

ISSN 1806-423-X
ISSN 1806-4272 – online

Boletim Epidemiológico Paulista

BEPA 45

PUBLICAÇÃO MENSAL SOBRE AGRAVOS À SAÚDE PÚBLICA
Volume 4 Número 45 setembro/2007

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

PUBLICAÇÃO MENSAL SOBRE AGRAVOS À SAÚDE PÚBLICA

ISSN 1806-423-X

Volume 4 Número 45

setembro de 2007

Nesta Edição

Análise dos dados de infecção hospitalar do Estado de São Paulo – Ano 2006 4

Hospital infection data analysis in the State of São Paulo – 2006

Análise dos casos de asma com tratamento intercrise e correlação com fármaco-economia em pacientes atendidos no Instituto Clemente Ferreira... 13

Analysis of asthma cases with treatment between crisis and correlation to pharmaco-economy in patients admitted to Instituto Clemente Ferreira

Atualização da classificação epidemiológica dos municípios para a leishmaniose visceral americana 16

Updating epidemiologic classification of cities regarding American visceral leishmaniasis

Programa Paulista de Vigilância à Saúde do Trabalhador do Setor Canavieiro 24

Labor Health Surveillance Program in São Paulo for Sugar Cane Plantation Workers

Instruções aos Autores 26

Author's Instructions



Expediente

O Boletim Epidemiológico Paulista é uma publicação mensal da Coordenação de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 1º andar, sala 135
CEP: 01246-000 – São Paulo – Brasil
Tel.: (11) 3066-8823 e 3066-8825
bepa@saude.sp.gov.br

Coordenadora

Clélia Maria Sarmento de Souza Aranda

Editora Geral

Clélia Maria Sarmento de Souza Aranda

Editores Associados

Afonso Viviane Junior – Suceu/SP
Cilmara Polido Garcia – CVE/CCD/SES-SP
Fernando Fiuzza – Instituto Clemente Ferreira/CCD/SES-SP
José Carlos do Carmo – Cerest/CCD/SES-SP
Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/CCD/SES-SP
Maria Clara Gianna – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP
Marta Lopes Salomão – IAL/CCD/SES-SP
Neide Yume Takaoka – Instituto Pasteur/CCD/SES-SP

Consultores Científicos

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu/SP
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – CCD/SES-SP
Eliseu Alves Waldman – FSP/USP/SP
José Cássio de Moraes – FCM-SC/SP
Luiz Eduardo Batista – CCD/SES-SP
Luiz Jacintho da Silva – FM/Unicamp
Maria Bernadete de Paula Eduardo – CCD/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – CCD/SES-SP

Coordenação Editorial

Cecília Abdalla
Cláudia Malinverni
Leticia Maria de Campos
Sylia Rehder

Núcleo de Comunicação – CCD

Endereço eletrônico: <http://www.ccd.saude.sp.gov.br>

Os artigos publicados são da responsabilidade dos autores. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Para republicação de qualquer material, solicitar autorização dos editores.

Projeto gráfico/editoração eletrônica

Marcos Rosado – Nive/CVE
Zilda M Souza – Nive/CVE

Artigo Original

Análise dos dados de infecção hospitalar do Estado de São Paulo – Ano 2006 **Hospital infection data analysis in the State of São Paulo – 2006**

Denise Brandão de Assis¹, Geraldine Madalosso¹, Sílvia Alice Ferreira¹, Ana Livia Geremias²

¹*Divisão de Infecção Hospitalar*

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”

Coordenadoria de Controle de Doenças

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (DIH/CVE/CCD/SES-SP)

²*Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS-SP)*

Resumo

Desde sua implantação, em 2004, o Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo vem produzindo dados inéditos de infecção hospitalar (IH) e subsidiando ações específicas para prevenção e controle de IH no Estado. A adesão de hospitais ao sistema de notificação e a regularidade de envio dos dados são crescentes. Os indicadores epidemiológicos avaliados apresentaram pouca variação ao longo dos anos, sugerindo consistência dos dados enviados. Importantes objetivos do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo foram atingidos: adesão e consistência dos dados. O próximo desafio é estimular a análise dos dados pelos interlocutores regionais e municipais de IH. Desse modo, as ações de prevenção e controle de IH podem ser desenvolvidas com melhor oportunidade e de acordo com as realidades locais.

Palavras-chave: sistemas de vigilância; vigilância epidemiológica; infecção hospitalar.

Abstract

Since the start, in 2004, the epidemiological surveillance system for Hospital Infections in the State of São Paulo has produced original data on hospital infection (IH) and assisting specific actions designed for prevention and control of IH in the State. Hospital adherence to the reporting system and regularity in data input are increasing. Epidemiologic indicators evaluated presented small variations during these years, suggesting the consistency of presented data. Some of the major objectives of the Epidemiologic System for the Surveillance of Hospital Infections in the State of São Paulo were achieved: adherence and data consistency. The next challenge is to stimulate data analysis by regional and municipal representatives designed for IH. Therefore, actions of prevention and control on IH may be developed at proper occasion and according to local realities.

Key words: surveillance systems; nosocomial infection; surveillance system.

Introdução

Desde sua implantação, em 2004, o Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo vem produzindo dados inéditos de infecção hospitalar (IH) e subsidiando ações específicas para prevenção e controle de IH no Estado.

As taxas de IH de 2006 dos hospitais gerais notificantes ao sistema foram analisadas por meio de dados agregados do período para infecções em cirurgia limpa e em Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Coronariana, Pediátrica e Neonatal, sendo comparados com os dados dos anos de 2004 e 2005.

Métodos

A notificação das taxas de IH pelos hospitais do Estado continua sendo realizada por meio de planilhas preenchidas de acordo com a complexidade dos hospitais, encaminhadas mensalmente por via eletrônica para a Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE) – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP).

As planilhas 1, 2, 3 e 5 foram preenchidas pelos hospitais gerais e a planilha 4 pelos especializados (psiquiátrico e de longa permanência).

Os indicadores epidemiológicos selecionados para hospitais gerais foram: taxa de infecção em cirurgias limpas; densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM), infecção de corrente sanguínea associada a cateter central (CVC) e infecção urinária associada à sonda vesical (SVD) e taxas de utilização destes dispositivos invasivos (DI) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrica e Coronariana; densidade de incidência de pneumonia associada a VM, infecção de corrente sanguínea associada à CVC e taxas de utilização de DI em UTI Neonatal, em cada faixa de peso.

Os dados foram consolidados e analisados por meio do programa Excel, base das planilhas. Os indicadores foram analisados utilizando-se os dados agregados do período, isto é, a soma do número de IH no período, dividida pela soma dos denominadores (número de cirurgias limpas, pacientes-dia, dispositivos invasivos-dia) no período, para cada indicador, multiplicada por 1.000, no caso das infecções em UTI e hospitais especializados, ou multiplicados por 100, no caso das infecções de sítio cirúrgico (ISC). As taxas de IH dos hospitais gerais notificantes foram distribuídas em percentis (10, 25, 50, 75 e 90).

Com o objetivo de evitar a inclusão de hospitais com denominador extremamente pequeno para o

período (janeiro a dezembro de 2006), foram excluídos das análises os hospitais que notificaram menos de 250 cirurgias limpas, hospitais com menos de 500 pacientes-dia em UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana e hospitais com menos de 50 pacientes-dia, para cada faixa de peso, em UTI Neonatal. Para a planilha 5, que solicita a notificação dos microrganismos isolados em hemoculturas, não foi utilizado critério de exclusão por tratar-se de uma análise qualitativa.

As taxas de IH foram distribuídas segundo as Direções Regionais de Saúde (DIR), 1 a 24 – divisão administrativa vigente no Estado de São Paulo até o final de 2006, hoje chamados Departamentos Regionais de Saúde (DRS), no total de 17. Além disso, foram realizadas comparações dos dados agregados em UTI Adulto dos hospitais notificantes do município de São Paulo e do interior do Estado e dos hospitais com taxas de utilização de dispositivos invasivos (VM, CVC e SVD) maior do que 50% com aqueles com utilização de dispositivos invasivos inferior a 50%. Os dados agregados dos anos de 2004, 2005 e 2006 foram comparados utilizando o teste do qui-quadrado de tendência.

Resultados

1. Adesão ao sistema

A adesão ao Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo é crescente. A média e a mediana de hospitais notificantes por mês em 2006 foram 464 e 471 hospitais, respectivamente (variação: 389-516 hospitais) (Figura 1).

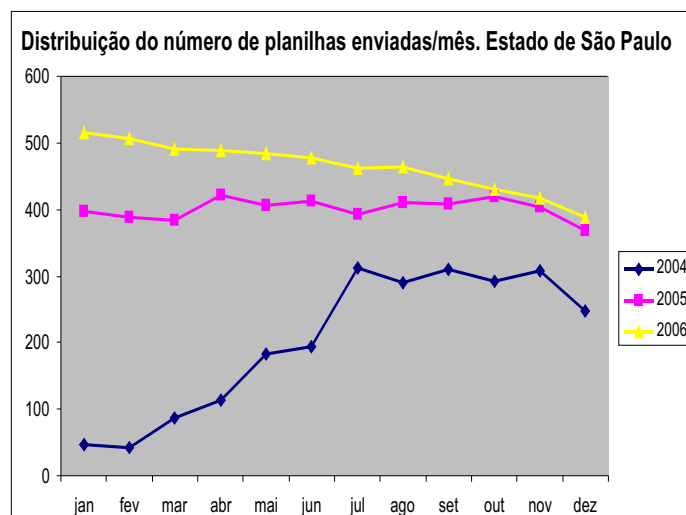


Figura 1. Número de hospitais notificantes ao Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo por mês – 2004, 2005 e 2006.

A Tabela 1 mostra a taxa de resposta, segundo DIR, baseada no número de hospitais cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹.

Tabela 1. Distribuição do número de hospitais notificantes ao Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo e taxa de resposta segundo Direção Regional de Saúde (DIR) e cadastro no CNES – 2004, 2005 e 2006.

DIR (Direção Regional de Saúde)	Hospitais cadastrados CNES	Hospitais notificantes 2004		Hospitais notificantes 2005		Hospitais notificantes 2006	
		N.	%	N.	%	N.	%
		Araçatuba	30	27	90,0	32	106,7
Araraquara	26	20	76,9	20	76,9	17	65,4
Assis	21	12	57,1	13	61,9	12	57,1
Barretos	15	17	113,3	16	106,7	14	93,3
Bauru	44	33	75,0	35	79,5	33	75,0
Botucatu	19	20	105,3	22	115,8	19	100,0
Campinas	90	43	47,8	41	45,6	29	32,2
Franca	18	0	0,0	1	5,6	4	22,2
Franco da Rocha	7	2	28,6	2	28,6	1	14,3
Marília	32	26	81,3	22	68,8	22	68,8
Mogi das Cruzes	31	8	25,8	24	77,4	27	87,1
Osasco	25	6	24,0	3	12,0	3	12,0
Piracicaba	30	25	83,3	25	83,3	25	83,3
Presidente Prudente	31	28	90,3	28	90,3	26	83,9
Registro	7	2	28,6	1	14,3	0	0,0
Ribeirão Preto	30	26	86,7	25	83,3	27	90,0
Santo André	43	37	86,0	32	74,4	31	72,1
Santos	24	13	54,2	18	75,0	19	79,2
São Paulo	182	48	26,4	52	28,6	76	41,8
São João da Boa Vista	28	13	46,4	20	71,4	25	89,3
São José dos Campos	31	27	87,1	27	87,1	25	80,6
São João do Rio Preto	56	18	32,1	36	64,3	40	71,4
Sorocaba	50	0	0,0	29	58,0	31	62,0
Taubaté	26	6	23,1	10	38,5	10	38,5
Total	896	457	51,0	534	59,6	546	60,9

2. Infecções cirúrgicas

Como observado nos anos anteriores, a maioria dos hospitais notificantes, 83,7% (457/546), enviou dados de infecção cirúrgica por meio da planilha 1.

No período foram notificadas 520.385 cirurgias limpas. As Figuras 2 e 3 mostram o número de cirurgias limpas notificadas e de hospitais notificantes segundo especialidade cirúrgica.

Na análise das taxas de infecção cirúrgica foram incluídos 326 hospitais que notificaram mais de 250 cirurgias limpas no período. As Tabelas 3 e 4 apresentam a distribuição das taxas de infecção cirúrgica global e por especialidade cirúrgica em percentis. Para algumas Regionais não foi realizada a distribuição de taxas em percentis, uma vez que possuíam menos de dez hospitais com o critério de inclusão adotado para análise. Entretanto, os dados referentes a estas Regionais foram utilizados na análise de percentis do Estado.

3. Infecções em UTI

Em todo o Estado, 284 hospitais enviaram dados de infecção em UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana, correspondendo a 52,0% do total de hospitais notificantes em 2006. As Tabelas 5 e 6 mostram o número de

Tabela 2. Distribuição do número de hospitais notificantes ao Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo que enviaram planilha 1 e realizam vigilância pós-alta, segundo DIR, 2006.

DIR	Hospitais notificantes 2006	Hospitais que enviaram planilha 1		Hospitais que realizam >250 cirurgias	
		N.	%	N.	%
		Araçatuba	30	26	86,7%
Araraquara	17	15	88,2%	11	73,3
Assis	12	11	91,7%	7	63,6
Barretos	14	13	92,9%	9	69,2
Bauru	33	31	93,9%	19	61,3
Botucatu	19	18	94,7%	8	44,4
Campinas	29	24	82,8%	17	70,8
Franca	4	4	100,0%	2	50,0
Franco da Rocha	1	1	100,0%	1	100,0
Marília	22	15	68,2%	10	66,7
Mogi das Cruzes	27	24	88,9%	19	79,2
Osasco	3	2	66,7%	2	100,0
Piracicaba	25	21	84,0%	19	90,5
Presidente Prudente	26	22	84,6%	14	63,6
Registro	0	0	0,0%	0	0,0
Ribeirão Preto	27	26	96,3%	19	73,1
Santo André	31	27	87,1%	22	81,5
Santos	19	19	100,0%	15	78,9
São João da Boa Vista	25	18	72,0%	14	77,8
São José do Rio Preto	40	38	95,0%	21	55,3
São José dos Campos	25	21	84,0%	15	71,4
São Paulo	76	50	65,8%	45	90,0
Sorocaba	31	24	77,4%	20	83,3
Taubaté	10	7	70,0%	6	85,7
Total	546	457	83,7	326	71,3

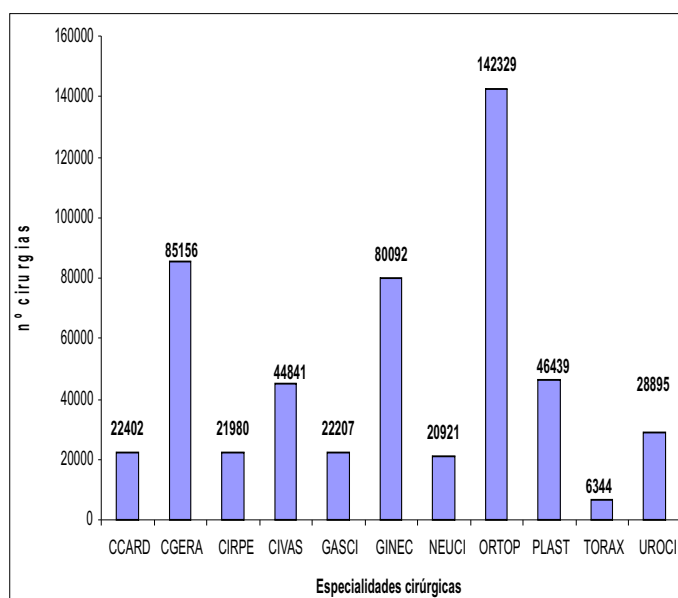


Figura 2. Distribuição do número de cirurgias limpas notificadas ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo por especialidade cirúrgica, ano 2006.

hospitais que enviaram planilha 2 e o número de hospitais que enviaram dados de infecção em UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana por DIR.

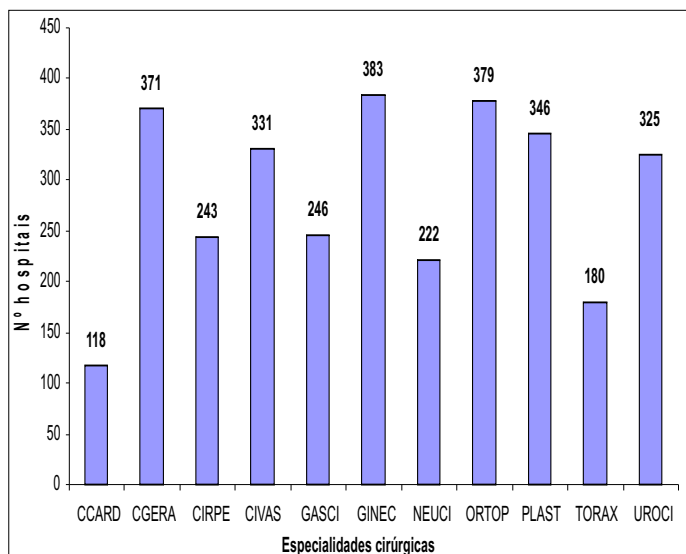


Figura 3. Distribuição do número de hospitais notificantes ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo por especialidade cirúrgica, ano 2006.

Tabela 3. Distribuição das taxas de infecção cirúrgica em percentis dos hospitais que notificaram mais de 250 cirurgias limpas ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, segundo DIR, ano 2006.

DIR	Hospitais que realizaram >250 cirurgias	Percentil				
		10	25	50	75	90
Araçatuba	11	0,00	0,00	0,00	0,34	0,45
Araraquara	11	0,00	0,30	1,25	1,69	2,07
Assis	7	0,00	0,00	0,40	1,16	1,54
Barretos	9	0,00	0,65	1,50	1,91	2,22
Bauru	19	0,00	0,11	0,30	0,95	1,59
Botucatu	8	0,00	0,15	0,22	0,51	1,60
Campinas	17	0,00	0,00	0,49	1,04	3,52
Franca	2					
Franco da Rocha	1					
Marília	10	0,17	0,22	0,89	2,51	5,23
Mogi das Cruzes	19	0,00	0,00	0,33	0,57	1,47
Osasco	2					
Piracicaba	19	0,00	0,00	0,68	1,12	1,99
Presidente Prudente	14	0,00	0,00	0,13	0,85	1,87
Registro	0					
Ribeirão Preto	19	0,00	0,56	1,17	1,71	1,91
Santo André	22	0,01	0,39	0,71	1,09	1,67
Santos	15	0,00	0,27	0,66	1,32	1,85
São João da Boa Vista	14	0,03	0,31	0,58	1,34	2,65
São José do Rio Preto	21	0,00	0,00	0,25	0,71	1,30
São José dos Campos	15	0,00	0,09	0,40	1,24	2,16
São Paulo	45	0,29	0,80	1,02	1,61	3,27
Sorocaba	20	0,00	0,16	0,52	1,30	1,87
Taubaté	6					
Total	326	0,00	0,10	0,60	1,38	2,49

O número de hospitais que enviaram planilha 2 foi maior em 2006 quando comparado aos anos de 2004 e 2005, 206 e 275 hospitais, respectivamente. Além disso, o número de hospitais incluídos na análise das taxas também foi maior em 2006. Foram incluídos na

Tabela 4. Distribuição das taxas de infecção cirúrgica por especialidade cirúrgica em percentis dos hospitais que notificaram mais de 250 cirurgias limpas ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, segundo DIR, ano 2006.

Taxas ISC	N. hospitais analisados	Percentil				
		10	25	50	75	90
CCARD	107	0,00	0,00	1,15	5,48	7,76
CGERA	286	0,00	0,00	0,00	1,13	3,14
CIRPE	205	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84
CIVAS	274	0,00	0,00	0,00	1,02	4,42
GASCI	188	0,00	0,00	0,00	0,88	2,60
GINEC	291	0,00	0,00	0,00	0,85	2,44
NEUCI	202	0,00	0,00	0,21	3,29	7,12
ORTOP	301	0,00	0,00	0,41	1,28	2,31
PLAST	272	0,00	0,00	0,00	0,00	1,04
TORAX	164	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38
UROCI	262	0,00	0,00	0,00	0,00	1,36

Tabela 5. Distribuição do número de hospitais que enviaram planilha 2 ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, segundo DIR, ano 2006.

DIR	Hospitais notificantes 2006	Hospitais que enviaram planilha 2	
		N.	%
Araçatuba	30	8	26,7%
Araraquara	17	8	47,1%
Assis	12	5	41,7%
Barretos	14	3	21,4%
Bauru	33	14	42,4%
Botucatu	19	3	15,8%
Campinas	29	22	75,9%
Franca	4	2	50,0%
Franco da Rocha	1	1	100,0%
Marília	22	5	22,7%
Mogi das Cruzes	27	21	77,8%
Osasco	3	2	66,7%
Piracicaba	25	10	40,0%
Presidente Prudente	26	6	23,1%
Registro	0	0	0,0%
Ribeirão Preto	27	14	51,9%
Santo André	31	26	83,9%
Santos	19	13	68,4%
São João da Boa Vista	25	8	32,0%
São José do Rio Preto	40	13	32,5%
São José dos Campos	25	13	52,0%
São Paulo	76	67	88,2%
Sorocaba	31	14	45,2%
Taubaté	10	6	60,0%
Total	546	284	52,0%

análise das taxas de infecção em UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana, 241 (83,3%), 85 (80,2%) e 27 (90,0%) hospitais, respectivamente, segundo critério adotado para análise.

Em UTI Adulto a média de pacientes-dia foi de 3.436 pacientes-dia e mediana de 2.539 pacientes-dia (variação: 516 a 54.980 pacientes-dia) no período. Já em UTI Pediátrica a média foi de 1.497

pacientes-dia e a mediana foi de 1.242 pacientes-dia (variação: 502 a 4.875 pacientes-dia). Finalmente, em UTI Coronariana a média foi de 2.298 pacientes-dia e a mediana 2.217 pacientes-dia (variação: 826 a 5.968 pacientes-dia).

Tabela 6. Distribuição do número de hospitais que enviaram planilha 2 ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo por tipo de UTI, segundo DIR, ano 2006.

DIR	Hospitais notificantes 2006	Tipo de UTI		
		Adulto	UCO	Pediátrico
Araçatuba	30	8	1	1
Araraquara	17	8	1	3
Assis	12	5	0	1
Barretos	14	3	0	1
Bauru	33	14	2	4
Botucatu	19	3	0	2
Campinas	29	21	2	4
Franca	4	2	1	2
Franco da Rocha	1	1	0	1
Marília	22	5	0	1
Mogi das Cruzes	27	19	1	11
Osasco	3	2	0	1
Piracicaba	25	10	2	2
Presidente Prudente	26	6	1	1
Registro	0	0	0	0
Ribeirão Preto	27	14	1	5
Santo André	31	26	1	9
Santos	19	13	3	6
São João da Boa Vista	25	8	0	1
São José do Rio Preto	40	13	2	4
São José dos Campos	25	12	1	4
São Paulo	76	64	11	35
Sorocaba	31	13	0	5
Taubaté	10	6	0	2
Total	546	276	30	106

As Tabelas 7, 8 e 9 apresentam a distribuição das taxas de infecção em percentis em UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana e as Tabelas 10, 11 e 12, as taxas de utilização de dispositivos invasivos em percentis para estas unidades.

Foram calculadas as taxas de infecção em UTI Adulto segundo a taxa de utilização de dispositivos invasivos (>50%) e localização geográfica (hospitais do município de São Paulo e interior do Estado) no ano de 2006 (Tabelas 13, 14 e 15).

Além disso, foram comparadas as taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos em UTI Adulto dos anos de 2004, 2005 e 2006 (Figura 4). Não houve diferença estatisticamente significativa para a mediana (percentil 50) nos anos avaliados ($p > 0,05$).

Tabela 7. Distribuição das taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos, em percentis, em UTI Adulto. Estado de São Paulo, 2006.

Infecção sob vigilância	Densidade de Incidência (por 1.000 dispositivos invasivos-dia)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
Pneumonia associada à ventilação mecânica	3,39	9,83	16,98	25,94	33,05
Infecção de corrente sanguínea associada a cateter central	0,00	1,37	4,20	9,24	17,05
Infecção de trato urinário associada à sonda vesical	0,84	2,87	6,37	11,50	17,13

Tabela 8. Distribuição das taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos, em percentis, em UTI Pediátrica. Estado de São Paulo, 2006.

Infecção sob vigilância	Densidade de Incidência (por 1.000 dispositivos invasivos-dia)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
Pneumonia associada à ventilação mecânica	1,39	3,50	5,68	9,89	17,51
Infecção de corrente sanguínea associada a cateter central	0,00	2,67	5,81	10,31	21,16
Infecção de trato urinário associada à sonda vesical	0,00	0,00	5,35	11,63	19,08

Tabela 9. Distribuição das taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos, em percentis, em UTI Coronariana. Estado de São Paulo, 2006.

Infecção sob vigilância	Densidade de Incidência (por 1.000 dispositivos invasivos-dia)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
Pneumonia associada à ventilação mecânica	4,24	13,91	18,82	34,52	41,61
Infecção de corrente sanguínea associada a cateter central	0,00	0,00	2,09	4,33	7,90
Infecção de trato urinário associada à sonda vesical	0,65	2,77	5,17	9,03	12,09

Tabela 10. Distribuição das taxas de utilização de dispositivos invasivos em percentis em UTI Adulto. Estado de São Paulo, 2006.

Dispositivos invasivos	Taxa de utilização (%)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
Ventilação mecânica	22,40	33,16	45,61	56,53	65,03
Cateter central	22,59	36,90	52,62	67,72	76,48
Sonda vesical	40,63	55,93	69,81	79,91	87,97

Tabela 11. Distribuição das taxas de utilização de dispositivos invasivos em percentis em UTI Pediátrica. Estado de São Paulo, 2006.

Dispositivos invasivos	Taxa de utilização (%)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
Ventilação mecânica	20,25	32,85	42,31	56,98	69,06
Cateter central	15,60	29,71	38,79	55,25	66,75
Sonda vesical	2,57	8,16	13,86	23,87	38,22

Tabela 12. Distribuição das taxas de utilização de dispositivos invasivos em percentis em UTI Coronariana. Estado de São Paulo, 2006.

Dispositivos invasivos	Taxa de utilização (%)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
Ventilação mecânica	7,97	12,78	20,60	25,45	33,68
Cateter central	23,08	27,43	34,51	42,59	48,38
Sonda vesical	29,99	33,53	40,71	52,81	61,98

Tabela 13. Distribuição das taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos, em percentis, em UTI Adulto, segundo taxa de utilização (>50%). Estado de São Paulo, 2006.

Infecção sob vigilância	Densidade de Incidência (por 1.000 dispositivos invasivos-dia)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
Pneumonia associada à ventilação mecânica	3,33	9,61	17,29	24,86	30,57
Infecção de corrente sanguínea associada a cateter central	0,72	2,04	4,36	9,39	17,00
Infecção de trato urinário associada à sonda vesical	0,25	2,97	6,53	11,55	17,29

Tabela 14. Distribuição das taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos, em percentis, em UTI Adulto com mais de 500 pacientes-dia dos hospitais do município de São Paulo. Estado de São Paulo, 2006.

Infecção sob vigilância	Densidade de Incidência (por 1.000 dispositivos invasivos-dia)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
Pneumonia associada à ventilação mecânica	7,08	10,47	14,13	20,72	27,31
Infecção de corrente sanguínea associada a cateter central	1,50	3,08	6,34	11,87	17,96
Infecção de trato urinário associada à sonda vesical	3,09	5,30	7,95	11,36	13,80

Tabela 15. Distribuição das taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos, em percentis, em UTI Adulto com mais de 500 pacientes-dia dos hospitais do interior. Estado de São Paulo, 2006.

Infecção sob vigilância	Densidade de Incidência (por 1.000 dispositivos invasivos-dia)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
Pneumonia associada à ventilação mecânica	0,33	9,35	18,24	26,40	37,25
Infecção de corrente sanguínea associada a cateter central	0,00	1,00	3,70	8,44	16,04
Infecção de trato urinário associada à sonda vesical	0,00	2,43	5,76	11,71	18,08

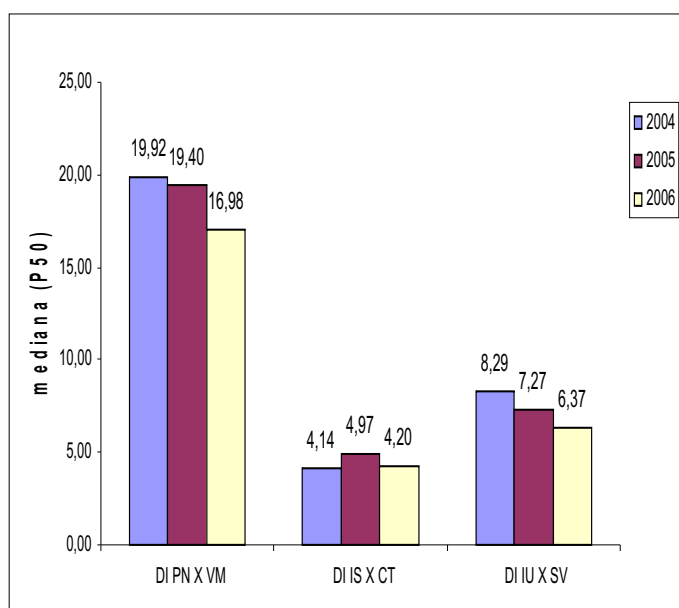


Figura 4. Densidade de infecção hospitalar relacionada ao uso de dispositivos invasivos. Análise comparativa das medianas das taxas – 2004, 2005, 2006.

4. Infecções em UTI Neonatal

O número de hospitais que enviou planilha 3 foi de 137, o que corresponde a 25,1% do total de hospitais notificantes ao Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição do número de hospitais que enviaram planilha 3 ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, segundo DIR, ano 2006.

DIR	Hospitais notificantes 2006	Hospitais que enviaram planilha 3	
		N.	%
Araçatuba	30	1	3,3%
Araraquara	17	3	17,6%
Assis	12	2	16,7%
Barretos	14	1	7,1%
Bauru	33	4	12,1%
Botucatu	19	1	5,3%
Campinas	29	11	37,9%
Franca	4	2	50,0%
Franco da Rocha	1	1	100,0%
Marília	22	2	9,1%
Mogi das Cruzes	27	14	51,9%
Osasco	3	2	66,7%
Piracicaba	25	3	12,0%
Presidente Prudente	26	4	15,4%
Registro	0	0	0,0%
Ribeirão Preto	27	8	29,6%
Santo André	31	11	35,5%
Santos	19	9	47,4%
São João da Boa Vista	25	2	8,0%
São José do Rio Preto	40	6	15,0%
São José dos Campos	25	5	20,0%
São Paulo	76	35	46,1%
Sorocaba	31	6	19,4%
Taubaté	10	4	40,0%
Total	546	137	25,1%

De acordo com o critério adotado para análise dos dados para este tipo de unidade, 123 hospitais foram incluídos para cálculo das taxas de IH por faixa de peso. É importante destacar que um mesmo hospital pode ter sido incluído na análise de taxas de mais de uma faixa de peso. A Tabela 17 apresenta a distribuição do número de hospitais notificantes da planilha 3, incluídos na análise, por faixa de peso.

Nas Tabelas 18 e 19 são apresentadas as densidades de incidência de infecção associadas a dispositivos invasivos, distribuídas em percentis, por faixa de peso em UTI Neonatal. As Tabelas 20 e 21 apresentam a distribuição das taxas de utilização de dispositivos invasivos em percentis por faixa de peso.

Tabela 17. Distribuição do número de hospitais que enviaram planilha 3 ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo com mais de 50 pacientes-dia por faixa de peso, segundo DIR, ano 2006.

DIR	Hospitais notificantes > 50 pacientes-dia			
	Faixas de peso			
	<1.000g	1.001-1.500g	1.501-2.500g	>2.500g
Araçatuba	1	1	1	1
Araraquara	2	2	3	3
Assis	1	2	2	2
Barretos	1	1	1	1
Bauru	2	4	4	4
Botucatu	1	1	0	1
Campinas	4	6	8	8
Franca	1	1	2	1
Franco da Rocha	1	1	1	1
Marília	2	2	2	2
Mogi das Cruzes	8	12	13	12
Osasco	2	2	2	2
Piracicaba	3	3	3	3
Presidente Prudente	2	4	3	3
Registro	0	0	0	0
Ribeirão Preto	6	7	7	6
Santo André	7	10	11	10
Santos	5	9	8	9
São João da Boa Vista	2	2	1	2
São José do Rio Preto	4	5	5	4
São José dos Campos	5	4	4	4
São Paulo	30	34	34	34
Sorocaba	5	6	6	6
Taubaté	2	3	2	3
Total	97	122	123	122

Tabela 18. Distribuição das taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica em percentis em UTI Neonatal, segundo faixa de peso. Estado de São Paulo, 2006.

Faixas de peso	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação (x1.000 VM-dia)				
	Percentil				
	10	25	50	75	90
<1.000g	0,00	0,00	5,57	16,82	26,81
1.001-1.500g	0,00	0,00	0,00	13,22	27,78
1.501-2.500g	0,00	0,00	0,00	17,86	35,71
>2.500g	0,00	0,00	0,00	12,50	30,04

5. Hemocultura

No período, foram colhidas 60.615 amostras de hemoculturas pelos hospitais notificantes com UTI Adulto e Coronariana. Foram notificados 8.428 pacientes com IH e hemocultura positiva. Novamente, os microrganismos mais freqüentemente isolados em

pacientes com IH foram *Staphylococcus epidermidis* e outros *Staphylococcus coagulase negativa*.

A Tabela 22 apresenta a distribuição percentual dos microrganismos isolados em hemoculturas e a Tabela 23, o perfil de resistência dos microrganismos.

Tabela 19. Distribuição das taxas de infecção de corrente sanguínea associada a cateter central, em percentis, em UTI Neonatal, segundo faixa de peso. Estado de São Paulo, 2006.

Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter central (x1.000 CVC-dia)					
Faixas de peso	Percentil				
	10	25	50	75	90
<1.000g	0,00	0,00	9,39	24,44	52,23
1.001-1.500g	0,00	0,00	13,00	34,08	53,14
1.501-2.500g	0,00	0,00	10,99	28,09	48,28
>2.500g	0,00	0,00	8,88	23,28	49,43

Tabela 20. Distribuição das taxas de utilização de ventilação mecânica, em percentis, em UTI Neonatal, segundo faixa de peso. Estado de São Paulo, 2006.

Taxa de utilização de ventilação mecânica (%)					
Faixas de peso	Percentil				
	10	25	50	75	90
<1.000g	26,02	41,03	59,72	72,16	82,22
1.001-1.500g	11,99	19,52	32,72	48,57	57,72
1.501-2.500g	4,99	10,55	20,37	31,84	51,58
>2.500g	6,87	13,30	22,38	39,08	51,78

Tabela 21. Distribuição das taxas de utilização de cateter central, em percentis, em UTI Neonatal, segundo faixa de peso. Estado de São Paulo, 2006.

Taxa de utilização de cateter central (%)					
Faixas de peso	Percentil				
	10	25	50	75	90
<1.000g	22,41	38,71	52,37	73,02	93,52
1.001-1.500g	10,85	24,02	42,40	60,65	79,86
1.501-2.500g	7,77	14,59	29,38	42,68	64,77
>2.500g	6,66	15,72	31,46	45,22	64,66

Discussão

A tendência de aumento da adesão do número de hospitais notificantes e a regularidade de envio dos dados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo foram mantidas, como já havia sido observado no ano de 2005².

Como já verificado em 2004 e 2005, a maioria dos hospitais do Estado realiza procedimentos cirúrgicos (83,7%). A mediana das taxas de infecção cirúrgica mantém-se abaixo do esperado, sugerindo subnotifi-

Tabela 22. Distribuição de pacientes com IH e hemocultura positiva (número e porcentagem), segundo microrganismo isolado. Estado de São Paulo, 2006.

Microorganismo isolados nos hospitais notificantes 2006	Pacientes com hemocultura positiva e infecção hospitalar	
	N.	%
<i>Staphylococcus epidermidis</i> e outros <i>Staphylococcus coagulase negativa</i>	2504	29,71
Outros microrganismos	1518	18,01
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente à oxacilina	873	10,36
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível à oxacilina	663	7,87
<i>Cândida</i> sp	492	5,84
<i>Pseudomonas</i> sp sensível a imipenem	429	5,09
<i>Acinetobacter baumannii</i> sensível a imipenem	387	4,59
<i>Klebsiella pneumoniae</i> sensível à cefalosporina de terceira geração	319	3,79
<i>Escherichia coli</i> sensível à cefalosporina de terceira geração	287	3,41
<i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente à cefalosporina de terceira geração	284	3,37
<i>Enterococcus</i> sp sensível à vancomicina	223	2,65
<i>Pseudomonas</i> sp resistente a imipenem	221	2,62
<i>Acinetobacter baumannii</i> resistente a imipenem	103	1,22
<i>Escherichia coli</i> resistente à cefalosporina de terceira geração	77	0,91
<i>Enterococcus</i> sp resistente à vancomicina	48	0,57
Total de pacientes com hemoculturas positivas	8428	100,00

Total de culturas colhidas = 60.615

cação³ e, novamente, taxas de infecção de sítio cirúrgico foram mais elevadas em cirurgia cardíaca.

A comparação da mediana das taxas de pneumonia, infecção de corrente sanguínea e infecção de trato urinário associadas a dispositivos invasivos em UTI Adulto nos anos de 2004, 2005 e 2006 não mostrou diferença estatisticamente significativa, sugerindo consistência dos dados enviados ao Sistema de Vigilância de IH do Estado de São Paulo.

Os microrganismos mais freqüentemente isolados em hemoculturas de pacientes com IH foram *Staphylococcus epidermidis* e outros *Staphylococcus coagulase negativa* (29,71%), outros microrganismos (18,01%) e *S. aureus* resistente à oxacilina (10,36%). É importante destacar que houve isolamento de *Cândida* spp em maior número de pacientes com IH, quando comparada às enterobactérias e outras bactérias Gram negativas. Esta tendência de distribuição de microrganismos em pacientes com IH vem sendo observada desde a implantação do Sistema de Vigilância⁴.

Conclusões

Importantes objetivos do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo foram atingidos: adesão e consistência dos dados.

O próximo desafio é estimular a análise dos dados pelos interlocutores regionais e municipais de IH. Desse modo, as ações de prevenção e controle de IH podem ser desenvolvidas com melhor oportunidade e de acordo com as realidades locais.

Tabela 23. Distribuição do perfil de resistência dos microrganismos isolados em hemocultura de pacientes com IH. Estado de São Paulo, 2006.

Microorganismo	total	%
<i>Acinetobacter baumannii</i> resistente a imipenen	103	1,22
<i>Acinetobacter baumannii</i> sensível a imipenen	387	4,59
subtotal	490	
% resistência	21	
<i>Candida sp</i>	492	5,84
<i>Escherichia coli</i> resistente à cefalosporina de terceira geração	77	0,91
<i>Escherichia coli</i> sensível à cefalosporina de terceira geração	287	3,41
subtotal	364	
% resistência	21	
<i>Enterococcus sp</i> sensível à vancomicina	223	2,65
<i>Enterococcus sp</i> resistente à vancomicina	48	0,57
subtotal	271	
% resistência	18	
<i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente à cefalosporina de terceira geração	284	3,37
<i>Klebsiella pneumoniae</i> sensível à cefalosporina de terceira geração	319	3,79
subtotal	603	
% resistência	47	
<i>Pseudomonas sp</i> sensível a imipenem	429	5,09
<i>Pseudomonas sp</i> resistente a imipenem	221	2,62
subtotal	650	
% resistência	34	
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível à oxacilina	663	7,87
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente à oxacilina	873	10,36
subtotal	1.536	
% resistência	57	
<i>Staphylococcus epidermidis</i> e outros <i>Staphylococcus</i> coagulase negativa	2.504	29,71
Outros microrganismos	1.518	18,01
Total de pacientes com hemoculturas positivas	8.428	100,00

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNEs). Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br [2006 jan].
2. Assis DB, Madalosso G, Ferreira SA, Yassuda YY, Geremias AL. Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo – Análise dos Dados de 2005. BEPA 2007; 4(39):18-26. Disponível em: www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa39_ih.htm.
3. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. **Infect Control Hosp Epidemiol** 1999; 20(4):247-278.
4. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Infecção Hospitalar. Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares no Estado de São Paulo Dados 2004. BEPA 2006; Supl. 3(3):1-121. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/ih/ih_adados04.pdf.

Correspondência/Correspondence to:
 Divisão de Infecção Hospitalar
 Denise Brandão de Assis
 Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar, sala 605
 CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
 E-mail: dvhosp@saude.sp.gov.br

Análise dos casos de asma com tratamento intercrise e correlação com fármaco-economia em pacientes atendidos no Instituto Clemente Ferreira

Analysis of asthma cases with treatment between crisis and correlation to pharmaco-economy in patients admitted to Instituto Clemente Ferreira

Cláudio Amaral Antonio, Márcia Lavalhegas, Denise Silva Rodrigues, Fernando Fiúza de Melo

*Instituto Clemente Ferreira
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ICF/CCD/SES-SP)*

Resumo

O Instituto Clemente Ferreira vem desenvolvendo um Programa de Atenção à Asma na Infância alcançando resultados satisfatórios. O objetivo é desencadear a discussão sobre a asma como um problema de saúde pública. Foram avaliados 15 pacientes menores de 14 anos, para verificar a repercussão do programa nos fatores determinantes da qualidade de vida dessas crianças. Foram avaliados o número de internações, a frequência de broncopneumonias e o número de crises de asma. Antes da entrada no programa, a média de internações foi de 3,2 episódios/paciente, após o primeiro ano do programa esse valor caiu para zero. A frequência de broncopneumonias caiu de 1,8 episódios/pacientes para 0,06, após o início do programa. Esses pacientes tinham em média 18,7 episódios de crises de asma, passando a apresentar 2,2 episódios. Esses dados demonstram que a introdução de um programa específico para uma patologia crônica que tem tido pouca atenção dentro do universo do Sistema Único de Saúde determina uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes, com queda nos índices de morbidade.

Palavras-chave: asma; asma na infância; tratamento intercrise.

Abstract

Instituto Clemente Ferreira has developed a project designed to offer attention to childhood asthma, reaching satisfactory results. The objective is to start the discussion on asthma as public health problem. In this study, 15 patients under 14 years old were evaluated, in order to verify the repercussion of the program in the factors determining life quality of these children. We evaluated the number of hospital admittances, frequency of bronchopneumonias and the number of asthma crisis they presented. Before enrolling in the program, average hospital admittances was 3,2 episodes per patient; after the first year in the program, registers decreased to zero. Frequency of bronchopneumonias decreased from 1,8 episodes for 0,06 episodes/patient after the start of the program. These patients had an average of 18,7 crisis episodes, decreasing to 2,2 episodes. These data show that the introduction of a specific program to address a chronic pathology that has been receiving little attention in the universe of the Single Health System is crucial to determinate an improvement of life quality of patients and a decrease in the morbidity rates.

Key words: asthma; childhood asthma; treatment between crisis.

Introdução

A asma é a doença crônica mais prevalente na infância, sendo responsável pela maior parte das internações. Na faixa pediátrica a incidência mundial é bastante variável, mas com tendência crescente em todos os países. Na África gira em torno de 4%, ficando no Brasil entre 19%-22% e chegando a níveis alarmantes no Reino Unido e Nova Zelândia, cerca de 36%¹.

No município de São Paulo foi a 2ª causa de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, perdendo só para pneumonia, que pode ser considerada uma patologia secundária. Até agora o tratamento vem sendo conduzido apenas de modo assistencial, com custos para o Ministério da Saúde, representando o 4º orçamento gasto no País entre os vários programas. No Brasil, nos anos de 2003/2004 ocorreram 327.276 internações por asma, com repercussões e morbidades nos indicadores de saúde^{2,3}. Urge que se implemente um programa de tratamento preventivo intercrises, para a melhoria na qualidade de vida dos pacientes e diminuição dos custos de internações e suas complicações.

O Instituto Clemente Ferreira é um centro de referência para tuberculose e doenças respiratórias. Desde 2001 vem desenvolvendo um programa de Atenção à Asma na Infância, alcançado resultados satisfatórios. O objetivo é desencadear dentro da Secretaria de Estado da Saúde a discussão sobre a asma como um problema de saúde pública; treinar profissionais para atender asma na ponta do sistema; e mostrar como o atendimento preventivo é mais econômico para o SUS que as condutas utilizadas atualmente.

O programa consiste em realizar cursos e treinamentos multiprofissionais, incluindo palestras de atualizações sobre o manejo da asma, além de discussões com familiares e com a comunidade sobre a doença. São realizadas, ainda, interfaces com os hospitais-escola para o atendimento de casos mais graves. Atualmente é priorizada a relação com o município para o intercâmbio com o programa de atenção à asma que foi recentemente implantado, sendo também importante a divulgação e prestação de serviços através das organizações não-governamentais.

Metodologia

Foram avaliados 15 pacientes menores de 14 anos, atendidos no Instituto Clemente Ferreira a partir do ano de 2001, com o objetivo de verificar a repercussão do programa nos fatores determinantes da qualidade de vida dessas crianças. Foram avaliados o número de internações hospitalares num período

maior que 12 horas e a frequência de complicações como broncopneumonias e número de crises de asma.

Resultados

Nos 12 meses anteriores à entrada no programa, a média de internações foi de 3,2 episódios/paciente, num total de 48 internações. As internações caíram para zero após o primeiro ano do programa, com um sucesso de 100%. Na avaliação de complicações, a frequência de broncopneumonias caiu de 1,8 episódios/pacientes para 0,06 após o início do programa, num total de 27 episódios contra um caso de broncopneumonia nas crianças avaliadas (Figura 1).

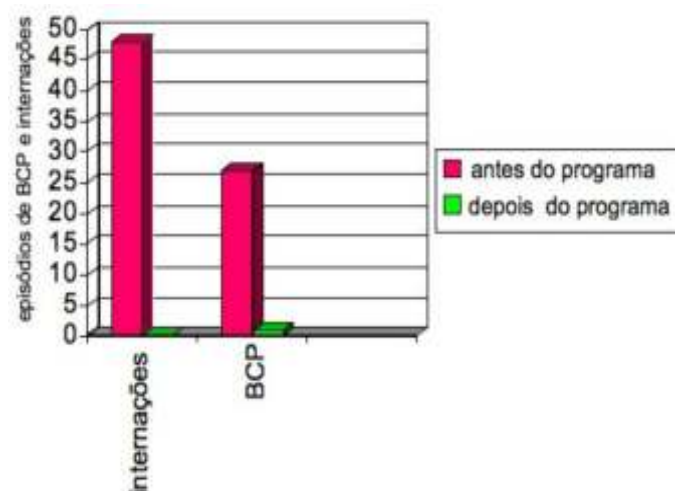


Figura 1. Gráfico comparativo entre as internações e episódios de broncopneumonias, antes e depois da inclusão no programa de asma.

Nas crianças avaliadas antes do programa ser iniciado, o número médio de crises era de 18,7 episódios; esses pacientes passaram a apresentar 2,2 episódios com sucesso de 99,88% (Figura 2).

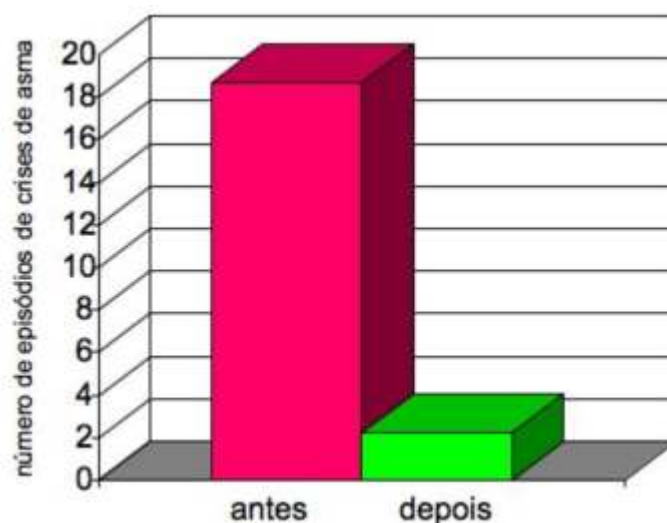


Figura 2. Número médio de episódios de crises de asma antes e após a inclusão no programa.

Do grupo de 15 pacientes, em apenas dois o mecanismo da imunidade envolvida não foi pesquisado. O mecanismo dependente de IgE representou 66% dos pacientes, com níveis de 170-2.492 uni/ml.

Em 2004, o custo do SUS por pacientes em atendimentos em nível ambulatorial foi de 182 reais por dia de tratamento, incluindo material humano, medicamentos e exame radiológico. O custo elevou-se em caso de internação em UTI, passando a 441,27 reais por dia. Como estas crianças têm em média 12-18,7 recorrências por ano, o custo *per capita* anual passa a ser de 3.403 reais por ano.

No Instituto Clemente Ferreira, onde usamos medicamentos de ponta, dentro do arsenal terapêutico para a asma, o custo de medicamentos como o montelucaste-CP, associado a um beta-2 agonista de ação longa e a um corticosteróide inalatório, é de 137,70 reais por mês; em caso de compras de um volume maior de medicamentos, esse valor poderá chegar a 87 reais por mês. Considerando os dados do Instituto Clemente Ferreira, para o custo de 137,70 por mês, o dispêndio *per capita* anual será de 1.652,40 reais por paciente. Usando o valor de 87 reais por mês esse custo cai para 1.044 reais por ano. Portanto, em ambos os casos o gasto será 50% ou mais inferior ao tratamento apenas assistencial, com uma economia que pode chegar a 70%.

O orçamento direcionado pelo SUS para o tratamento da asma em 2004 foi de 327.426 milhões de reais. É o quarto maior orçamento da Saúde, acima da hipertensão arterial e diabetes, que possuem programas próprios. A asma é a maior causa de internações de crianças na cidade de São Paulo, e, se considerarmos a economia mencionada anteriormente, os gastos podem chegar a valores entre 157.164.480 reais e 229.198.200² (Figura 3).

Esses dados demonstram que a introdução de um programa específico para uma patologia crônica, até

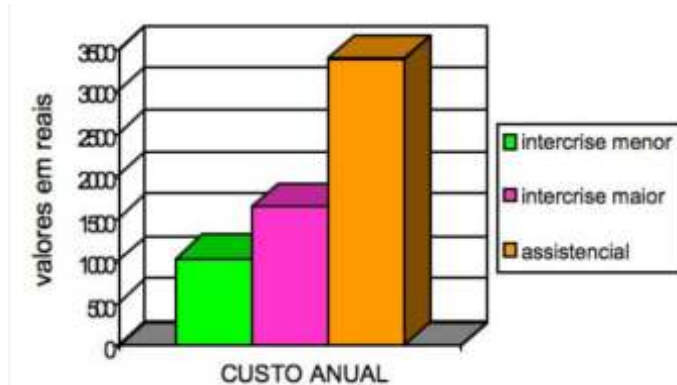


Figura 3. Comparação dos custos, em reais, gastos anualmente com o tratamento da asma em programas que valorizam o atendimento preventivo da doença e naqueles apenas assistenciais.

então desassistida dentro do universo do SUS, determina uma melhoria brutal na qualidade de vida dos pacientes, com queda nos índices de morbidade.

Discussão

Esses e outros estudos apontam para a prioridade que deve ser dada a um programa em nível nacional que valorize o atendimento preventivo e o tratamento intercrise da asma, a fim de conseguirmos melhoria na qualidade de vida dos pacientes e diminuição da morbidade, com conseqüente redução dos custos de internações e tratamento^{3,4}.

Para ser eficaz, o programa deverá atuar em unidades básicas de saúde (nível de atendimento primário) e contar com um sistema de referência e contra-referência de ambulatórios de especialidades (nível secundário) e hospitais-escolas (nível terciário), distribuídos em toda Região Metropolitana. Além disso, deverá oferecer treinamento à rede para o manuseio das medicações, suas indicações e constância na oferta dos medicamentos, como determinantes na estratégia de controle da doença.

Referencias bibliograficas

1. II Consenso Brasileiro de asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 2002; 28 (Supl 1): S6-S51.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23509.
3. Stein RT. Asma pediátrica – O impactadas internações hospitalares. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 2006; 32: 25-26.
4. IV Diretrizes Brasileiras para o manejo da asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 2006; 32 (Supl 7): S447-S474.

Correspondência/Correspondence to:
Cláudio do Amaral Antonio
Instituto Clemente Ferreira
Rua da Consolação, 717 – Vila Buarque
CEP: 01301-000 – São Paulo/SP – Brasil
Telefax: (55) 11 3218-8660/3218-8653
E-mail: maclaudio.amaral@uol.com.br

Informe Técnico

Atualização da classificação epidemiológica dos municípios para a leishmaniose visceral americana

Updating epidemiologic classification of cities regarding American visceral leishmaniasis

Grupo de Estudos em Leishmanioses
 Coordenadoria de Controle de Doenças
 Superintendência de Controle de Endemias
 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/Sucen/SES-SP)

Este informe técnico atualiza a classificação dos municípios do Estado de São Paulo até o mês de setembro de 2007, segundo a situação epidemiológica para a leishmaniose visceral americana (LVA).

Dos 645 municípios paulistas, 61 (9,6%) registraram transmissão da LVA (humana e/ou canina) (Figuras 1 e 2). Destes, em 21 (55,2%) não foi registrada a ocorrência de casos humanos, apresentando apenas a enzootia canina.

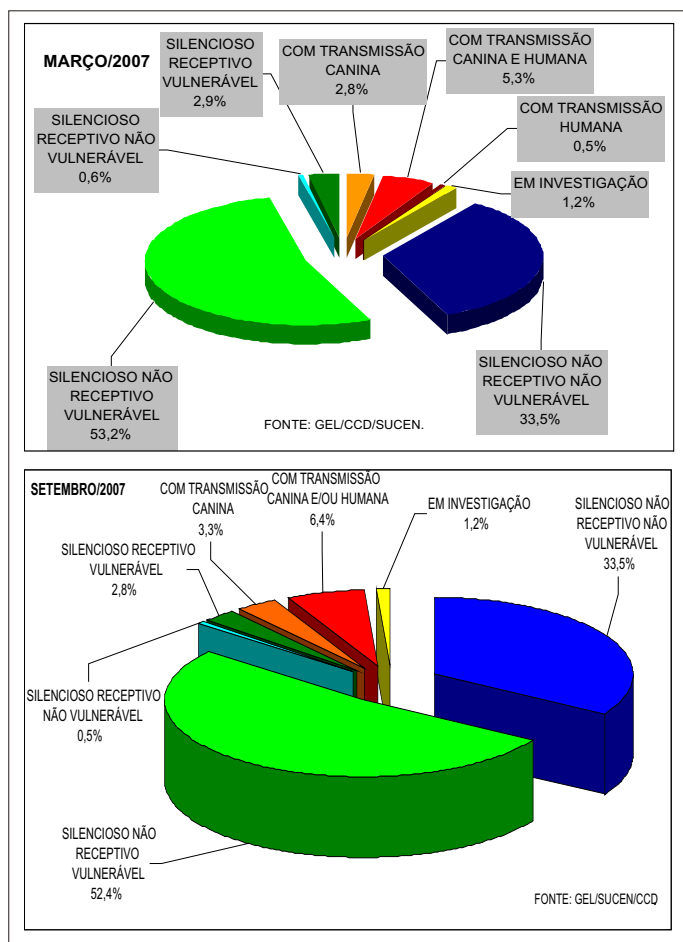


Figura 1. Comparação do percentual de municípios segundo a classificação epidemiológica para leishmaniose visceral americana. Estado de São Paulo, nos meses de março e setembro de 2007.

Chama atenção que 55,7% (359) dos municípios encontram-se em situação de vulnerabilidade; destes, em 21 (5,8%) foi detectada a presença do vetor *Lutzomyia longipalpis*. Nestes municípios tem sido priorizada a atividade de levantamento entomológico, conforme preconiza o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana, descrito no *Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana do Estado de São Paulo*.

Encontram-se em investigação decorrente da notificação de cão com suspeita clínica de LVA as cidades de Flora Rica, Mariápolis, Iguaraçu do Tietê, Mogi das Cruzes, Ferraz de Vasconcelos, Suzano e Itaquaquecetuba; e o município de São Paulo, em decorrência da notificação de um caso humano.

Comparada à situação de março/2007 (Figura 1) verificou-se a expansão do vetor para novos municípios das regiões de Marília e Presidente Prudente e a notificação de casos humanos. No entanto, esses casos foram registrados em cidades que já haviam registrado casos em 2006.



Figura 2. Distribuição dos municípios do Estado de São Paulo segundo a classificação epidemiológica para leishmaniose visceral americana. Setembro/2007.

Anexa listagem dos municípios segundo a classificação epidemiológica para a LVA, por serviço regional (SR) da Sucen e Departamento Regional de Saúde (DRS) da SES-SP.

Anexo

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
1	1	ARUJÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	BARUERI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	BIRITIBA MIRIM	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
1	1	CAEIRAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	CAJAMAR	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	CARAPICUIBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	COTIA	COM TRANSMISSÃO CANINA
1	1	DIADEMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	EMBU	COM TRANSMISSÃO CANINA
1	1	EMBU-GUAÇU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	FERRAZ DE VASCONCELOS	EM INVESTIGAÇÃO
1	1	FRANCISCO MORATO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	FRANCO DA ROCHA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	GUARAREMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
1	1	GUARULHOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	ITAPECERICA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	ITAPEVI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	ITAQUAQUECETUBA	EM INVESTIGAÇÃO
1	1	JANDIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	JUQUITIBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	MAIRIPORÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	MAUÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	MOGI DAS CRUZES	EM INVESTIGAÇÃO
1	1	OSASCO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
1	1	PIRAPORA DO BOM JESUS	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	POÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	RIBEIRÃO PIRES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	RIO GRANDE DA SERRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	SALESÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
1	1	SANTA ISABEL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
1	1	SANTANA DO PARNAÍBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	SANTO ANDRÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	SÃO BERNARDO DO CAMPO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	SÃO CAETANO DO SUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	SÃO LOURENÇO DA SERRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	SÃO PAULO	EM INVESTIGAÇÃO
1	1	SUZANO	EM INVESTIGAÇÃO
1	1	TABOÃO DA SERRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
1	1	VARGEM GRANDE PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
2	4	BERTIOGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	4	CUBATÃO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
2	4	GUARUJÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	4	ITANHAÉM	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
2	4	MONGAGUÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
2	4	PERUIBE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	4	PRAIA GRANDE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
2	4	SANTOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
2	4	SÃO VICENTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
2	12	BARRA DO TURVO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	CAJATI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	CANANÉIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	ELDORADO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	IGUAPE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	ILHA COMPRIDA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	IPORANGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	ITARIRI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	JACUPIRANGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	JUQUIÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	MIRACATU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	PARIQUERA-AÇU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	PEDRO DE TOLEDO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
2	12	REGISTRO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
2	12	SETE BARRAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	APARECIDA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	ARAPEI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	AREIAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	BANANAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	ÇAÇAPAVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	CACHOEIRA PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	CAMPOS DO JORDÃO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	CANAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	CARAGUATATUBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	CRUZEIRO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	CUNHA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	GUARATINGUETÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	IGARATÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	ILHABELA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	JACAREI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	JAMBEIRO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	LAGOINHA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	LAVRINHAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	LORENA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	MONTEIRO LOBATO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	NATIVIDADE DA SERRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	PARAIBUNA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	PINDAMONHANGABA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	PIQUETE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	POTIM	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	QUELUZ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	REDEÇÃO DA SERRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	ROSEIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	SANTA BRANCA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	SANTO ANTÔNIO DO PINHAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	SÃO BENTO DO SAPUCAÍ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	SÃO JOSÉ DO BARREIRO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
3	17	SÃO LUÍS DO PARAITINGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	SÃO SEBASTIÃO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	SILVEIRAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	TAUBATÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	TREMEMBÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
3	17	UBATUBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	ÁGUAS DE SANTA BARBARA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	6	ANHEMBI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	6	ARANDU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	AREIÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	6	AVARÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	6	BARÃO DE ANTONINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	BOFETE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	BOTUCATU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	6	CERQUEIRA CESAR	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	CONCHAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	CORONEL MACEDO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	FARTURA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	IARAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	6	ITAI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	ITAPORANGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	ITATINGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	LARANJAL PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	MANDURI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	PARANAPANEMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	PARDINHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	PEREIRAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	PIRAJÚ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	PORANGABA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	PRATÂNIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	6	SÃO MANUEL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	6	SARUTAIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	TAGUAI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	TAQUARITUBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	6	TEJUPÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	ALAMBARI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	ALUMÍNIO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	ANGATUBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	APIÁI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	ARAÇARIGUAMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	ARAÇOIABA DA SERRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	BARRA DO CHAPÉU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	BOITUVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	BOM SUCESSO DE ITARARÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	BURI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	CAMPINA DO MONTE ALEGRE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	CAPÃO BONITO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	CAPELA DO ALTO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	CERQUILHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
4	16	CESÁRIO LANGE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	GUAPIARA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	GUARÉI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	IBIÚNA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	IPERÓ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	ITABERA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	ITAÓCA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	ITAPETININGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	ITAPEVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	ITAPIRAPUÁ PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	ITARARÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	ITU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	JUMIRIM	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	MAIRINQUE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	NOVA CAMPINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	PIEIDADE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	PILAR DO SUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	PORTO FELIZ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	QUADRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	RIBEIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	RIBEIRÃO BRANCO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	RIBEIRÃO GRANDE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	RIVERSUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	SALTO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	SALTO DE PIRAPORA	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	SÃO MIGUEL ARCANJO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	SÃO ROQUE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	SARAPUI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	SOROCABA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	TAPIRAI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	TAQUARIVAI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	TATUI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
4	16	TIETÊ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	TORRE DE PEDRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
4	16	VOTORANTIM	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	ÁGUAS DE LINDÓIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	AMERICANA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	AMPARO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	ARTUR NOGUEIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	ATIBAIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	BOM JESUS DOS PERDÕES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	BRAGANCA PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	CABREÚVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	CAMPINAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	CAMPO LIMPO PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	COSMÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	HOLAMBRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	HORTOLÂNDIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	INDAIATUBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	ITATIBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
5	7	ITUPEVA	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	JAGUARIUNA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	JARINU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	JOANÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	JUNDIAÍ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	LINDÓIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	LOUVEIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	MONTE ALEGRE DO SUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	MONTE MOR	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	MORUNGABA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	NAZARÉ PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	NOVA ODESSA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	PAULÍNIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	PEDRA BELA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	PEDREIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	PINHALZINHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	PIRACAIÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	SANTA BÁRBARA DO OESTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	SANTO ANTONIO DE POSSE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	SERRA NEGRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	SOCORRO	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	SUMARÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	TUIUTI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	VALINHOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	VARGEM	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	7	VÁRZEA PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	7	VINHEDO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	ÁGUAS SÃO PEDRO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	ANALÂNDIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	ARARAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	CAPIVARI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	CHARQUEADA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	CONCHAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	CORDEIRÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	CORUMBATAÍ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	ELIAS FAUSTO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	ENGENHEIRO COELHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	IPEÚNA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	IRACEMÁPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	ITIRAPINA	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	LEME	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	LIMEIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	MOMBUCA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	PIRACICABA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	PIRASSUNUNGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	RAFARD	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	RIO CLARO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	RIO DAS PEDRAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	SALTINHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	10	SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
5	10	SANTA GERTRUDES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	SANTA MARIA SERRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	10	SÃO PEDRO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
5	14	AGUAÍ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	ÁGUAS DA PRATA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	CACONDE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	CASA BRANCA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	DIVINOLÂNDIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	ESPIRITO SANTO PINHAL	COM TRANSMISSÃO CANINA
5	14	ESTIVA GERBI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	ITAPIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	ITOBI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	MOCOCA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	MOGI GUACU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	MOGI MIRIM	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	SANTO ANTÔNIO DO JARDIM	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	SÃO SEBASTIÃO DA GRAMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	TAMBAÚ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	TAPIRATIBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
5	14	VARGEM GRANDE DO SUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	AMÉRICO BRASILIENSE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	ARARAQUARA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	BOA ESPERANÇA DO SUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	BORBOREMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	CÂNDIDO RODRIGUES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	DESCALVADO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	DOBRADA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	DOURADO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	GAVIÃO PEIXOTO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	IBATÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	IBITINGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	ITÁPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	MATÃO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	MOTUCA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	NOVA EUROPA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	PORTO FERREIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	RIBEIRÃO BONITO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	RINÇÃO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	SANTA ERNESTINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	SANTA LÚCIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	SANTA RITA DO PASSA QUATRO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	SÃO CARLOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	TABATINGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	3	TAQUARITINGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	3	TRABIJU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	5	ALTAIR	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
6	5	BARRETOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	5	BEBEDOURO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	CAJOBI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	COLINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	COLÔMBIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	EMBAÚBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	GUAÍRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	GUARACI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	JABORANDI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	MONTE AZUL PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	OLÍMPIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	SEVERINIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	TAIAÇU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	TAIÚVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	TAQUARAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	TERRA ROXA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	VIRADOURO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	5	VISTA ALEGRE DO ALTO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	ARAMINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	BURITIZAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	CRISTAIS PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	FRANCA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	GUARÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	IGARAPAVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	IPUÃ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	ITIRAPUÃ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	ITUVERAVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	JERIQUARA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	MIGUELÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	MORRO AGUDO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	NUPORANGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	ORLÂNDIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	PATROCÍNIO PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	PEDREGULHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	RESTINGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	RIBEIRÃO CORRENTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	RIFAINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	SALES OLIVEIRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	SÃO JOAQUIM DA BARRA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	8	SÃO JOSÉ DA BELA VISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	ALTINÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	BARRINHA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	BATATAIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	BRODÓSQUI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	CAJURU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	CÁSSIA DOS COQUEIROS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	CRAVINHOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	DUMONT	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	GUARIBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	GUATAPARÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
6	13	JABOTICABAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	JARDINÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	LUIZ ANTÔNIO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	MONTE ALTO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	PITANGUEIRAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	PONTAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	PRADÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	RIBEIRÃO PRETO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
6	13	SANTA CRUZ DA ESPERANÇA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	SANTA ROSA DE VITERBO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	SANTO ANTÔNIO DA ALEGRIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	SÃO SIMÃO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	SERRA AZUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	SERRANA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
6	13	SERTÃOZINHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL
8	15	ADOLFO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ÁLVARES FLORENÇA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	AMÉRICO DE CAMPOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	APARECIDA D'OESTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ARIRANHA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ASPÁSIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	BADY BASSITT	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	BÁLSAMO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	CARDOSO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	CATANDUVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	CATIGUÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	CEDRAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	COSMORAMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	DIRCE REIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	DOLCINÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ELISIÁRIO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ESTRELA D'OESTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	FERNANDO PRESTES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	FERNANDÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	FLOREAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	GASTÃO VIDIGAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	GENERAL SALGADO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	GUAPIAÇU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	GUARANI D'OESTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	IBIRÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ICÉM	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	INDIAPORÃ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	IPIGUÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	IRAPUÃ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ITAJOBI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	JACI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	JALES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	JOSÉ BONIFÁCIO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MACAUBAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MACEDÔNIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
8	15	MAGDA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MARAPOAMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MARINÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MENDONÇA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MERIDIANO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MESÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MIRA ESTRELA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MIRASSOL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MIRASSOLÂNDIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MONÇÕES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	MONTE APAZÍVEL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	NEVES PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	NHANDEARA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	NIPOÃ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	NOVA ALIANÇA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	NOVA CANAÃ PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	NOVA GRANADA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	NOVAIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	NOVO HORIZONTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ONDA VERDE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ORINDIÚVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	OUROESTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PALESTINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PALMARES PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PALMEIRA D'OESTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PARAISO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PARANAPUÃ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PARISI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PAULO DE FARIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PEDRANÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PINDORAMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PIRANGI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PLANALTO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	POLONI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PONTALINDA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	PONTES GESTAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	POPULINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	POTIRENDABA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	RIOLÂNDIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	RUBINÉIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SALES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SANTA ADÉLIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SANTA ALBERTINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SANTA CLARA D'OESTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SANTA FÉ DO SUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SANTA RITA D'OESTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SANTA SALETE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SANTANA DA PONTE PENSA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SÃO FRANCISCO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SÃO JOÃO DE IRACEMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
8	15	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	SEBASTIANÓPOLIS DO SUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	TABAPUÃ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	TANABI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	TRÊS FRONTEIRAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	TURMALINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	UBARANA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	UCHÔA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	UNIÃO PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	URÂNIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	URUPÊS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	VALENTIM GENTIL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	VITÓRIA BRASIL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	VOTUPORANGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
8	15	ZACARIAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
9	2	ALTO ALEGRE	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
9	2	ANDRADINA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	ARAÇATUBA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	AURIFLAMA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	AVANHADAVA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	BARBOSA	COM TRANSMISSÃO HUMANA
9	2	BENTO DE ABREU	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	BILAC	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	BIRIGUI	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	BRAÚNA	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
9	2	BREJO ALEGRE	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
9	2	BURITAMA	COM TRANSMISSÃO CANINA
9	2	CASTILHO	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	CLEMENTINA	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
9	2	COROADOS	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	GABRIEL MONTEIRO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
9	2	GLICÉRIO	COM TRANSMISSÃO CANINA
9	2	GUARAÇAI	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	GUARARAPES	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	GUZOLÂNDIA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	ILHA SOLTEIRA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	ITAPURA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	LAVÍNIA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	LOURDES	COM TRANSMISSÃO CANINA
9	2	LUIZIÂNIA	COM TRANSMISSÃO CANINA
9	2	MIRANDÓPOLIS	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	MURITINGA DO SUL	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	NOVA CASTILHO	COM TRANSMISSÃO CANINA
9	2	NOVA INDEPENDÊNCIA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	NOVA LUIZITÂNIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
9	2	PENÁPOLIS	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	PEREIRA BARRETO	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	PIACATU	COM TRANSMISSÃO CANINA
9	2	RUBIÁCEA	COM TRANSMISSÃO CANINA
9	2	SANTO ANTÔNIO DO ARACANGUÁ	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
9	2	SANTÓPOLIS DO AGUAPEÍ	COM TRANSMISSÃO CANINA

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
9	2	SUD MENUCCI	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
9	2	SUZANÁPOLIS	COM TRANSMISSÃO CANINA
9	2	TURIÚBA	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
9	2	VALPARAÍSO	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
10	11	ALFREDO MARCONDES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	ÁLVARES MACHADO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	ANHUMAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	CAIABU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	CAIUÃ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	DRACENA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
10	11	EMILIANÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	ESTRELA DO NORTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	EUCLIDES DA CUNHA PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	FLORA RICA	EM INVESTIGAÇÃO
10	11	IEPÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	INDIANA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	IRAPURU	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	JOÃO RAMALHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	JUNQUEIRÓPOLIS	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
10	11	MARABÁ PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	MARTINÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	MIRANTE DO PARANAPANEMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	MONTE CASTELO	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	NANTES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	NARANDIBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	NOVA GUATAPORANGA	COM TRANSMISSÃO CANINA
10	11	OURO VERDE	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
10	11	PANORAMA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
10	11	PAULICÉIA	COM TRANSMISSÃO CANINA
10	11	PIQUEROBI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	PIRAPÓZINHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	PRESIDENTE BERNARDES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	PRESIDENTE EPITÁCIO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	PRESIDENTE PRUDENTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	PRESIDENTE VENCESLAU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	QUATÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	RANCHARIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	REGENTE FEIJÓ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	RIBEIRÃO DOS ÍNDIOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	ROSANA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	SANDOVALINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	SANTA MERCEDES	COM TRANSMISSÃO CANINA
10	11	SANTO ANASTÁCIO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	SANTO EXPEDITO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	SÃO JOÃO DO PAU D'ALHO	COM TRANSMISSÃO CANINA
10	11	TACIBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	TARABAI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	TEODORO SAMPAIO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
10	11	TUPI PAULISTA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
11	6	AGUDOS	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	6	AREALVA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	AVAÍ	COM TRANSMISSÃO HUMANA
11	6	BALBINOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	BARIRI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	BARRA BONITA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	BAURU	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	6	BOCAINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	BORACÉIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	BOREBI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	BROTAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	CABRÁLIA PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	CAFELÂNDIA	COM TRANSMISSÃO CANINA
11	6	DOIS CÓRREGOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	DUARTINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	GETULINA	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	GUAÍCARA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	6	IACANGA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	IGARAÇU DO TIETÊ	EM INVESTIGAÇÃO
11	6	ITAJU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	ITAPUI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	JAÚ	COM TRANSMISSÃO HUMANA
11	6	LENÇÓIS PAULISTA	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	LINS	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	6	LUCIANÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	MACATUBA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	MINEIROS DO TIETÊ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	PAULISTÂNIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	PEDERNEIRAS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	PIRAJUI	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	6	PIRATININGA	COM TRANSMISSÃO CANINA
11	6	PONGÁI	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	PRESIDENTE ALVES	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	PROMISSÃO	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	6	REGINÓPOLIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	SABINO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	TORRINHA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	6	URU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	ADAMANTINA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	9	ÁLVARO DE CARVALHO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	ALVINLÂNDIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	ARCO-ÍRIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	ASSIS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	BASTOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	BERNADINO DE CAMPOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	BORÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	CAMPOS NOVOS PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	CÂNDIDO MOTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	CANITAR	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	CHAVANTES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	CRUZÁLIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
11	9	ECHAPORÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	ESPÍRITO SANTO DO TURVO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	FERNAO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	FLORIDA PAULISTA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	9	FLORÍNEA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	GÁLIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	GARÇA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	GUAIMBÉ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	GUARANTÃ	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	9	HERCULÂNDIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	IACRI	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	IBIRAREMA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	INÚBIA PAULISTA	COM TRANSMISSÃO CANINA
11	9	IPAUSSU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	JÚLIO DE MESQUITA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	LUCÉLIA	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	9	LUPÉRCIO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	LUTÉCIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	MARACÁI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	MARIÁPOLIS	EM INVESTIGAÇÃO
11	9	MARÍLIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	OCAUÇU	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	ÓLEO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	ORIENTE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	OSCAR BRESSANE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL

SR	DRS	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA LVA
11	9	OSVALDO CRUZ	COM TRANSMISSÃO CANINA
11	9	OURINHOS	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	PACAEMBU	COM TRANSMISSÃO CANINA
11	9	PALMITAL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	PARAGUAÇU PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	PARAPUÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	PEDRINHAS PAULISTA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	PLATINA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	POMPÉIA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	PRACINHA	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	QUEIROZ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	QUINTANA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	RIBEIRÃO DO SUL	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	RINÓPOLIS	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	SAGRES	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	SALMOURÃO	SILENCIOSO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	SALTO GRANDE	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	SANTA CRUZ DO RIO PARDO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	SÃO PEDRO DO TURVO	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	TARUMÁ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	TIMBURI	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	TUPÃ	COM TRANSMISSÃO CANINA E HUMANA
11	9	UBIRAJARA	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL
11	9	VERA CRUZ	SILENCIOSO NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL

Correspondência/Correspondence to:

Grupo de Estudos em Leishmanioses
 Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 130
 CEP: 01246-000 – Pacaembu – São Paulo/SP – Brasil
 Tel.: (55) 11 3066-8906
 E-mail: veracamargo@saude.sp.gov.br

Programa Paulista de Vigilância à Saúde do Trabalhador do Setor Canavieiro Labor Health Surveillance Program in São Paulo for Sugar Cane Plantation Workers

*Centro de Vigilância Sanitária
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CVD/CCD/SES-SP)*

A Secretaria de Estado da Saúde, por meio do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) – criou o Programa Paulista de Vigilância à Saúde do Trabalhador do Setor Canavieiro, que fará intervenções nas condições de risco à saúde às quais estes trabalhadores estão expostos.

Profissionais de vigilância em saúde, municipais e estaduais, receberão capacitação teórica e prática para fiscalizar não apenas as lavouras de cana-de-açúcar, mas também usinas, destilarias e habitações coletivas. Até outubro serão capacitados cerca de 250 técnicos sanitários para reforçar a fiscalização por todo o Estado.

As duas primeiras turmas tiveram treinamento em junho em Ribeirão Preto. Agora no segundo semestre novas turmas serão capacitadas, começando pela região de Araçatuba, seguida de Piracicaba e Marília. São cinco dias de curso, contemplando visitas técnicas a usinas, lavouras e habitações coletivas de cortadores de cana, oportunidade em que serão testados os instrumentos de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), elaborados pelo grupo de trabalho especialmente constituído para esse fim, como o manual de ações para o setor canavieiro e os roteiros de inspeção sanitária.

Com o programa, técnicos da vigilância sanitária verificarão se os trabalhadores estão submetidos a situações de risco como, por exemplo, falta de guarda-corpo adequado nas usinas de cana-de-açúcar e álcool; calor, ruído, ritmo de trabalho e esforço físico intensos nas lavouras; moradias inadequadas (sem água, luz e distribuição irregular entre cômodos); se há trabalho infantil. Serão observadas se estão sendo cumpridas todas as condições previstas em lei.

São Paulo é maior produtor de cana do Brasil, com 175 usinas de açúcar e álcool distribuídas por 13 Regionais de Saúde (Araçatuba, Araraquara, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto e Sorocaba). Segundo dados de sindicatos e entidades ligados à categoria informados à SES-SP, entre 2004 e 2007 pelo menos 20 pessoas tiveram morte

relacionada ao trabalho manual de corte de cana. A maioria dos trabalhadores do setor vem das regiões Norte e Nordeste do País para trabalhar no corte da cana. Quando chegam às usinas, passam a viver em alojamentos ou habitações coletivas.

O programa paulista de Visat do setor canavieiro nasceu em função da relevância de se uniformizar os procedimentos de vigilância sanitária nos ambientes laborais, dentro de uma visão maior de vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando os seguintes aspectos:

- a responsabilidade sanitária sobre os riscos e agravos à saúde do trabalhador do setor canavieiro;
- a responsabilidade sanitária sobre o meio ambiente que afeta a saúde da população do entorno;
- a quantidade de trabalhadores expostos a riscos decorrentes desses ambientes laborais (aproximadamente 450 mil trabalhadores em 175 usinas de 130 municípios paulistas) e da população exposta aos riscos ambientais decorrentes das atividades do setor, em franca expansão;
- a crescente demanda de Visat no SUS-SP, em decorrência dos agravos e óbitos de trabalhadores do setor canavieiro, pelo Ministério Público do Trabalho/Procuradoria Regional do Trabalho, Pastoral do Migrante, Ministério do Trabalho e Emprego/Delegacia Regional do Trabalho e Ministério Público Federal/Procuradoria da República do Estado de São Paulo, dentre outras instituições, inclusive pela Assembléia Legislativa que em audiência pública, realizada em 27 de abril de 2006, cobrou ações de Visat no SUS;
- o setor canavieiro foi priorizado enquanto objeto de ação do SUS-SP no I Seminário Estadual de Implementação das Resoluções da III Conferência Nacional e Estadual de Saúde do Trabalhador, organizado pelo Conselho Estadual de Saúde/CIST – Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Praia Grande, 5/9/06) e
- o setor canavieiro foi priorizado enquanto objeto de ação de Visat pelo Fórum de Visat do Estado de São Paulo, realizado em 2006, coordenado pela DVST/CVS/CCD/SES-SP e

que reúne as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e os Programas Saúde da Família estaduais e municipais, além dos interlocutores de saúde do trabalhador das Regiões de Saúde, com o objetivo de alavancar as ações de Visat no SUS.

Para atingir seu objetivo é imprescindível o dimensionamento do universo do setor canavieiro, o aprofundamento do conhecimento das condições de trabalho do setor, dos agravos à saúde do trabalhador, da população do entorno e do meio ambiente dele decorrentes; a elaboração de um manual de procedimentos de Visat para subsidiar as ações; e a capacitação das equipes de vigilância em saúde para o desenvolvimento das ações. Tudo isto, com avaliação contínua do impacto dessas ações pelo grupo de trabalho especialmente constituído para o desenvolvimento desse programa no SUS-SP.

A vigilância em saúde do trabalhador no SUS “compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcada nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da popula-

ção” (Port. MS/GM 3120/98).

Para avaliar o andamento do Programa Paulista de Vigilância à Saúde do Trabalhador do Setor Canavieiro, a Divisão de Vigilância à Saúde do Trabalhador do Centro de Vigilância Sanitária do Estado, organizou, no dia 16 de agosto último, uma oficina que reuniu os técnicos até o momento capacitados das vigilâncias sanitária e epidemiológica das esferas estadual e municipal e de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Além delas, participaram outras instâncias da SES-SP que tratam de questões relacionadas à saúde do trabalhador, como o Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (Cerest-SP), o Instituto Adolfo Lutz (IAL), o Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE) e a Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Estadual de Saúde (CIST/CES-SP).

Dentre as questões mais debatidas, encontram-se aquelas relacionadas ao estabelecimento de nexos entre o trabalho e a morte por exaustão dos cortadores de cana, motivos pelos quais os participantes dessa oficina reputam da maior relevância aprofundar conhecimentos clínico-epidemiológicos, inclusive com a participação de outros setores preocupados com a questão, como, por exemplo, a universidade.

Correspondência/Correspondence to:

Centro de Vigilância Sanitária
Av. Dr. Arnaldo, 351 – Anexo 3
CEP: 01246-000 – Pacaembu São Paulo/SP – Brasil
Tel.: (55) 11 3066-8000
E-mail: cvs@cvs.saude.sp.gov.br

Instruções aos Autores

O **Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa)** publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças, órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) veicula artigos relacionados aos agravos à saúde pública ocorridos nas diversas áreas de controle, assistência e diagnóstico laboratorial do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP). Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde de maneira rápida e precisa, o Bepa tem como objetivo incentivar a produção de trabalhos que subsidiem as ações de prevenção e controle de doenças na rede pública, apoiando, ainda, a atuação dos profissionais do sistema de saúde privado, promovendo a atualização e o aprimoramento de ambos.

Os documentos que podem ser publicados neste boletim estão divididos nas seguintes categorias:

1. **Artigos originais** – destinados à divulgação de resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.

2. **Revisão** – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Extensão máxima: 5.000 palavras.

3. **Comunicações breves** – São artigos curtos destinados à divulgação de resultados de pesquisa. No máximo 1.500 palavras, uma tabela/figura e cinco referências.

4. **Informe epidemiológico** – Textos que têm por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas de informação sobre doenças e agravos. Máximo de 3.000 palavras.

5. **Informe técnico** – Trabalhos que têm por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva. No máximo 5.000 palavras.

A estrutura dos textos produzidos para a publicação deverá adequar-se ao estilo Vancouver, cujas linhas gerais seguem abaixo.

• **Página de identificação** – Título do artigo, conciso e completo, em Português e Inglês; nome completo de todos os autores; indicação da instituição à qual cada autor está afiliado; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; se subvencionado, indicar nome da agência de fomento que concedeu o auxílio e respectivo nome do processo; se foi extraído de dissertação ou tese, indicar título, ano e instituição em que foi apresentada.

• **Resumo** – Todos os textos, à exceção dos

• **Informes técnicos**, deverão ter resumo em Português e em Inglês (*Abstract*), dimensionado entre 150 palavras (**comunicações breves**) e no máximo 250 palavras (**artigos originais, revisões, atualizações e informes epidemiológicos**). Para os artigos originais, o resumo deve destacar os propósitos do estudo, procedimentos básicos adotados (seleção de sujeitos de estudo ou animais de laboratório, métodos analíticos e observacionais), principais descobertas e conclusões. Devem ser enfatizados novos e importantes aspectos do estudo ou das observações. Uma vez que os resumos são a principal parte indexada do artigo em muitos bancos de dados eletrônicos, e a única parte que alguns leitores lêem, os autores precisam lembrar que eles devem refletir, cuidadosamente, o conteúdo do artigo. Para os demais textos, o resumo deve ser narrativo, mas com as mesmas informações.

• **Descritores (unitermos ou palavras-chave)** – Seguindo-se ao resumo, devem ser indicados no mínimo três e no máximo dez descritores do conteúdo, que têm por objetivo facilitar indexações cruzadas dos textos e podem ser publicados juntamente com o resumo. Em Português, os descritores deverão ser extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências em Saúde" (DeCS), da Bireme. Em Inglês, do "Medical Subject Headings" (Mesh). Caso não sejam encontrados descritores adequados à temática abordada, termos ou expressões de uso corrente poderão ser empregados.

• **Introdução** – Contextualiza o estudo, a natureza dos problemas tratados e sua importância e destacar as lacunas do conhecimento abordadas.

• **Metodologia (Métodos)** – A metodologia deve incluir apenas informação disponível no momento em que foi escrito o plano ou protocolo do estudo; toda a informação obtida durante a condução do estudo pertence à seção de resultados. Deve conter descrição, clara e sucinta, acompanhada da respectiva citação bibliográfica, dos procedimentos adotados, a população estudada (universo e amostra), instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação e método estatístico.

• **Resultados** – Devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, tabelas e figuras, colocando as descobertas principais ou mais importantes primeiro. Os resultados encontrados devem ser descritos sem incluir interpretações e/ou comparações. Sempre que possível, devem ser apresentados em tabelas e figuras auto-explicativas e com análise estatística, evitando-se sua repetição no texto.

• **Discussão** – Deve enfatizar os novos e importantes aspectos do estudo e as conclusões que dele derivam, sem repetir material colocado nas seções de introdução e resultados. Deve começar com a apreciação das limitações do estudo, seguida da

• comparação com a literatura e da interpretação dos autores, apresentando, quando for o caso, novas hipóteses.

• **Conclusão** – Traz as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho e formas de continuidade. Se tais aspectos já estiverem incluídos na discussão, a conclusão não deve ser escrita.

• **Referências bibliográficas** – A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

- **Citações bibliográficas no texto, tabelas e figuras:** deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismo arábico, sobrescrito, após a citação, constando da lista de referências bibliográficas. Exemplo:

"Os fatores de risco para a infecção cardiovascular estão relacionados à imunocompetência do hospedeiro¹."

- **Referências bibliográficas:** devem ser numeradas consecutivamente, obedecendo à ordem em que aparecem pela primeira vez no texto, de acordo com o estilo Vancouver. A ordem de citação no texto obedecerá esta numeração. Até seis autores, citam-se todos os nomes; acima disso, apenas os seis primeiros, seguidos da expressão em Latim "et al". É recomendável não ultrapassar o número de 30 referências bibliográficas por texto.

A) Artigos de periódicos – As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados devem estar de acordo com o *Index Medicus*, e marcadas em negrito.

Exemplo:

1. Ponce de Leon P; Valverde J e Zdero M. Preliminary studies on antigenic mimicry of *Ascaris Lumbricooides*. **Rev Lat-amer Microbiol** 1992; 34:33-38.

2. Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de Medicamentos na rede pública municipal de Campo Grande, MS. **Rev Bras Cien Farmacêuticas** 2002; 38:217-27.

B) Livros A citação de livros deve seguir o exemplo abaixo:

3. Medronho RA. Geoprocessamento e saúde: uma nova abordagem do espaço no processo saúde-doença. Primeira edição. Rio de Janeiro: Fiocruz/CICT/NECT.

C) Capítulos de livro – Já ao referenciar capítulos de livros, os autores deverão adotar o modelo a seguir:

4. Arnaux JM, Laporte JR. Promoção do uso racional de medicamentos e preparação de guias farmacológicos. In: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld

S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.

D) Dissertações e teses:

5. Moreira MMS. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. p. 100.

E) Trabalhos de congressos, simpósios, encontros, seminários e outros:

6. Barboza et al. Descentralização das políticas públicas em DST/Aids no Estado de São Paulo. In: III Encontro do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública; 2004 ago; São Paulo: Rev IAL. P. 34 [resumo 32-SC].

F) Periódicos e artigos eletrônicos:

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2000. [Boletim on-line]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> [2004 mar 5]

G) Publicações e documentos de organizações governamentais:

8. Brasil. Decreto 793, de 5 de abril de 1993. Altera os Decretos 74.170, de 10 de junho de 1974, e 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis 5991, de 17 de janeiro de 1973, e 6360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 6 abr 1993. Seção 1. p. 4397.

9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra; 1993. (DAP. 93.1).

Casos não contemplados nesta instrução devem ser citados conforme indicação do Committee of Medical Journals Editors (*Grupo Vancouver*) (<http://www.cmje.org>).

Tabelas – Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. A cada uma deve ser atribuído um título breve, **NÃO SE UTILIZANDO TRAÇOS INTERNOS HORIZONTAIS OU VERTICAIS**. Notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.

Quadros – São identificados como tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras – Fotografias, desenhos, gráficos etc., citados como figuras, devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram mencionados no texto, por número e título abreviado no trabalho. As legendas devem ser apresentadas em folha à parte; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução. Não são permitidas figuras que representem os mesmos dados.

