

EDITORIAL

A publicação de um novo boletim na área de vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo é muito bem-vinda e fazia-se, há muito, necessária.

São Paulo sempre primou por longa tradição na saúde pública, com entidades de competência técnica reconhecida e bons resultados nas atividades de controle e vigilância de inúmeras doenças em nossa comunidade.

Lutas de sucesso foram travadas contra a malária, a varíola, a poliomielite, o sarampo, e continuam sendo enfrentadas contra a Aids, a dengue, as hepatites, a leishmaniose, entre muitas outras.

O surgimento em nosso meio de doenças antes inexistentes e o agravamento de outros eventos que afetam a saúde, como as violências, demandam vigilância e estudos epidemiológicos, que por sua vez ajudam os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na adoção de ações em benefício da população.

Daí a grande importância de manter um corpo técnico competente e atualizado, para a execução destas ações com a qualidade desejada, em todo o Estado. Desde atividades de apoio laboratoriais e de pesquisa, até ações de vigilância no que diz respeito ao combate de vetores, por exemplo, sempre tivemos instituições de referência nacional, como o Instituto Adolfo Lutz, o Pasteur, o Butantan, a Sucec e, mais recentemente, o CRT-DST/Aids e os centros estaduais de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Sanitária (CVS).

Todas essas instituições contam com profissionais de grande experiência, que em muito podem contribuir com a publicação de seu conhecimento, para o aperfeiçoamento das atividades de vigilância desenvolvidas no SUS.

A publicação é ainda mais necessária num contexto de descentralização destas atividades para os municípios, como o que vivemos atualmente, permitindo que todos os técnicos que participam do sistema, nos seus diferentes níveis, tenham acesso a um conhecimento atualizado, adequado ao nosso meio e de difícil obtenção em outras fontes.

Esperamos que este boletim, elaborado com precisão e cuidado pela equipe técnica responsável pela implantação da Agência Paulista de Controle de Doenças, colabore para que o Estado de São Paulo continue vencendo muitas batalhas contra as doenças e melhorando a saúde e a qualidade de vida de sua população.

Luiz Roberto Barradas Barata
Secretário de Estado da Saúde

NESTA EDIÇÃO

Prevenção dos Acidentes de Trânsito é o Tema do Dia Mundial da Saúde 2004.....pág. 2

Campanha de Vacinação Contra Influenza.....pág. 4

Influenza Aviária Vietnam/Tailândia.....pág. 6

Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG.....pág. 7

Proposta para Reestruturação da Rede de Laboratórios para Diagnóstico de Infecção Causada pelo HIV/Aidspág. 9

Tuberculose em Queda no CRT-DST/Aids-SP após Inclusão dos Inibidores de Protease no Esquema Anti-Retroviralpág. 12

Notas.....pág. 14

Dados Epidemiológicos.....pág. 16



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

EXPEDIENTE

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

Coordenador
Luiz Jacintho da Silva

Editor
Luiz Jacintho da Silva

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

Marisa Lima de Carvalho
Centro de Vigilância Sanitária

Cristiano Correa de A. Marques
Instituto Adolfo Lutz

Neide Yume Takaoka
Instituto Pasteur

Marcos da Cunha Lopes Virmond
Instituto Lauro de Souza Lima

Jorge Afiune
Instituto Clemente Ferreira

Artur Kalichman
Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids

Osmar Mikio
Superintendência de Controle de Endemias

Maria Maeno
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Coordenação Editorial
Cecilia Abdalla
Cláudia Malinverni
Sylia Rehder
Núcleo de Comunicação - GTI

Projeto Gráfico/Editoração Eletrônica
Marcelo F. Monteiro - Fesima
Marcos Rosado - CVE/Nive
Zilda Souza - CVE/Nive

Prevenção dos Acidentes de Trânsito é o Tema do Dia Mundial da Saúde 2004

Em 1948, a I Assembléia Mundial da Saúde instituiu o chamado "Dia Mundial da Saúde", cujo objetivo era chamar atenção para um tema prioritário na área de saúde e deveria servir como uma data para o lançamento de ações e programas de controle do agravo escolhido. Esse dia vem sendo celebrado em 7 de abril de cada ano, desde 1950¹.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu os acidentes de trânsito como o tema desse dia. Por isso, em diferentes locais por todo o mundo estão sendo planejadas atividades voltadas para a divulgação desse importante problema, que custa a vida de cerca de 1,2 milhão de pessoas anualmente em todo o planeta, determinando um número ainda maior de internações e atendimentos em emergências. Adicionalmente, deixam um grande número de pessoas permanentemente incapacitadas, representando assim um custo enorme para toda a sociedade. A OMS chama atenção para o fato de que a grande maioria dessas mortes ocorre em países em desenvolvimento e entre pedestres, ciclistas e usuários de transportes coletivos, muitos dos quais sem recursos para adquirir um veículo¹.

Embora a análise dessa mortalidade nas últimas duas décadas mostre uma tendência decrescente, refletindo aumento da segurança no trânsito, tal decréscimo é lento. Isso não se justifica, se considerarmos a quantidade de informações e estudos sobre medidas de prevenção efetivas que encontram-se disponíveis na atualidade. É possível e preciso evitar muitas dessas mortes e internações desnecessárias. Esses acidentes representam expressiva demanda aos serviços públicos de saúde, que precisam alocar profissionais e equipamentos para o atendimento a essas vítimas que, muitas vezes, exigem o cuidado de uma série de especialistas: neurocirurgiões, ortopedistas, cirurgiões de abdome e tórax, fisioterapeutas, etc.

Nesse contexto, o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo analisou os dados oficiais disponíveis acerca da morbi-mortalidade dos acidentes de transporte ocorridos entre os residentes no Estado, disponibilizando-os para os técnicos da área da saúde e todo e qualquer cidadão que necessite ou queira fazer uso dessas informações.

Metodologia

As informações de mortalidade utilizadas neste estudo são provenientes do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), referentes ao ano de 2002. As informações sobre as internações realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) são provenientes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), referentes a 2003. Esses bancos foram disponibilizados pela Fundação Seade para a Secretaria de Saúde, correspondendo ao ano mais recente disponível. Os dados populacionais para a construção das taxas são os do Censo 2000².

Nesses bancos foram selecionadas as mortes e internações codificadas pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID10), no grupo denominado Acidentes de transporte (V01 a V99). Em razão de a quase a totalidade dos casos ter correspondido aos acidentes de trânsito propriamente ditos, as denominações "acidentes de trânsito" e "acidentes de transporte" serão usadas como sinônimos no decorrer do texto.

Resultados e discussão

• a mortalidade

A análise dos dados referentes ao ano de 2002 para a população residente no Estado de São Paulo mostra que os acidentes de trânsito determinaram 6.856 mortes. Isto representou 20,7% do total de mortes por essas causas ocorridas no Brasil. O coeficiente de mortalidade encontrado foi 18,0/100.000 habitantes. Essa taxa é próxima à do Brasil para o mesmo ano, que foi de 19,0/100.000 habitantes. No entanto, é maior do que a dos Estados Unidos, 16,3/100.000 habitantes em 2001, onde o número de veículos *per capita* é muito maior que o verificado em nosso meio.

Essas mortes atingiram mais fortemente a população masculina, uma vez que 5.620 dessas vítimas eram homens, ou seja, 82% do total. É importante ressaltar que a sobremortalidade masculina foi observada em todas as análises realizadas segundo as faixas etárias, os diferentes tipos de acidentes de transporte analisados e distribuição espacial, segundo as Direções Regionais de Saúde (DIR). Os coeficientes de mortalidade encontrados nos diferentes sexos foram 30,1/100.000 para o masculino e 6,4/100.000 habitantes para o feminino. Do total de vítimas, 26,3% delas foram mortas na condição de pedestres e ciclistas.

Certamente, as últimas décadas testemunharam avanços na segurança do trânsito: estabelecimento de leis mais modernas e eficientes, maior fiscalização, obrigatoriedade do uso do cinto de segurança, campanhas de conscientização da população, maior número de itens de segurança nos carros, melhor desenho das estradas, entre outras. No entanto, é preciso avançar ainda mais na prevenção, o que necessita de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial. Mas, primeiramente, é importante aumentar a compreensão do problema, realizando análises mais completas sobre as lesões fatais e não fatais decorrentes dessas causas em cada DIR. Os resultados encontrados no presente trabalho demonstram que as ações prioritárias devem estar voltadas para a redução do uso de altas velocidades, especialmente nas grandes rodovias e aumento do respeito ao pedestre.

O Dia Mundial da Saúde será oficialmente lançado numa Conferência em Paris, França. São muitos os países que realizarão algum tipo de atividade: Estados Unidos, Argentina, Costa Rica, México, Congo, Nigéria, Egito, Bélgica, Reino Unido, Itália, Suíça e em alguns locais do Brasil, entre outros. Adicionalmente a OMS e o Banco Mundial vão lançar uma publicação com estatísticas de mortes por acidentes de transporte de vários países do mundo, enfatizando o papel da saúde pública na prevenção dessas ocorrências, discutindo fatores de risco e medidas de intervenção. Espera-se que cada Regional de Saúde conduza análises mais detalhadas desses dados para as suas regiões e que possa promover nesse dia ou ao longo do ano alguma atividade que reflita a preocupação dos profissionais de saúde pública com a ocorrência e prevenção desses eventos.

Autoras: Gawryszewski VP e Hidalgo NT,
Centro de Vigilância Epidemiológica

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://www.who.int/world-health-day/2004/archives/en/>. Acesso em 10/04/2004.
2. Fundação IBGE. <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000>. Acesso em 15/01/2002.
3. Crandall JR; Bhalla KS; Madeley J. Designing road vehicles for pedestrian protection. *BMJ* 2002;324:1145-1148 (11 May).
4. WHO World Health Organization. **World report on violence and health**. http://www.who.in/violence_injury_prevention. Em 06/10/2002.
5. Marso AC & Thomson JC. **The influence of pre-hospital trauma care on motor vehicle crash mortality**. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*. May, 2001. Vol 50(5):917-921.
6. Malvestio MAA & Sousa RMC. **Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito**. *Rev. Saúde Pública*. [online]. out. 2002, vol.36, no.5 [citado 04 Abril 2003], p.584-589.
7. Stewart RM e col. **Seven hundred fifty-three consecutive deaths in a Level I trauma center: the argument for injury prevention**. *J Trauma*, volume 54(1). January 2003: 66-71.

Campanha de Vacinação Contra Influenza - 2004

As campanhas nacionais de vacinação contra Influenza iniciaram-se em 1999, em comemoração ao Ano Internacional do Idoso, com a administração de vacinas contra a influenza (gripe), difteria e tétano (dupla adulto) e anti-pneumocócica para a população com idade igual ou acima de 65 anos.

No estado de São Paulo, cerca de 84% dos idosos receberam a vacina contra influenza naquele ano, enquanto que nos seguintes 2000, 2001 e 2002 os índices atingidos foram de 63,9%, 66,6% e 65,6% respectivamente. Nesses últimos três anos a população alvo foi de 60 anos ou mais de idade.

Com o objetivo de identificar as razões da não adesão, em 2001 e 2002, foram realizadas duas pesquisas de opinião pública, junto à população-alvo das campanhas. Os resultados foram semelhantes e os principais motivos da não adesão foram o medo de reações à vacina e a não preocupação com a gripe.

A iniciativa própria e os familiares foram apontados como os principais incentivadores à adesão à vacinação. O médico foi citado como fator incentivador em apenas 10% dos casos, apesar da maioria dos entrevistados (80%) freqüentarem consultórios clínicos habitualmente. Ao serem perguntados sobre a posição do médico quanto à vacinação, os entrevistados responderam que 66% "não tocaram no assunto".

Essa pesquisa também mostrou que praticamente a totalidade das pessoas vacinadas declararam não ter apresentado reação (90% em 2001 e 96%, 2002). As reações, quando citadas, foram febre, dores no corpo e de cabeça. Estes dados são consonantes com o referido na literatura e confirmam a segurança da vacina. No entanto, observa-se que entre os idosos resistentes e os que abandonaram a vacinação (19% e 23%) a reação constituiu o principal motivo. Em 2003, a adesão à vacinação ocorreu em cerca de 75% dos idosos no Estado de São Paulo.

A influenza, devido ao seu reconhecido potencial epidêmico e expressiva morbimortalidade, constitui-se num importante desafio à saúde pública global. Os vírus de influenza têm potencial para sofrer mutação e possibilitar a transmissão entre diferentes

hospedeiros. Vale lembrar as três pandemias ocorridas no século XX, a "gripe espanhola" em 1918-1919 (H1N1), que vitimou milhões de pessoas em todo o mundo; a "gripe asiática" em 1957-1958 (H2N2) e a "gripe de Hong Kong" em 1968-1969 (H3N2).

Nesse contexto, emerge a importância do monitoramento epidemiológico mundial da gripe, cuja vigilância foi estabelecida em 1952, com uma rede composta de 112 laboratórios, em 83 países, coordenados por quatro centros colaboradores vinculados à Organização Mundial de Saúde (OMS).

No Brasil, observa-se que as regiões Sul e Sudeste apresentam um padrão de sazonalidade típico, relacionado aos períodos de baixas temperaturas, quando ocorre aumento no número de atendimentos ambulatoriais e de internações hospitalares, isolando-se o vírus da influenza com mais frequência neste período.

A influenza e suas complicações, principalmente as pneumonias, são responsáveis por cerca de 140 mil internações/ano no País, na faixa etária de 60 anos ou mais (1995/2001 Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS) e mais de 27 mil internações/ano no Estado de São Paulo, da mesma faixa etária (1998-2003-Sistema de Informações Hospitalares - SIH/ SUS).

A partir de setembro de 2002, foram implantados serviços-sentinelas em São Paulo, integrantes do sistema Sivep-Gripe (Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe/SVS/MS) compondo a rede mundial de vigilância da influenza. No Brasil, três laboratórios compõem esta rede: Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro), Instituto Evandro Chagas (Belém) e o Instituto Adolfo Lutz (São Paulo).

As amostras clínicas procedentes dos diferentes continentes são submetidas a análises específicas, cujo resultado servirá de base para a composição da vacina (que deverá conter os vírus mais prevalentes) e como alerta global para a emergência de novas cepas pandêmicas.

A composição da vacina contra a influenza para o Hemisfério Sul - Temporada 2004, em relação a 2003, apresentará alteração apenas em um dos componentes A.

No período de janeiro a setembro de 2003, o Laboratório de Vírus Respiratórios do Instituto Adolfo Lutz contabilizou 393 amostras respiratórias procedentes da rede sentinela, das quais 45 (13,76%) foram positivas para o vírus da influenza. As estirpes isoladas foram caracterizadas como: A/Panama/2007/99 (H3N2), 24,44%; A/Korea/770/2002, 6,66%, antígenicamente relacionada à estirpe anterior; e A/New Caledonia/20/99 (H1N2), 6,66%. Embora a estirpe B/Hong Kong/330/2001 não tenha sido identificada nas amostras analisadas, sua circulação no País foi detectada pelo Instituto Evandro Chagas e pela Fundação Oswaldo Cruz.

Um novo subtipo de vírus influenza A (H1N2) foi identificado em humanos nos EUA, em 2001, na Inglaterra, Israel e Egito, 2002, e no Brasil, em 2003 (primeira observação no Hemisfério Sul).

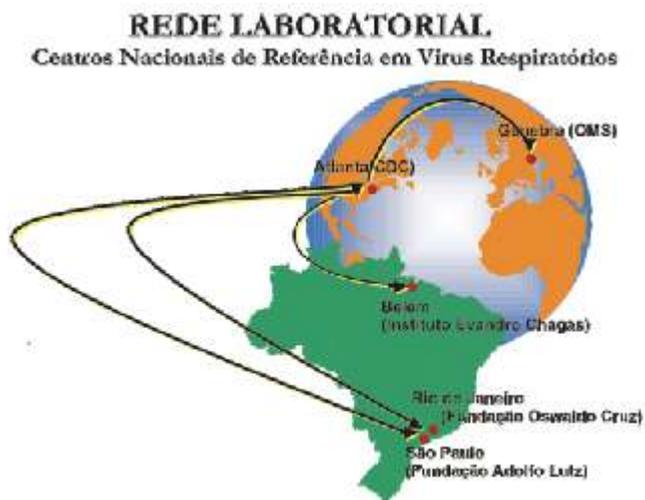
Atualmente, há evidência da circulação do vírus da influenza A (H5N1), entre aves domésticas, em oito países asiáticos, de natureza epidêmica e com relato de transmissão a humanos. Até o momento, a despeito da evidência de diferenças antigênicas e genéticas entre os vírus H5N1, estes não foram eficientemente transmitidos de pessoa a pessoa.

A campanha

Esse ano, a partir do dia 17 de abril, será iniciado um novo desafio. A campanha se estenderá até o dia 30 de abril e também serão oferecidas as vacinas contra difteria e tétano, para os idosos ainda não vacinados, e contra o pneumococo, para os grupos de risco elevado.

A vacina a ser utilizada será do Instituto Butantan, constituída por diferentes cepas de *Myxovirus influenzae* inativados, fracionados e purificados, obtidos a partir de culturas de ovos embrionados de galinha. Segundo as recomendações da OMS Hemisfério Sul contém as seguintes cepas/A/New/: Caledonia/ 20/99 (H1N1); A/Fujian/411/2002 (H3N2) análoga à A/Kumamoto/102/2002 e A/Wyoming/3/2003; e a B/Shandong/7/97 análoga à B/HongKong/330/2001.

Considerando que os benefícios reais da vacina contra a influenza estão na prevenção das complicações decorrentes da infecção pelo vírus, na redução das hospitalizações e da mortalidade, principalmente em pessoas com doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares e diabetes, a Secretaria solicita aos médicos a colaboração no sentido de recomendá-la aos seus pacientes. É necessário desmistificar a crença de que a vacina



provoca reações graves ou que provoca a gripe.

Autoras: Aranda CMSS, Divisão de Imunização/CVE; Carvalhanas TRMP, Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE; Paiva TM e Brandileone MC, Instituto Adolfo Lutz.

Influenza Aviária Vietnam/Tailândia - 2004

Introdução

A influenza humana acomete milhões de pessoas anualmente, sendo responsável por significativa morbidade e mortalidade. Embora haja evidência histórica da presença de epidemias periódicas há vários séculos, a ocorrência mais devastadora dessa doença se deu entre 1917 e 1919. A chamada "gripe espanhola" teve disseminação global, matando mais de 20.000.000 de pessoas. Acredita-se que em tempos remotos os vírus da influenza acometiam apenas aves. Atualmente, causam infecções em diversos mamíferos, como cetáceos, eqüinos e suínos. A grande capacidade de variação genética e a facilidade de transmissão do vírus fazem com que a influenza emerja todos os anos, com rápida disseminação global nos meses frios.

Os vírus Influenza A são os que apresentam maior capacidade de variação genética. Eles podem ser classificados em subtipos, de acordo com dois importantes antígenos de superfície: a hemaglutinina (H) e a neuraminidase (N). Os vírus são designados HxNy, em que x e y especificam os antígenos H e N presentes. Os vírus H1N1, H2N2 e H3N2 são responsáveis pela influenza humana. Há diversos outros tipos de vírus influenza A circulando em aves. O H5N1 circula em aves selvagens, acometendo ocasionalmente aves domésticas, o que determina epizootias de grande impacto econômico.

Desde 1997, vêm sendo relatadas ocorrências de infecção humana por vírus aviários. O quadro 1 resume os casos e óbitos por cepas aviárias do influenza.

Quadro 1 - Surtos de influenza aviária em seres humanos 1997-2003

Ano	Local	Subtipo	Casos	Óbitos
1997	Hong Kong	H5N1	18	6
1999	Hong Kong	H9N2	2	0
2003	Hong Kong	H5N1	2	1
2003	Holanda	H7N7	83	1
2003	Hong Kong	H9N2	1	0

Influenza aviária em 2004

Uma epizootia de vírus H5N1 altamente patogênico em aves selvagens e domésticas foi detectada em oito países asiáticos desde dezembro de 2003. Essa ocorrência vem tendo grande impacto econômico nas áreas envolvidas. Esse vírus também tem apresentado uma peculiar capacidade de infectar

humanos, acarretando significativa mortalidade. Casos humanos foram detectados no Vietnã e na Tailândia (quadro 2).

Quadro 2 - Casos confirmados de Influenza aviária humana (H5N1) em 2004 (dados até 26/2/2004)

País	Casos	Óbitos
Vietnã	23	15
Tailândia	9	7
Total	32	22

Estudos genéticos demonstram que a cepa envolvida não é a mesma relacionada à epidemia de Hong Kong em 1997. A epizootia é muito mais disseminada que a ocorrida naquele ano, acometendo grande parte do Leste e Sudeste asiático. Além disso, o vírus que circula neste ano causa grande mortalidade tanto nas aves domésticas como nas selvagens, o que não é usual.

No que diz respeito aos casos humanos, há características comuns entre as epidemias de 1997 e 2004. Em ambas as situações os vírus não são eficazmente transmitidos entre seres humanos (pessoa a pessoa). O quadro clínico é de doença respiratória grave, e as descrições da evolução apresentam similaridades importantes com as de 1997. Febre, dor de garganta, tosse e linfopenia são os sintomas iniciais. Há progressão para franca insuficiência respiratória em alguns dias. Outros órgãos são envolvidos, detecta-se hepatite leve a moderada e, posteriormente, insuficiência renal e cardíaca. Mas, ao contrário dos casos de 1997, os atuais não apresentam sintomas gastrointestinais proeminentes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou recentemente um informe com orientações para pessoas vivendo em áreas com epizootias notificadas. Entre elas destacam-se:

- Evitar, sempre que possível, o contato com galinhas e patos.
- Se houver criação domiciliar de aves, atenção para sintomas e/ou mortalidade entre elas. Cuidados especiais na sua manipulação (uso de máscaras, aventais, luvas).
- Cuidados com a descontaminação de quintais e galinheiros.
- Cuidados especiais com roupas e calçados.
- Identificação e notificação de sintomas respiratórios em humanos.

Nos países aos quais a orientação é dirigida, a existência de aves em ambientes domésticos é muito comum. Em relação aos casos humanos suspeitos, indica-se a coleta de espécimes respiratórios para provas virológicas. O tratamento deve ser iniciado prontamente, com antimicrobianos (uma vez que a hipótese de pneumonia bacteriana não pode ser imediatamente excluída) e com antivirais (inibidores da

neuraminidase). Como a transmissão entre humanos não está definitivamente excluída, medidas de controle de infecção (precauções/isolamentos para gotículas) têm sido recomendadas.

No Brasil, sabe-se que o vírus influenza A é encontrado em aves de vida livre. Esses vírus não foram subtipados. Não há registro de epizootias por H5N1. É digno de nota um surto recente de laringotraqueíte em aves no município de Bastos, região de Marília (SP). Essa doença é causada por um herpesvírus e não guarda qualquer relação com a influenza. A Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS) e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa) informam a existência de rígido controle sanitário nas grandes unidades de produção de frangos no país.

Recomenda-se, atualmente, a intensificação da vigilância da influenza em nível global. Nesse sentido, deve-se ressaltar que o Brasil integra a rede mundial que monitora a circulação de subtipos do vírus Influenza A humano. Portanto, torna-se especialmente importante que municípios e regionais de saúde do Estado de São Paulo notifiquem e investiguem adequadamente surtos/epidemias dessa doença.

Autores: Fortaleza CMCB; Carvalhanas T - Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" - CVE, Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória (DDTR-CVE).

Referências

1. HORIMOTO, T.; KAWAKOA, Y. Pandemic threat posed by avian influenza A viruses. *Clin Microbiol Rev*, 14: 129-149, 2001.
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Influenza (FLU). Basic information about avian influenza. January 15, 2004. [www.cdc.gov/flu/avian/index.htm]
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Outbreak news Avian influenza (H5N1). *Weekly Epidemiological Record*, n.7 (February, 2004). [www.who.int/wer]
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Advice for people living in an area affected by highly pathogenic avian influenza (HAPI) virus (10.02.2004) [www.who.int]
5. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROFESSOR ALEXANDRE VRANJAC". Influenza aviária "velhos e novos males". [Www.cve.saude.sp.gov.br].

Nota do Editor

A recente epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (veja abaixo) e, agora, a epidemia de Influenza aviária acabaram dando a impressão, em parte verdadeira, de que o grande risco de emergência de novas doenças está nos animais. Não só nos animais, mas, talvez, mais na maneira como nos relacionamos com eles. A avicultura moderna coloca muito próximas umas das outras centenas ou milhares de aves, geneticamente escolhidas por seu rápido crescimento e ótimo aproveitamento da alimentação, e não pela sua resistência às doenças. Doenças infecciosas emergentes não são novidade. A novidade é a quantidade delas que está sendo detectada em anos recentes, e não apenas em função da nossa maior capacidade de identificá-las. O problema é a capacidade da sociedade moderna em criar condições para o surgimento dessas doenças, condições estas que muitas

vezes fogem ao controle dos serviços de saúde. O que nos resta fazer? Ficar atentos, trocar informações com rapidez e agir sem demora.

Silva LJ, Ed.

Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG - 2003

Em novembro de 2002, um surto de doença respiratória acometeu pelo menos 305 pessoas na província de Guang Dong (China), causando cinco mortes. Grande parte dos indivíduos acometidos trabalhava manipulando alimentos. O surto passou relativamente despercebido até que, em fevereiro de 2003, um indivíduo procedente dessa província transmitiu a infecção para um grande número de hóspedes de um hotel em Hong Kong. A partir desse evento, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) apresentou rápida disseminação global.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um alerta sobre a doença em 12/3/2003. No mesmo mês foi identificado o agente etiológico, um Coronavírus. Esse vírus foi chamado Coronavírus Humano Relacionado à SRAG (HCoV-SARS). Ele não se mostrou geneticamente relacionado a outros membros do grupo, responsáveis por quadros de resfriado em seres humanos. Posteriormente, isolou-se um vírus bastante semelhante ao HCoV-SARS na civeta, ou "gato de Algalia", mamífero bastante apreciado na culinária em algumas regiões da China. A hipótese corrente é de que a doença tenha atingido o homem a partir do consumo de civetas, o que explicaria a grande quantidade de manipuladores de alimentos infectados no surto de Guangdong.

Epidemiologicamente, a SRAG se caracterizou por grande capacidade de transmissão respiratória, por contato e, possivelmente, fecal-oral. Houve grande transmissão para contatos domiciliares e profissionais da saúde. Esse último grupo correspondeu a 21% dos casos notificados até o final da epidemia. A transmissibilidade foi maior em pacientes graves, por volta do 10º dia de doença. É significativo o fato de que pacientes identificados e mantidos em isolamento adequado a partir dos primeiros dias da doença geraram poucos casos secundários.

O quadro clínico da SRAG se caracterizou por febre, tosse e dispnéia. Outros sintomas podiam estar presentes: rinorréia, calafrios, mialgias, cefaléia e diarreias. Ocorreu alteração radiológica significativa em 90% dos casos. Em 70% dos casos o envolvimento pulmonar era multifocal. Os pacientes com quadros graves evoluíram para insuficiência respiratória franca entre o 4º e 7º dias de doença. Após esse período, houve progressão para Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto (SARA). A letalidade foi de 13% em Singapura e 14% em Hong Kong. Na faixa etária superior a 60 anos, essa letalidade atingiu 43%. Fatores de risco significativos

para óbito foram: idade, presença de comorbidade (*diabetes mellitus*, hepatite B), tabagismo, infecções secundárias. Preditores laboratoriais de mau prognóstico foram: neutrofilia e elevação de LDH.

A resposta mundial à pandemia de SRAG foi exemplar, tomando possível conter a doença em julho de 2003. Fizeram parte dessa resposta o incentivo à detecção rápida dos casos; o controle de fluxo de viajantes em aeroportos de países afetados; o manejo de pacientes em condições adequadas de precauções/isolamentos; a aplicação de medidas de quarentena domiciliar para contatos.

Nos hospitais, a rígida aplicação de medidas de controle de infecção foi importante para proteger pacientes e profissionais de saúde. Um estudo realizado em Hong Kong demonstrou que os profissionais infectados haviam falhado na utilização de pelo menos uma das seguintes medidas: uso de máscara, gorros e/ou lavagem das mãos. Sugeriu-se adequação do fluxo de pacientes para rápida identificação e isolamento de casos suspeitos. Normas para manejo adequado de superfícies e resíduos foram enfatizadas.

A rápida disseminação de informações (via Internet) pelos órgãos internacionais de saúde pública (Organização Mundial da Saúde, *Centers for Disease Control and Prevention* - CDC, EUA) e o esforço coordenado de grupos de pesquisadores foram importantes para a interrupção da circulação do HCoV-SARS. Em julho de 2003 o mundo foi declarado livre da doença. Ao todo, foram confirmados 8.098 casos, com 774 óbitos durante a epidemia. Entre dezembro de 2003 e janeiro de 2004, quatro novos casos de SRAG foram notificados na China. Entretanto, não houve óbitos ou evidência de transmissão da doença a outras pessoas.

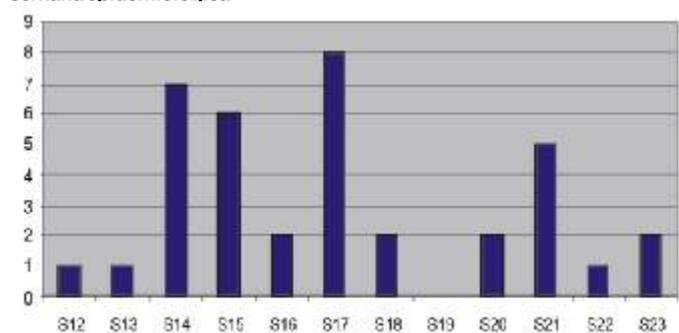
Em São Paulo, o Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" (CVE) divulgou notas técnicas sobre a SRAG a partir de março de 2003. Quatro hospitais da rede pública foram designados para atendimento de casos suspeitos, selecionados pela capacidade técnica dos profissionais e pela disponibilidade de quartos de isolamento com pressão negativa. Os hospitais de referência foram: Instituto de Infectologia Emílio Ribas (24 leitos); Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - HC/Unicamp (16 leitos); Hospital São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo - HSP/Unifesp (oito leitos) e Hospital do Servidor Público Estadual HSPE (dois leitos).

Foi disponibilizada a possibilidade de notificação *on-line* (www.cve.saude.sp.gov.br) ou por telefone (Central de Vigilância: 0800 555466). Entre março e junho de 2003, 17% dos telefonemas para a Central correspondiam a solicitações de informações sobre a SRAG.

Foram notificados 37 casos suspeitos. A distribuição temporal das notificações (por semana epidemiológica) pode ser vista na figura 1. Vinte e cinco casos foram internados e mantidos em precauções para transmissão aérea (por aerossóis).

Figura 1

Distribuição dos caso notificados de SRAG no Estado de São Paulo, por semana epidemiológica



Inicialmente, três pacientes se enquadraram nos critérios da Organização Mundial da Saúde para "caso provável" e um foi considerado "caso suspeito". Esses casos foram posteriormente descartados, com base na evolução clínica e resultados de exames laboratoriais.

Houve intenso trabalho de divulgação de informações para a população. Dentre as medidas tomadas, são dignas de nota a parceria com a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na monitorização de aeroportos; a troca de informações com a rede hoteleira; o acompanhamento de eventos internacionais; o contato com organizações não governamentais (ONGs), que prestam assistência à população de etnias asiáticas do município de São Paulo.

Essas medidas nos permitiram identificar casos suspeitos poucos dias após o início dos sintomas (média de 2,79 dias). Esse é um indicador satisfatório da capacidade de resposta a doenças emergentes no Estado.

Normas para identificação, notificação e manejo de casos suspeitos de SRAG podem ser encontradas no site do CVE: www.cve.saude.sp.gov.br.

Autor: Fortaleza CMCB, Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" (CVE)

Referências

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Supplement I: Infection Control in Healthcare, Home, and Community Settings. On Line [URL: <http://www.cdc.gov/incidod/sars/guidance/i/pdf>], atualizado em 08/01/2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS). On line [URL: <http://www.who.int/csr/sars/em/WHOconsensus.pdf>], atualizado em 23/04/03
- GARNER, J.S. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 17:53-80, 1.996
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Severe Acute Respiratory Syndrome. EB113/33, Online [URL: www.who.int], atualizado em 27/11/2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. - Severe Acute Respiratory Syndrome: Status of the outbreak and lessons for the immediate future. Online [URL: www.who.int], atualizado em 20/05/2003.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Core Document: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to Severe Acute Respiratory Syndrome(SARS) Version 2. Online [URL: www.cdc.gov], atualizado em 08/01/2004
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROFESSOR ALEXANDRE VRANJAC". Norma técnica Síndrome Respiratória Aguda Grave. Online [URL: www.cve.saude.sp.gov.br], atualizada em 02/02/2004.

Proposta para Reestruturação da Rede de Laboratórios para Diagnóstico de Infecção Causada pelo HIV/Aids

Contextualização

A Rede Estadual de Laboratórios para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV foi estruturada, em São Paulo, por meio da resolução SS/SP nº 666, de 31 de dezembro de 1994. De acordo com a estrutura então definida, a rede de laboratórios se organizou de forma regionalizada e hierarquizada, tendo como “cabeça-de-rede” o Instituto Adolfo Lutz - Central. Em vista da consolidação do SUS, essa rede vem sendo reorganizada em conseqüência das pactuações regionais.

Em 2002, por meio da portaria MS nº 15, o Ministério da Saúde reestruturou o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), instituído pela portaria ministerial nº 280, de 21 de julho de 1977. As redes do Sislab foram estruturadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária e assistência médica. Coube ao Programa Nacional de DST e Aids a gestão da sub-rede de Laboratórios de DST/Aids, integrante da Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica.

Considerando a necessidade de definir e normatizar a sub-rede do programa, o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da portaria MS nº 59, de 28 de janeiro de 2003, a composição, organização e atribuições dos níveis hierárquicos da rede de laboratórios que realiza testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV. Nesse ato, também foram estabelecidas etapas e diretrizes para a implementação do Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV e um novo conjunto de procedimentos seqüenciados (fluxograma de testes) para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos acima de dois anos de idade. De acordo com a portaria 59, cabe aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública a coordenação, no âmbito estadual, das atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV, em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado, segundo a Noas/02.

Finalmente, com a finalidade de promover a expansão do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, foram estabelecidas, por meio da portaria MS nº 2.458, de 29 de dezembro de 2003, regras para a qualificação dos estados, Distrito Federal e municípios, para o recebimento de recursos por meio do Fundo de

Ações Estratégicas e Compensação - Faec, quando da realização dos procedimentos de Ensaio Imunoenzimático (Elisa), Imunofluorescência Indireta (IFI) e Western Blot (WB), necessários para o diagnóstico laboratorial dessa infecção. Para se qualificar, o Estado deverá propor a organização da Rede Estadual para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV no seu território, explicitando as referências para o conjunto de seus municípios para a realização dos procedimentos envolvidos (Elisa, IFI e WB), considerando-se o PDR e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) aprovados.

Os procedimentos de diagnóstico relacionados nesta portaria passarão a ser financiados pelo Faec somente quando forem realizados em laboratórios públicos, inscritos no Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV (portaria 59) e após atingida a meta mínima anual de 17 pessoas testadas para cada mil habitantes, referente à área de cobertura da sub-rede onde está inserido o referido laboratório. Esta meta mínima será financiada com os recursos do Teto Financeiro de Assistência (MAC) e poderá ser realizada tanto por laboratórios públicos como privados conveniados ao SUS.

Metodologia para elaboração da proposta

Tendo em vista os argumentos discutidos anteriormente, foi elaborada uma proposta para a reorganização da Rede Estadual de Laboratórios para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV para recebimento de recursos do Faec em São Paulo, de acordo com a seguinte metodologia:

1. Foram incluídos na composição da rede somente laboratórios públicos, com capacitação para a execução dos procedimentos de acordo com o nível hierárquico para o qual estiverem designados;
2. As áreas de abrangência para cada laboratório foram definidas de acordo com o PDR aprovado no Estado; o perfil e a hierarquização da rede foram estabelecidos de acordo com o grau de complexidade das atividades exercidas, a partir de informações sobre o histórico de produção dos procedimentos de Elisa, IFI e WB para detecção de anticorpos anti-HIV para cada laboratório, obtidas por meio de consulta ao DataSUS e banco de dados da Coordenadoria de Planejamento em Saúde - SES/SP (CPS) e com base nos trabalhos desenvolvidos durante as Oficinas de Trabalho para Reestruturação da Rede de Laboratórios para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, realizadas pelo Instituto Adolfo Lutz e pelo Programa Estadual de DST/Aids - SES/SP, em setembro e novembro de 2003;

3. Foram mantidas na proposta de composição da rede unidades Hemonúcleos e Hemocentros públicos, desde que, a critério das respectivas Direções Regionais de Saúde (DIRs), estivessem executando os procedimentos acima mencionados com vistas ao apoio diagnóstico;
4. Foram estimadas as quantidades de procedimentos a serem faturados pelo Faec em cada DIR de forma proporcional, empregando-se como base para o cálculo a população residente (IBGE 2003) e os limites físicos e tetos financeiros determinados pela portaria 2.458.

Proposta apresentada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Empregando-se a metodologia acima descrita, foi elaborada uma proposta para organização da Rede Estadual de Laboratórios para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV para recebimento de recursos do Faec em São Paulo, a qual foi discutida com o grupo composto por técnicos representantes das Coordenadorias de Saúde da SES/SP, representante do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) - Interior e representante da CPS. Após discussão, a proposta final foi apresentada à CIB em pauta ordinária no dia 29/01/04. O documento foi aprovado sem ressalvas, tendo sido discutida a possível necessidade de readequação da estrutura proposta, na medida em que as habilitações e as pactuações regionais forem aprovadas.

Quanto à organização, a sub-rede de laboratórios para o diagnóstico de infecção pelo HIV, no Estado de São Paulo, organizada com base na portaria 59 e na estrutura da Secretaria de Estado da Saúde, tem hoje o seguinte perfil:



Quanto à sua composição, esta sub-rede tem a seguinte caracterização, no que diz respeito aos

laboratórios públicos:

A. Laboratório de Referência Estadual (LRE)

- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Central

B. Laboratórios de Referência Regional (LRR)

- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Central
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Bauru
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Campinas
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Marília
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Presidente Prudente
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Ribeirão Preto
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Rio Claro
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Santo André
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Santos
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de São José do Rio Preto
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Sorocaba
- Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Taubaté
- Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids - SES/SP
- Lab. Hospital de Clínicas Luzia de Pinho Melo - SES/SP (Mogi das Cruzes)
- Lab. Complexo Hospitalar Padre Bento - SES/SP (Guarulhos)
- Lab. Regional de Franco da Rocha - SES/SP
- Lab. Regional de Osasco - SES/SP
- Lab. Local de Itapeverica da Serra - SES/SP
- Lab. Regional de Araçatuba - SES/SP
- Lab. Local de Andradina - SES/SP
- Lab. Análises Clínicas Prof. Antônio Longo - Unesp (Araraquara)
- Lab. Hospital Regional de Assis - SES/SP
- Lab. Local de Barretos - SES/SP
- Hemonúcleo de Jaú - SES/SP
- Lab. Regional de Avaré - SES/SP
- Lab. Regional de Botucatu - SES/SP
- Hemocentro HC FM Botucatu - Unesp
- Lab. Regional de Bragança Paulista - SES/SP
- Lab. Regional de Jundiá - SES/SP
- Lab. II de Franca - SES/SP
- Lab. Regional de São Joaquim da Barra - SES/SP
- Lab. Hospital Regional Vale do Ribeira - SES/SP
- Lab. Local de Batatais (Municipal Microrregional)
- Lab. Local de Jaboticabal (Municipal Microrregional)
- Lab. de Análises Clínicas de Itanhaém

(Municipal Microrregional)

- Lab. Local de São João da Boa Vista - SES/SP
- Lab. Local de Caraguatatuba - SES/SP
- Lab. Local de Fernandópolis - SES/SP
- Lab. Local de Jales - SES/SP
- Lab. Local de Votuporanga - SES/SP
- Lab. II de Itapetininga - SES/SP

C. Laboratórios de Referência Municipal (LRM)

- Lab. de Saúde Pública do Ipiranga - São Paulo
- Lab. de Saúde Pública da Lapa - São Paulo
- Lab. de Saúde Pública
Nossa Senhora do Ó - São Paulo
- Lab. II de Santo Amaro - SES/SP
- Lab. II de São Miguel Paulista - SES/SP
- Lab. Local de Santa Cecília - SES/SP
- Lab. PAM Várzea do Carmo - SES/SP
- Lab. Local do Tucuruvi - SES/SP
- Lab. do PAM Maria Zélia - SES/SP
- Lab. Municipal de Diadema
- Lab. do Hospital Municipal Dr. Nardini - Mauá
- Lab. Municipal de Ribeirão Pires
- Lab. do Centro Hospitalar de Santo André
- Lab. Unidade de SADT de São Bernardo do Campo
- Lab. de Análises Clínicas de São Caetano do Sul
- Lab. da Unidade II Parque Rodrigo Barreto - Arujá
- Lab. do Ambulatório Jardim Dna. Luíza - Guarulhos
- Lab. Municipal de Itaquaquetuba
- Lab. do PA Municipal de Suzano
- Lab. de Análises Clínicas de Mairiporã
- Lab. PS e Maternidade Nair F.L. Arantes - Barueri
- Lab. do Hospital Geral de Carapicuíba - SES/SP/OSS
Sanatorinhos
- Lab. do Hospital Municipal de Cotia
- Lab. do Hospital Municipal de Jandira
- Lab. do Hospital Geral Pirajussara - SES/SP
- Lab. Municipal de São Carlos
- Lab. do Hosp. Municipal de Bebedouro
- Lab. do Ambulatório de Especialidades de Conchas
- Lab. Municipal de Laranjal Paulista
- Lab. do Hospital Municipal de Americana (Fusame)
- Lab. Municipal de Patologia Clínica de Campinas
- Lab. de Análises Clínicas e Radiologia de Cosmópolis
- Lab. Municipal de Indaiatuba
- Lab. do Hospital e Maternidade Municipal de Nova
Odessa
- Lab. Municipal de Valinhos
- Lab. do Hospital de Clínicas de Marília (Faculdade de

Medicina de Marília)

- Lab. do CS II de Capivari
- Fundação Hermínio Ometto - Araras
- Lab. do CS I de Limeira
- Lab. de Análises Clínicas de Piracicaba
- Lab. Municipal de Análises Clínicas de Tietê
- Lab. da UBDS Municipal Castelo Branco Novo -
Ribeirão Preto
- Lab. Municipal de Cubatão
- Lab. do Hospital Dr. Willian Rocha - Guarujá
- Lab. Municipal da Praia Grande
- Lab. Central Municipal de Santos
- Lab. do CTA de São Vicente
- Lab. Municipal de Análises Clínicas de Jacareí
- Lab. Central Municipal de São José dos Campos
- Lab. Local de Apiaí
- Lab. de Análises Clínicas de Boituva
- Lab. Local de Itapeva
- Lab. Municipal de Itararé
- Lab. Municipal Dr. Djair Iscaro - Sorocaba
- Lab. Clínico de Votorantim
- Lab. do Posto Médico Crispim - Pindamonhangaba

D. Laboratórios de Referência Local (LRL)

- Instituto de Infectologia Emílio Ribas - SES/SP
- Fundação Adib Jatene
- Centro de Referência Saúde da Mulher - SES/SP
- Lab. do Ambulatório Regional de Especialidades
Heliópolis - SES/SP
- Lab. do Hospital Regional Sul - SES/SP
- Lab. do Conjunto Hospitalar do Mandaqui - SES/SP
- Lab. do Hospital Maternidade Interlagos - SES/SP
- Lab. do Hospital Brigadeiro - SES/SP
- Lab. do Hospital Ipiranga - SES/SP
- Lab. do Hospital Dr. Álvaro Simões de Souza - SES/SP
- Lab. do Hospital Geral de Vila Penteadado - SES/SP
- Lab. do Hospital Katia de Souza Rodrigues - SES/SP
- Lab. do Hospital Geral de São Mateus - SES/SP
- Lab. do Hospital Geral de Guaianazes - SES/SP
- Lab. do Hospital Geral de Pedreira - SES/SP
- Lab. do Hospital Geral do Grajaú - SES/SP
- Lab. do Hospital Geral do Itaim Paulista - SES/SP
- Lab. do Hospital Estadual de Vila Alpina - SES/SP
- Lab. do Hospital do Servidor Público
Estadual - Iamspe
- Lab. do Hospital São Paulo - Unifesp
- Fundação Faculdade de Medicina HC da FMUSP
- Lab. do Instituto do Coração - Incor/USP

- Lab. do Hospital Universitário da USP
- Lab. do Hospital Municipal Arthur Saboya - SMS/SP
- Lab. do Hospital Municipal Carmino Caricchio - SMS/SãoPaulo
- Lab. do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus SMS/SP
- Lab. do Hospital Municipal Ignácio P. Gouvea - SMS/SP
- Lab. do Hospital Municipal Maternidade Mario M.A.Silva - SMS/S.Paulo
- Lab. do Hospital Municipal Tide Setubal - SMS/São Paulo
- Lab. do Hospital Municipal Waldomiro de Paula - SMS/São Paulo
- Lab. do Hospital Municipal José S. Hungria - SMS/SP
- Lab. do Hospital Municipal Benedito Montenegro - SMS/São Paulo
- Lab. do Hospital Municipal Alexandre Zaio - SMS/São Paulo
- Lab. do Hospital Municipal Fernando Mauro P. Rocha - SMS/S.Paulo
- Lab. do Hospital Municipal Mario Degni - SMS/São Paulo
- Lab. do Hospital Municipal Alipio Correa Netto - SMS/São Paulo
- Lab. do Hospital do Servidor Público Municipal - Pref. São Paulo
- Lab. do Hospital Estadual Mário Covas de Santo André - SES/SP
- Lab. do Hospital Dr. Osiris Florindo Coelho - Ferraz de Vasconcelos - SES/SP
- Lab. do Hospital Geral de Guarulhos - SES/SP/OSS Santa Casa S. Paulo
- Lab. do Hospital Geral de Itaquaquecetuba - SES/SP/OSS Santa Marcelina
- Lab. do Hospital Municipal de Poá
- Lab. do Hospital Geral de Itapevi - SES/SP
- Lab. do Hospital Municipal de Bebedouro
- Instituto Lauro de Souza Lima - SES/SP
- Lab. do Hospital de Clínicas da Unicamp
- Lab. do Hospital Estadual de Sumaré - SES/SP
- Lab. do HC da FM Ribeirão Preto - USP
- Lab. da Unidade Hospitalar Mista Municipal de Bertiooga
- Lab. do Hospital e Maternidade Municipal Dra. Adoniran C. Cam - Mongaguá
- Lab. da Unidade Hospitalar Municipal de Peruíbe
- Lab. do Hospital Geral Guilherme Álvaro - SES/SP
- Hemonúcleo de Santos - SES/SP
- Lab. do Conjunto Hospitalar de Sorocaba - SES/SP/Universitário Público
- Lab. do Hospital Universitário de Taubaté

As atribuições dos laboratórios e o grau de complexidade das atividades desenvolvidas em cada nível hierárquico da sub-rede estão definidos na portaria nº 59. As áreas de abrangência, populações

de cobertura e sistema de referências para cada uma das unidades componentes da sub-rede em São Paulo deverão estar definidas somente após o credenciamento e a habilitação para o recebimento de recursos do Faec.

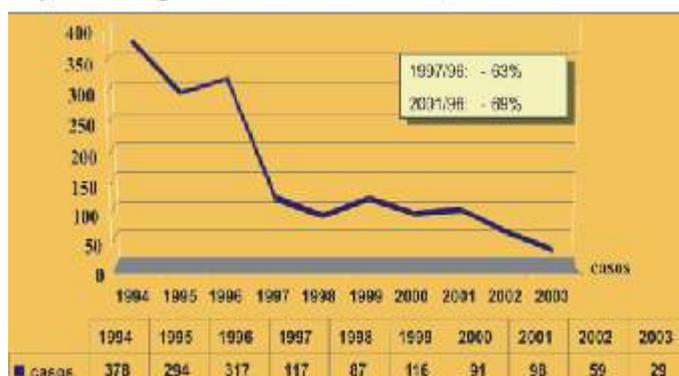
A fim de que se consolidem os processos para a implementação das portarias MS nº 59 e nº 2.458 será necessário que, à luz da legislação vigente e em conformidade com o PDR e a PPI aprovados, a estrutura e a composição acima apresentadas sejam discutidas e, quando necessário, readequadas para melhor atender a finalidade a que se propõem.

Autora: Oliveira CAF, Divisão de Biologia Médica do Instituto Adolfo Lutz

Tuberculose em Queda no CRT-DST/Aids-SP após Inclusão dos Inibidores de Protease no Esquema Anti-Retroviral

No período compreendido entre janeiro de 1994 e julho de 2003, 1.586 pacientes HIV+ e em seguimento no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP tiveram um ou mais diagnósticos de tuberculose (TB). A categoria de exposição é conhecida para 1.002 deles, com a seguinte distribuição: 33% de heterossexuais (metade com múltipla parceria), 38,3% de HSH e 26,3% de usuários de drogas injetáveis. Importante ressaltar a queda acentuada no número de diagnósticos de TB no serviço, nos anos seguintes à inclusão dos inibidores de protease ao esquema anti-retroviral (gráfico 1).

Casos de Tuberculose em pacientes HIV/Aids, de acordo com ano do primeiro diagnóstico de CRT - DST/AIDS, 1994 - 2003



Fonte: Vigilância Epidemiológica. CRT - DST/Aids (da dos até 10/08/20 03)

Um segundo diagnóstico de tuberculose no serviço foi feito para 260 dentre eles, um terceiro diagnóstico para 31 pacientes e 10 tiveram um quarto diagnóstico (tabela 1).

Tabela 1 - Diagnósticos de tuberculose no serviço, de acordo com ano de diagnóstico. CRT-DST/Aids, 1994-2003

Ano de diagnóstico	1º episódio de TB no serviço*	2º episódio de TB no serviço*	3º episódio de TB no serviço*	4º episódio de TB no serviço*	Total de diagnósticos de TB**	Total de regressões de TB**
1994	379	16	-	-	395	378
1995	294	41	1	-	336	301
1996	317	48	2	-	367	337
1997	117	34	2	1	154	124
1998	87	17	3	1	108	92
1999	118	31	3	-	154	127
2000	91	16	4	1	112	96
2001	98	16	6	1	121	104
2002	59	22	4	5	90	59
2003	29	1	1	1	32	34
Total	1.586	240	21	11	1868	1613

* para os 1586 pacientes que já tinham tido TB no serviço.
 ** incluindo-se aqui tanto as recidivas como os retornos após abandono ou suspensão do tratamento anterior.
 *** considerando somente o primeiro diagnóstico no serviço e tratamentos posteriores devido à recidiva da tuberculose.

Quando analisado o tipo de diagnóstico para a primeira tuberculose no serviço, verificou-se que para 1.397 deles em que há o registro do dado, houve confirmação laboratorial em 46,1% dos casos (ou seja, identificação do bacilo), forte suspeição em 36,9% (exames laboratoriais positivos, porém sem identificação do bacilo) e presunção em 17% (diagnóstico clínico-radiológico).

Do total de pacientes, 627 (39,5%) já foram a óbito e 756 (47,7%) passaram em ao menos uma consulta após 30/9/2002. Em relação ao CD4, quando consideramos esse resultado em relação ao primeiro diagnóstico de TB no serviço, verificamos que para 756 pacientes onde há o registro, 66,3% dentre eles apresentavam CD4 abaixo de 200cels/mm3, 17,6% entre 200 e 350, 9,3% entre 351-500 e 6,9% acima de 500cels/mm3.

Quanto ao tipo de saída do tratamento, para 1.193 pacientes que iniciaram tratamento entre 1994 e 2001 e para os quais há o registro do dado, verifica-se que 43,5% deles tiveram alta cura, 26,6% abandonaram o tratamento, 22% foram a óbito durante o tratamento de TB, em 2,8% houve mudança de diagnóstico e 3,4% foram transferidos. No entanto, na análise dessas saídas, de acordo com as coortes, é possível observar mudanças ao longo do tempo, como a diminuição acentuada nos percentuais de abandono de tratamento devido a, provavelmente, o início das atividades do ambulatório de TB em nosso serviço, após 1999 (tabela2).

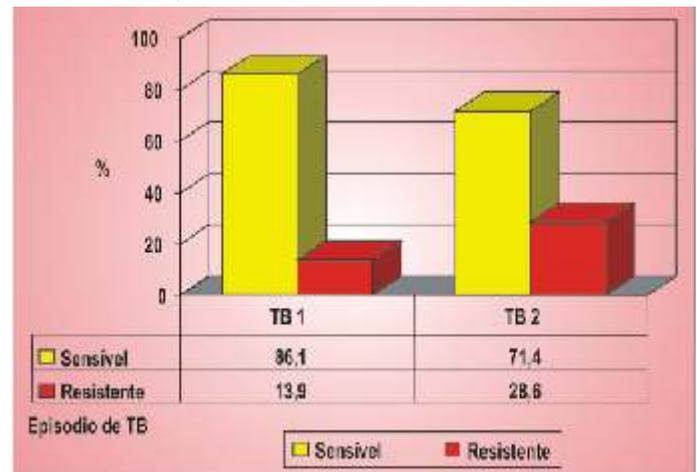
Tabela 2 - Tipos de saída do Programa de Controle da Tuberculose, de acordo com o ano de início do primeiro tratamento no serviço. CRT-DST/Aids, 1994-2001

Ano de início de tratamento	Total da coorte	Total com saída conhecida	Cura (%)	Abandono (%)	Óbito durante tratamento (%)	Mudança de diagnóstico (%)	Transferência (%)
1994	351	270	35,5	30,4	24,8	3,7	2,8
1995	290	188	31,9	27,1	29,2	5,5	4,2
1996	304	274	45,8	25,9	21,5	2,2	2,9
1997	182	111	45,6	32,4	13,5	2,7	2,7
1998	82	81	50,6	29,6	12,3	0,9	3,7
1999	108	105	56,2	20,9	18,1	1,9	2,8
2000	82	79	46,8	17,7	29,1	1,3	5,1
2001	94	85	55,3	20	17,6	1,2	5,9
Total	1413	1093*	519	31,7	263	34	41

*do total com saída conhecida.
 **Incluídos aqui 13 pacientes que têm outros tipos de saída que não os descritos acima (10 tiveram seu tratamento suspenso e em três foi registrado falência, sem constar reinício).

Quanto ao teste de sensibilidade aos medicamentos anti-TB, há os resultados para 526 pacientes que tiveram primeiro diagnóstico de TB entre 1994 e 2003, no serviço: 453 (86,1%) deles apresentaram uma cepa sensível a todas as drogas testadas e 73 (13,9%) tinham cepa resistente a menos a uma droga. Desses 73 pacientes com cepa resistente no primeiro diagnóstico, 34 (46,6%) eram multi-droga resistentes, ou seja, com resistência a menos à rifampicina e isoniazida. Para 77 pacientes que tiveram um segundo diagnóstico de tuberculose no serviço e para os quais há resultado do teste de sensibilidade nesse segundo episódio, observou-se um aumento importante na taxa de cepas resistentes a pelo menos a uma droga, que passa a ser de 28,5% (gráfico 2), e, entre esses 22 com cepa resistente, 15 (68,2%) apresentavam uma multi-droga resistência.

Teste de sensibilidade em HIV positivos, de acordo com primeiro ou segundo episódio de TB no serviço. CRT - CRT/Aids, 1994 - 2003



Fonte: V.E.CRT - DST/Aids (dados até 08/2003).

Autor: Equipe do Serviço do Programa Estadual DST/Aids.



NOTAS



Centro de Excelência

Quando o Centro de Distribuição e Logística “Edmundo Juarez” entrar em operação, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo passará a ter a mais moderna e bem equipada área de armazenamento e distribuição de imuno- biológicos (vacinas, soros e imunoglobulinas) e insumos da rede pública do País. A unidade, administrada pelo Fesima (Fomento de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis), deverá ser inaugurada até o final de abril, em substituição ao antigo Centro de Armazenamento de Imunobiológicos, conhecido como Suprimento II.

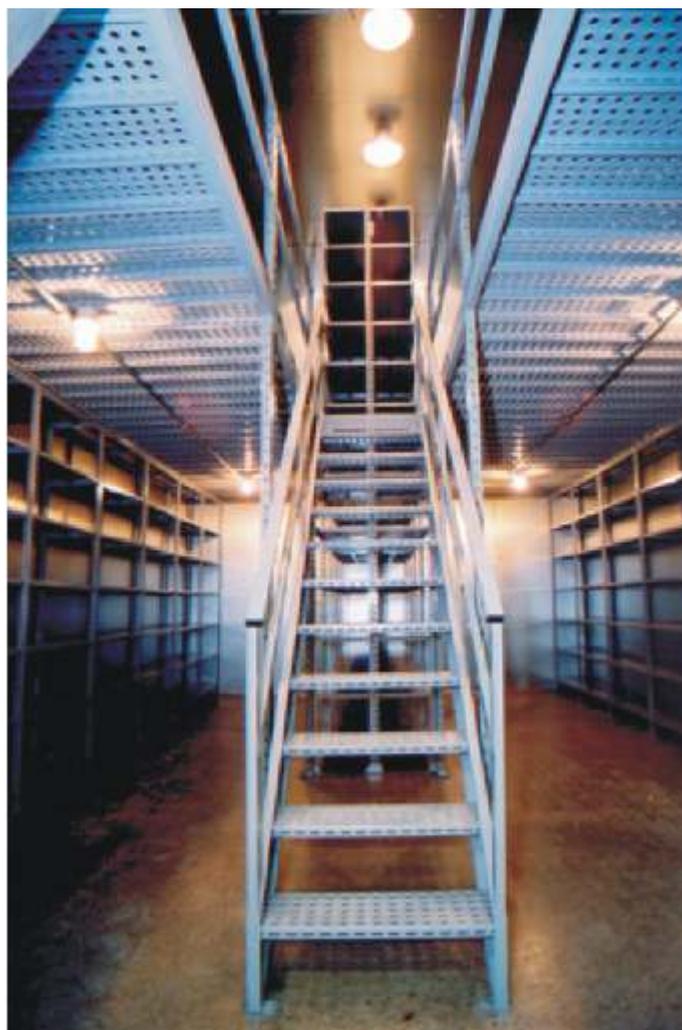
Todas as operações logísticas desses produtos que só em 2003 distribuíram 60 milhões de doses de vacinas, a um custo de cerca de R\$ 75 milhões, serão feitas no novo Centro de Distribuição (CD). Com 1.235 m² de área construída e pé-direito com 7,5 metros de altura, o espaço é um modelo de sofisticação tecnológica e operação logística, comparável apenas ao das grandes indústrias farmacêuticas e dos países mais desenvolvidos.

A obra, localizada no bairro de Pinheiros, na zona Oeste da Capital paulista, recebeu investimentos da ordem de R\$ 2,65 milhões, utilizados na construção do edifício e aquisição de equipamentos, ponto alto do CD. Nele foram instaladas duas câmaras de temperatura positiva (2°C a 8°C), com 250 m³ cada, e duas negativas (-18°C), com 190 m³. Na frente das câmaras negativas há uma antecâmara positiva, que funciona como um pulmão de ar, evitando choques térmicos, extremamente críticos para os imunobiológicos, e permitindo manter as portas das câmaras abertas por mais tempo. A montagem das caixas que serão remetidas às Direções Regionais de Saúde (DIRs) será feita numa sala de preparo, de 10 x 7 metros, para as quais convergem as câmaras frias e a antecâmara. Com temperatura controlada a 21°C e pressão positiva, o que reduz para praticamente zero

o risco de presença de microorganismos, o ar na sala de preparo será renovado 25 vezes por hora.

O processo de expedição dos produtos também foi aprimorado, com a adoção do controle de temperatura por embalagem. Algumas caixas serão despachadas com registrador portátil (Logger), que controlará a temperatura durante o transporte. Quando a caixa chegar ao destino, a unidade receptora mandará o equipamento de volta para o CD, onde as informações sobre eventuais variações de temperatura serão descarregadas num computador. Com o Logger, que é inviolável, o Fesima poderá monitorar, por amostragem, a qualidade do transporte. Paralelamente, dentro do CD, um conjunto de registradores digitais independentes controlará a temperatura das quatro câmaras e da sala de preparo.

Dois empilhadeiras elétricas, com capacidade de elevação para seis e três metros, apoiarão as operações de movimentação de materiais no centro de distribuição, que conta, ainda, com elevador monta-carga para 100 quilos; estrutura porta-paletes em material anti-oxidante; e arquivos deslizantes.



NOTAS

Artigo Líder do MMWR analisa dados sobre Homicídios da Secretaria da Saúde

O artigo líder da edição número 8 (volume 53, 5 de março) do MMWR, o mais importante boletim epidemiológico do mundo, editado semanalmente pelo *Centers for Disease Control and Prevention - CDC*, (Atlanta, EUA), faz uma análise abrangente dos índices de mortalidade por homicídio no Brasil, utilizando como referência dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O artigo chama a atenção para o crescimento, entre 1980 e 2002, no número de casos de homicídios no País, que ocupa o terceiro lugar no ranking mundial, segundo a OMS. Como o problema tende a ser mais grave nas áreas urbanas, são analisados os dados do Brasil como um todo e da cidade de São Paulo. As principais vítimas são os adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, em idade produtiva, que representam mais da metade das mortes. Na análise dos dados para a Capital paulista observa-se que essas taxas são maiores entre as populações de mais baixa renda. Ao final, o artigo mostra as ações que o País vem adotando para minimizar o problema, como a recente aprovação da lei do desarmamento, as atividades desenvolvidas por algumas organizações não governamentais e as iniciativas da área da saúde pública, realizadas pelos governos federal, estadual e municipal.

Para acessar o artigo basta clicar: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5308a1.htm

Livro de Métodos do IAL

Está em fase final de revisão e diagramação a quarta edição do "Livro de Métodos Analíticos do Instituto Adolfo Lutz". A obra é, desde sua primeira edição, em 1951, o manual oficial de metodologia analítica seguido por todos os laboratórios públicos estaduais de São Paulo, posteriormente também adotado por praticamente todos os outros estados do Brasil. A nova edição, além de ter sido solicitada pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para padronização de metodologia nos laboratórios oficiais, atende uma demanda dos laboratórios privados e universidades, que sempre requisitam o livro. A Organização Panamericana de Saúde (Opas) aguarda a publicação da obra para traduzí-la para o espanhol e, em seguida, distribuí-la na RILAA Rede Interamericana de Laboratórios de Análise de Alimentos.

Conferência Eletrônica sobre Doenças Infecciosas

Desde de 1997, o Brasil integra a conferência eletrônica Programa Global para Monitorar Doenças Infecciosas Emergentes (ProMED-Mail), por meio da qual cientistas, pesquisadores, epidemiologistas e quaisquer outros profissionais de saúde coletiva de todo mundo trocam informações sobre doenças infecciosas emergentes e reemergentes de humanos, animais e plantas. Iniciativa da *International Society for Infectious Diseases (ISID)*, organização médica sem fins lucrativos, com sede nos Estados Unidos o ProMED-Mail está disponível também em português, por meio do ProMED-Port. A lista, que opera desde fevereiro de 1997 e conta, atualmente, com mais 1.100 assinantes em 52 países, é coordenada por Jack Woodall, do ICB/Departamento de Bioquímica Médica, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e Luiz Jacintho da Silva, superintendente da Sucen. Entre os assinantes do ProMED-Port estão 261 brasileiros, 481 norte-americanos, 70 espanhóis, 22 portugueses e 10 moçambicanos. Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Japão, Taiwan e Vietnã, entre outros países, também integram a lista. Para integrar o ProMED-Port basta enviar um e-mail para port@promedmail.org.

Informações sobre a Campanha de Vacinação do Idoso 2004 disponíveis no site do CVE

Entre os dias 17 e 30 de abril acontece a Campanha de Vacinação do Idoso. O documento detalhando aspectos técnico-operacionais da campanha que imunizará contra o vírus influenza pessoas com 60 ano ou mais já está no site www.cve.saude.sp.gov.br.

Disponível para consulta e impressão, o Informe Técnico contém informações como situação epidemiológica, vacinas e pesquisas realizadas sobre a adesão às campanhas nos anos anteriores. Durante a campanha, além da imunização contra o vírus influenza, serão oferecidas vacinas para difteria e tétano. Grupos considerados de risco elevado também receberão a vacina contra o pneumococo.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

CASOS, INCIDÊNCIA*, ÓBITOS E LETALIDADE DE TÉTANO ACIDENTAL NO PERÍODO DE 1986 - 2003 - ESTADO DE SÃO PAULO**

ANO	NÚMERO DE CASOS	COEF. DE INCIDÊNCIA	NÚMERO DE ÓBITOS	LETALIDADE %
1986	132	0,47	46	34,8
1987	160	0,55	71	44,4
1988	154	0,52	67	43,5
1989	133	0,44	59	44,4
1990	133	0,43	48	36,1
1991	114	0,36	31	27,2
1992	111	0,35	49	44,1
1993	109	0,34	41	37,6
1994	114	0,35	39	34,2
1995	105	0,31	32	30,5
1996	88	0,26	32	36,4
1997	72	0,21	31	43,1
1998	57	0,16	26	45,6
1999	66	0,18	22	33,3
2000	32	0,09	12	37,5
2001	47	0,12	16	34
2002**	41	0,11	14	34,1
2003**	25	0,06	11	44

* Por 100000 habitantes

** Dados provisórios até 21/01/04

Fonte: Divisão de Zoonoses/CVE

ÓBITOS NOTIFICADOS DE INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS SEGUNDO DIR E ANO ESTADO DE SÃO PAULO, 1998 a 2003.

DIR	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
V - OSASCO	0	0	0	0	1	0	1
X - BAURU	0	0	0	0	1	0	1
XII - CAMPINAS	0	0	0	1	1	0	2
XV - PIRACICABA	0	0	0	0	0	2	2
XVI - P.PRUDENTE	1	1	1	1	2	1	7
XVII - REGISTRO	12	3	5	1	0	1	22
XXI - S.J.CAMPOS	0	0	0	0	1	0	1
XXII - S.J.RIO PRETO	0	0	1	0	0	0	1
XXIII - SOROCABA	1	1	2	3	1	1	9
TOTAL	14	5	9	6	7	5	46

Fonte: SINAN/CVE - dados provisórios