rendimento de qualquer natureza enquanto participar do curso.

As inscrições poderão ser feitas de segunda a sexta-feira, das 9 às 12 horas e das 13 às 16 horas, no IAL-Central (av. Dr. Arnaldo, nº 355, 2º andar, sala 66, Seção de Treinamento, telefone 11 3068-2855) e nos laboratórios regionais. O edital completo do Programa está disponível no site www.ial.sp.gov.br.

Fábrica de vacinas do Butantan

O Governo do Estado autorizou, no início de novembro, a construção da primeira fábrica de vacina contra gripe do Hemisfério Sul, que funcionará no Instituto Butantan. Com 9.876,77 m², a nova unidade terá capacidade para produzir 20 milhões de doses por ano, suficiente para atender toda a demanda nacional. Com isso, o governo brasileiro poderá economizar algo em torno de R\$ 100 milhões. Para colocar a fábrica em funcionamento, já no segundo semestre de 2006, o Estado investirá R\$ 19 milhões. Outros R\$ 30 milhões serão investidos pelo Ministério da Saúde na aquisição de equipamentos de última geração. O Instituto contratará 60 profissionais especializados para trabalhar na unidade. Além da gripe, o Butantan desenvolverá imunizantes também contra pneumonia e rotavírus, HPV, coqueluche e hepatite B (juntas em apenas uma vacina), Pertussis (contra a coqueluche) e DTP-hepatite B - hemophilus B. A produção dessas vacinas foi viabilizada graças a uma parceria inédita do Butantan com o Instituto de Saúde dos Estados Unidos, um dos mais conceituados do mundo.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

HANSENÍASE - ESTADO DE SÃO PAULO - 2.000
CASOS NOVOSHANSENÍASE - ESTADO DE SÃO PAULO- 2.000
PREVALÊNCIA

2001	TOTAL DE CASOS (NOVOS + RETRATAMENTOS)					Total
	Pulm.Bacilífero	Pulm.Bacilosc. Negativa	Pulm.Bacilosc. N/Realizada	Extrapulmonar*	Meníngea	
0 A 14 ANOS	118	130	335	135	39	757
15 ANOS E MAIS IDADE IGN.	10203	3523	2515	3050	244	19535
	24	6	8	7	1	46
TOTAL	10345	3659	2858	3192	284	20338

2001	CASOS NOVOS					Total
	Pulm.Bacilífero	Pulm.Bacilosc. Negativa	Pulm.Bacilosc. N/Realizada	Extrapulmonar*	Meníngea	
0 A 14 ANOS	109	122	309	130	36	706
15 ANOS E MAIS IDADE IGN.	8850	2902	2093	2799	199	16843
	22	4	6	7	1	40
TOTAL	8981	3028	2408	2936	236	17589

2002	TOTAL DE CASOS (NOVOS + RETRATAMENTOS)					Total
	Pulm.Bacilífero	Pulm.Bacilosc. Negativa	Pulm.Bacilosc. N/Realizada	Extrapulmonar*	Meníngea	
0 A 14 ANOS	93	111	267	144	36	651
15 ANOS E MAIS IDADE IGN.	10439	3447	2596	3260	312	20054
	25	6	7	21	2	61
TOTAL	10557	3564	2870	3425	350	20766

2002	CASOS NOVOS					Total
	Pulm.Bacilífero	Pulm.Bacilosc. Negativa	Pulm.Bacilosc. N/Realizada	Extrapulmonar*	Meníngea	
0 A 14 ANOS	87	102	248	138	34	609
15 ANOS E MAIS IDADE IGN.	8990	2897	2137	3017	266	17307
	20	5	6	20	2	53
TOTAL	9097	3004	2391	3175	302	17969

Ano 2001 - dados fev 2003 emissão 10/3/2003

Ano 2002 - dados - atualização: maio/03

CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE POR FORMA CLÍNICA E FAIXA ETÁRIA

* Extrapulmonar exceto meníngea

Fonte: CVE/SES-SP

TOTAL DE CASOS (NOVOS + RETRATAMENTOS)						
2003	Pulm.Bacilífero	Pulm.Bacilosc.		Extrapulmonar*	Meníngea	Total
		Negativa	N/Realizada			
0 A 14 ANOS	123	100	235	159	26	643
15 ANOS E MAIS	10358	3472	2435	3271	281	19817
IDADE IGN.	18	4	9	10	0	41
TOTAL	10499	3576	2679	3440	307	20501

CASOS NOVOS						
2003	Pulm.Bacilífero	Pulm.Bacilosc.		Extrapulmonar*	Meníngea	Total
		Negativa	N/Realizada			
0 A 14 ANOS	115	93	223	144	26	601
15 ANOS E MAIS	9070	2936	2045	3015	245	17311
IDADE IGN.	17	4	6	9	0	36
TOTAL	9202	3033	2274	3168	271	17948

TOTAL DE CASOS (NOVOS + RETRATAMENTOS)						
2004	Pulm.Bacilífero	Pulm.Bacilosc.		Extrapulmonar*	Meníngea	Total
		Negativa	N/Realizada			
0 A 14 ANOS	36	29	87	30	4	186
15 ANOS E MAIS	3430	1001	906	1010	55	6402
IDADE IGN.	9	2	2	8	1	22
TOTAL	3475	1032	995	1048	60	6610

CASOS NOVOS						
2004	Pulm.Bacilífero	Pulm.Bacilosc.		Extrapulmonar*	Meníngea	Total
		Negativa	N/Realizada			
0 A 14 ANOS	35	27	85	30	4	181
15 ANOS E MAIS	2984	875	764	945	47	5615
IDADE IGN.	9	2	2	8	1	22
TOTAL	3028	904	851	983	52	5818

Ano 2003 - dados provisórios até junho/04

Ano 2004 - dados provisórios até junho/04

CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE POR FORMA CLÍNICA E FAIXA ETÁRIA

* Extrapulmonar exceto meníngea

Fonte: CVE/SES-SP