

Panorama da doença de Chagas no Brasil

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEIDT/SVS)*

Sumário

1

8

13

Contextualização

Em 14 de abril de 1909, Carlos Chagas, ao identificar protozoário (*Trypanosoma cruzi*) no sangue de uma criança na cidade de Lassance/ MG, anunciou a descoberta da nova doença, transmitida pela picada de um inseto (barbeiro)¹. E após mais de um século, durante a 72ª Assembleia Mundial da Saúde (2019), instituiu-se o dia 14 de abril como Dia Mundial de doença de Chagas, objetivando marcar as ações de conscientização desta enfermidade silenciosa e promover o acesso universal como direito².

A doença de Chagas (DC) é uma condição crônica e endêmica em 21 países das Américas, afetando aproximadamente 6 milhões de pessoas, com incidência anual de 30 mil casos novos na região, ocasionando em média, 14.000 mortes por ano e 8.000 recém-nascidos infectados durante a gestação. Estima-se que cerca de 70 milhões de pessoas vivem em áreas de exposição e correm o risco de contrair a doença³.

No Brasil, as ações de controle químico vetorial realizadas intensivamente partir de 1975, somadas à intensa vigilância na triagem de candidatos à doação de sangue, tecidos e órgãos, reduziram substancialmente o número de casos da DC na fase aguda. A partir da década de 1990 na região Norte do país, área anteriormente considerada indene, a DC em fase aguda assume importância em saúde pública, com expressão nacional, em virtude da identificação da transmissão oral⁴⁻⁶, que desencadeou a retomada da notificação obrigatória de casos agudos no ano de 2005⁷.

Estima-se, no cenário epidemiológico atual, que os casos de transmissão vetorial e transfusional, ocorridos no século XX e início do XXI, tenham resultado em uma coorte de milhões de pessoas infectadas por *Trypanosoma cruzi* nas diferentes regiões^{3,6,8}. Apesar da inexistência de dados dos casos crônicos da doença, em estudo de revisão sistemática e metanálise, estimou-se uma prevalência de 4,6 milhões de pessoas portadoras de *T. cruzi* no Brasil⁹. Além disso, para a via vertical, responsável pela manutenção da transmissão da infecção, estimou-se uma prevalência de infecção em gestantes de 1,1% e uma média de 589 crianças nascendo

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svsv@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

Versão 1

27 de novembro de 2019

■ Apresentação

O Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) inaugura nova fase de divulgação dos temas relacionados ao trabalho da Secretaria. Agora, uma vez por semana traremos os dados atualizados de um ou mais agravos ou doenças em uma única edição, além de orientações, artigos e informes gerais, com o objetivo de traçar um panorama claro da vigilância no Brasil que possa ser útil aos profissionais de saúde, gestores e população em geral.

A SVS/MS assume assim o compromisso formal de manter a transparência ativa de acordo com os ditames da Lei de Acesso à Informação 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas.

Por essa razão, este boletim passa a ser o principal canal de comunicação com o público da SVS/MS e com todos que tenham interesse nos temas relacionados ao nosso trabalho. Esperamos, com isso, concentrar informações estratégicas para o campo da saúde em uma única fonte oficial.

Esperamos que o Boletim Epidemiológico da SVS/MS venha atender às necessidades informativas de todos que venham consultar as suas páginas.

Boa leitura!

Editores responsáveis:

Wanderson Kleber de Oliveira, Daniela Buosi Rohlf, Eduardo Macário, Júlio Henrique Rosa Croda, Gerson Pereira, Sonia Brito (SVS)

Produção:

Alexandre Magno de Aguiar Amorim, Fábio de Lima Marques, Flávio Trevellin Forini (GAB/SVS)

Projeto gráfico:

Fred Lobo, Sabrina Lopes (GAB/SVS)

Diagramação:

Fernanda Almeida (GAB/SVS)

com infecção congênita (taxa de transmissão de 1,7%) em 2010⁸. Esta estimativa assemelha-se à realizada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), de 571 casos ao ano de infecção congênita no Brasil¹⁰.

Tanto a fase aguda como crônica da doença detêm importância epidemiológica, cuja magnitude demanda esforços para articulação das ações de vigilância em saúde, com envolvimento multissetorial, principalmente quanto a participação efetiva da rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS)^{3,6}, considerando que menos de 1% das pessoas estimadas na fase crônica indeterminada são tratadas.

O Ministério da Saúde vem construído ao longo de 2019 uma ampla agenda de investimento na Doença de Chagas, e em julho deste ano, o Ministério da Saúde anunciou o lançamento de uma chamada pública de pesquisa no valor de R\$ 24 milhões para doenças transmissíveis e negligenciadas para fomentar melhorias nos esquemas terapêuticos das principais doenças tropicais em circulação no Brasil, como tuberculose, leishmaniose e zika, além da doença de Chagas. Os projetos terão duração de 36 meses, sendo que o apoio financeiro do Ministério da Saúde pode variar entre R\$ 500 mil e R\$ 2 milhões para projetos apresentados por instituições brasileiras.

Outra iniciativa financiada pelo Ministério da Saúde é o projeto piloto IntegraChagas Brasil, no valor aproximado de R\$ 6 milhões, coordenado pela Fiocruz e que objetiva ampliar o acesso, a detecção e tratamento da doença de Chagas no âmbito da atenção primária integrada à vigilância em saúde, a ser realizado em seis

municípios dos seguintes estados: Bahia, Goiás, Minas Gerais, Pará e Pernambuco.

A pedido do Brasil, a Doença de Chagas será estudada no cenário internacional, com apoio da instituição Unitaid, parceira da Organização Mundial da Saúde (OMS) na busca por soluções inovadoras no diagnóstico e tratamento de doenças. Nesta segunda-feira (25), o Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, e os diretores da Unitaid, Lélío Marmora e Maurício Cysne, anunciaram o lançamento do edital para financiar pesquisas em doença de Chagas, que recebe propostas até dia 27 de fevereiro no valor de US\$ 15 milhões, durante quatro anos. Poderão participar pesquisadores brasileiros e estrangeiros.

Situação Epidemiológica de doença de Chagas no Brasil

Em 2018, foram notificados 4.685 indivíduos suspeitos com doença de Chagas em fase aguda (DCA), e destes, 380 foram confirmados (8,1%). A região Norte registrou a maior proporção de casos do país (92,1%), com uma incidência de 1,93 casos/100 mil habitantes. Ocorreram três óbitos pela doença, dois no estado do Pará, e um em Tocantins, com letalidade de 0,69% e 0,16% respectivamente. Os casos foram registrados em residentes de 66 municípios do território brasileiro, sendo que 76,3% residiam do estado do Pará. A maioria dos casos ocorreu em indivíduos do sexo masculino e média de idade de 32,9 anos. Quanto a forma de transmissão, a via oral continua sendo mais frequente (Figura 1).

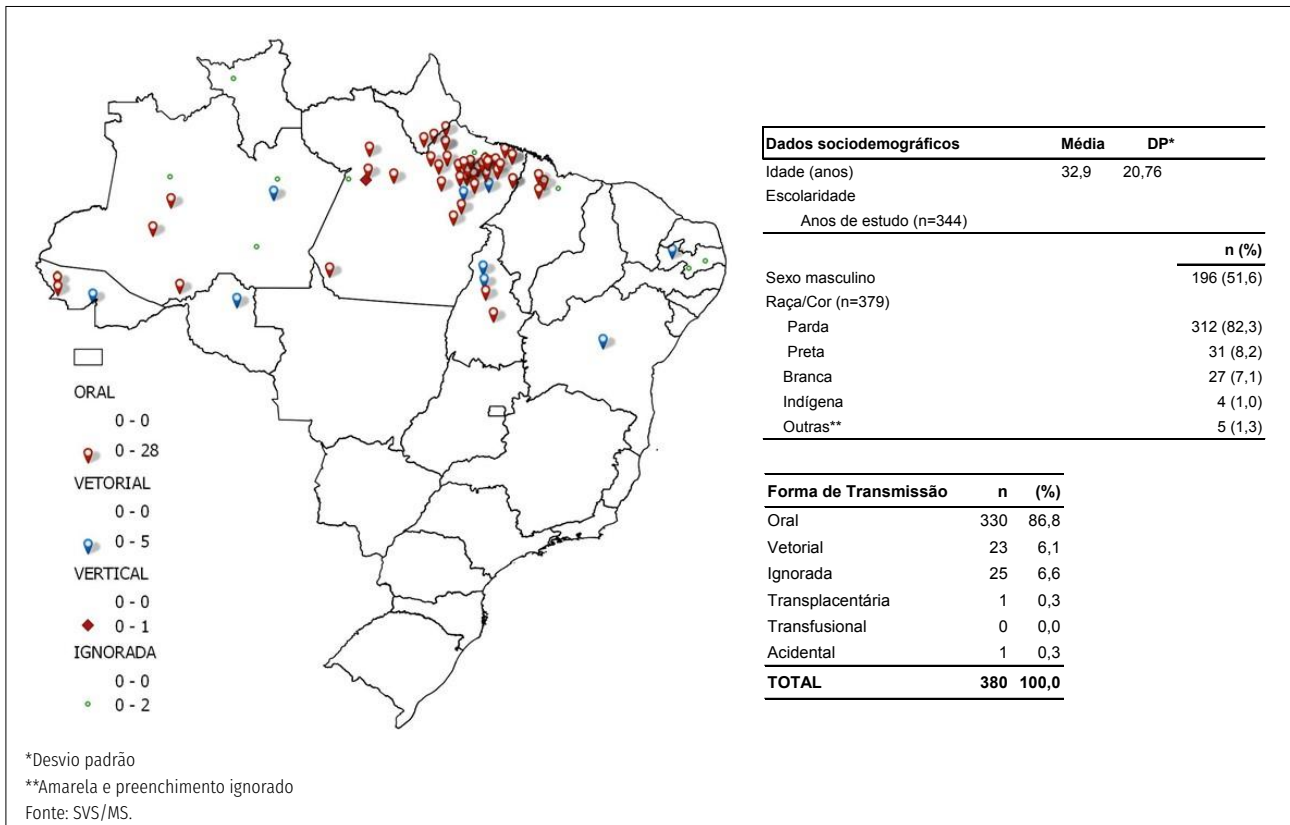


FIGURA 1 Localização geográfica e descrição sociodemográfica de casos de doença de Chagas aguda, por município de infecção e forma provável de transmissão, Brasil, 2018

Os casos crônicos não são de notificação compulsória nacionalmente¹, contudo, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) demonstram a alta carga da DC crônica, com 4.543 óbitos com causa básica, DC, registrados em 2017, sendo uma das quatro maiores causas de mortes por doenças infecciosas e parasitárias no país. O coeficiente de mortalidade do país foi de 2,2 óbitos/100 mil habitantes, sendo que os maiores coeficientes foram entre residentes de Goiás seguido do Distrito Federal (Tabela 1), com a maior proporção em indivíduos do sexo masculino 53,3%, e na faixa etária acima de 60 anos com 79,1%.

Destaca-se o impacto da doença em função dos anos potenciais de vida perdidos com incapacidades (DALYs), como no estudo da carga de cardiomiopatia chagásica no Brasil no período de 2000 a 2010, onde estimou-se um total de 7.402.559 DALY, sendo 674.645 (9%) devido aos anos de vida perdidos (Years of life lost) e 6.727.914 (91%) a anos de vida com incapacidade (Years lived with disability). A DC é uma das condições parasitárias com maior carga de doença no país¹¹. Globalmente, o DALY estimado para DC em um ano é de 29.385.250 anos potenciais de vida perdidos com incapacidades¹².

TABELA 1 Coeficiente de mortalidade tendo como causa básica doença de Chagas, segundo Unidade Federada de residência. Brasil, 2017

UF de residência	2017	
	nº óbitos	CM*
Rondônia	20	1,11
Acre	2	0,24
Amazonas	2	0,05
Roraima	1	0,19
Pará	21	0,25
Amapá	3	0,38
Tocantins	62	4,00
Maranhão	6	0,09
Piauí	50	1,55
Ceará	53	0,59
Rio Grande do Norte	16	0,46
Paraíba	30	0,75
Pernambuco	111	1,17
Alagoas	98	2,90
Sergipe	17	0,74
Bahia	603	3,93
Minas Gerais	1062	5,03
Espírito Santo	4	0,10
Rio de Janeiro	26	0,16
São Paulo	985	2,18
Paraná	169	1,49
Santa Catarina	4	0,06
Rio Grande do Sul	31	0,27
Mato Grosso do Sul	46	1,70
Mato Grosso	61	1,82
Goiás	840	12,39
Distrito Federal	220	7,24
Total	4543	2,19

*Unidade Federada de residência

**Coeficiente de mortalidade

¹Algumas Unidades Federadas lançaram portarias estaduais incluindo a doença de Chagas crônica como de notificação compulsória: Goiás, Minas Gerais e Rio Grande do Norte. Outros estados iniciaram discussão para inclusão em 2019: Pernambuco e Bahia.

Desafios e perspectivas

O declínio substancial na incidência e prevalência da infecção foi observado nas últimas décadas, sendo este progresso atribuído principalmente às melhorias na qualidade de vida das populações, os progressos alcançados pelos países nos programas de controle vetoriais, intensificação da triagem e detecção em bancos de sangue, e melhoria dos cuidados médicos e assistenciais para gerenciar a morbimortalidade em alguns países. Entretanto, a baixa visibilidade na sociedade, a não priorização do seu enfrentamento e da atenção às pessoas acometidas ainda é uma realidade em países endêmicos.

Permanecem enormes desafios envolvidos na identificação de indivíduos com DC, com a necessidade de que as ações de vigilância em saúde sejam ampliadas para além dos casos agudos, incorporando à rede de atenção à saúde, o acesso ao diagnóstico e tratamento dos casos identificados na fase crônica. A triagem pré-natal é uma dessas estratégias, e visa o monitoramento da transmissão materno-fetal, possibilitando a detecção e tratamento oportuno ao neonato.

Em 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou a iniciativa ETMI-PLUS¹³, com o objetivo de eliminar a transmissão materno-infantil da infecção por HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas. Dentre os objetivos programáticos da iniciativa para doença de Chagas estão: a) aumentar a cobertura das provas de detecção em recém-nascidos de mães soropositivas; b) aumentar a cobertura do tratamento de recém-nascidos de mães soropositivas e c) aumentar a cobertura do tratamento das mães soropositivas, todos eles acima de 90%.

O Brasil, como um dos principais países endêmicos, traz consigo a responsabilidade de gerar evidências a partir de pesquisas básicas e aplicadas, bem como de liderar iniciativas para controle e prevenção, baseadas em um sistema nacional de vigilância ajustado às novas realidades epidemiológicas, sociais, econômicas e ambientais. Dentre estas iniciativas, destaca-se o edital recentemente publicado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e pelo Ministério da Saúde (MS), por seu Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE/MS), que lançaram chamadas para pesquisas em doenças negligenciadas incluindo a doença de Chagas.

Outra iniciativa é o projeto piloto financiado pelo Ministério da Saúde: IntegraChagas Brasil, coordenado pela Fiocruz e que objetiva ampliar o acesso, a detecção e tratamento da doença de Chagas no âmbito da atenção primária integrada à vigilância em saúde, a ser realizado em seis municípios dos seguintes estados: Bahia, Goiás, Minas Gerais, Pará e Pernambuco.

Internacionalmente, cabe ressaltar também a ampliação do escopo e abrangência de estudos com esse mesmo propósito para as Américas. Nesse sentido, a Unitaid, organização global que investe em inovações para prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças como o HIV/Aids, tuberculose e malária, ampliou seu escopo de atuação com a inclusão da doença de Chagas. Nesse contexto, foi realizada reunião com Ministério da Saúde para apresentação de edital de pesquisa para doença de Chagas, desenhado para o desenvolvimento de novas tecnologias para tratamento e diagnóstico da doença de Chagas, a fim de ampliar o acesso e a detecção oportuna, principalmente em mulheres em idade fértil e em recém-nascidos. Será um dos maiores investimentos mundiais com esse propósito, e no Brasil um marco na busca da eliminação da transmissão materno-infantil.

Referências

1. Simone Petraglia Kropf, Aline Lopes de Lacerda. Carlos Chagas: um cientista do Brasil. Fiocruz.
2. WHO | World Chagas Disease Day: raising awareness of neglected tropical diseases. WHO. http://www.who.int/neglected_diseases/news/world-Chagas-day-approved/en/. Accessed November 25, 2019.
3. PAHO | Chagas disease. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=10&Itemid=40743&lang=en. Accessed November 21, 2019.
4. Guia-Vigilância-Saude-volume-unico-3ed.pdf. <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>. Accessed November 14, 2019.
5. Boletim Epidemiológico_V 46_n 21_2015_Série_Histórica.pdf.
6. Carlos Pinto Dias J, Del Grande Cláudio L, Maia Lima M, et al. Mudanças no paradigma da conduta clínica e terapêutica da doença de Chagas: avanços e perspectivas na busca da integralidade da saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(21):1-10. doi:10.5123/S1679-49742016000500003
7. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0993_04_09_2000.html. Accessed November 22, 2019.

8. Martins-Melo FR, Lima M da S, Ramos AN, Alencar CH, Heukelbach J. Systematic review: Prevalence of Chagas disease in pregnant women and congenital transmission of *Trypanosoma cruzi* in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2014;19(8):943-957. doi:10.1111/tmi.12328
9. Martins-Melo FR, Ramos AN, Alencar CH, Heukelbach J. Prevalence of Chagas disease in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *Acta Tropica*. 2014;130:167-174. doi:10.1016/j.actatropica.2013.10.002
10. Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire. <https://www.who.int/wer/2015/wer9006.pdf?ua=1>. <https://www.who.int/wer/2015/wer9006.pdf?ua=1>. Accessed November 22, 2019.
11. Nóbrega AA da. Carga de doença associada à cardiomiopatia chagásica no Brasil. August 2014. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/18466>. Accessed November 25, 2019.
12. Lee BY, Bacon KM, Bottazzi ME, Hotez PJ. Global economic burden of Chagas disease: a computational simulation model. *The Lancet Infectious Diseases*. 2013;13(4):342-348. doi:10.1016/S1473-3099(13)70002-1
13. EMTCT PLUS Framework for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34306/PAHOCHA17009-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Accessed November 22, 2019.

***Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEIDT/SVS):** Mayara Maia Lima, Swamy Lima Palmeira, Veruska Maia da Costa, André Peres Barbosa de Castro, Francisco Edilson Ferreira de Lima Júnior, Marcelo Yoshito Wada, Júlio Henrique Rosa Croda.

Vigilância em Saúde: monitoramento das manchas de óleo no litoral brasileiro

Coordenação Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS)*

Governança

Atuação do Grupo de Acompanhamento e Avaliação (Marinha do Brasil)

Desde o início de setembro, o Brasil está unido no combate ao evento ocorrido no litoral do nosso País. Inédito na história brasileira, pela extensão geográfica e pela duração no tempo, as consequências desse desastre atingiu cerca de 2.250 quilômetros de extensão das costas brasileiras.

Como previsto no Plano Nacional de Contingência para a gestão de ações de resposta e elucidação dos fatos, o Grupo de Acompanhamento e Avaliação (GAA), formado pela Marinha do Brasil (MB), Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis e Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), vem realizando um trabalho incessante de monitoramento do litoral e limpeza das praias desde a primeira aparição de manchas de óleo.

O GAA atua em coordenação com o Exército Brasileiro (EB), Força Aérea Brasileira (FAB), Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMbio), Polícia Federal, Petrobras, Defesa Civil, assim como, diversas instituições e agências federais, estaduais e municipais, além de empresas e universidades.

No gerenciamento dos incidentes de poluição, o IBAMA, além de fazer a identificação de áreas sensíveis, tem monitorado as praias e coordenado os trabalhos de limpeza das prefeituras, dos órgãos estaduais de meio ambiente, além de atuar no planejamento operacional e estratégico, emitindo relatórios diários.

No primeiro momento, os fragmentos oleosos recolhidos são acondicionados em recipientes apropriados, evitando a contaminação do solo e subsolo. Além disso, encontra-se em elaboração uma Instrução Normativa para possibilitar o registro expedito de produtos remediadores que possam ser utilizados para

descontaminação e limpeza das áreas, em consonância com a Resolução do Conama nº 463, de 2014.

O IBAMA tem atuado na articulação com os estados para a destinação final dos resíduos. Até o momento, colaborando com as ações do GAA, as fábricas de cimento Votorantim, em Sergipe e Ceará; Apodi, no Ceará; Intercement e CTR, na Bahia; e Mizu, no Rio Grande do Norte, estão recebendo os resíduos de óleo recolhidos nas regiões atingidas para destinação final do material. Os estados de AL, BA, CE, PB, PE, PI, RN e SE estão com a destinação final dos resíduos oleosos direcionada a fábricas de cimento ou aterro sanitário, ambientalmente adequados (classe I).

O IBAMA disponibilizou o hotsite <https://www.ibama.gov.br/manchasdeoleo> para prover ao público informações atualizadas sobre as ações de combate ao óleo que atinge o litoral brasileiro. No site é possível obter dados sobre as localidades oleadas, orientações sobre cuidados e a forma segura para manipulação dos resíduos com petróleo, bem como da fauna atingida.

Outra frente de ação adotada pelo GAA, com o propósito de possibilitar a integração dos pesquisadores e grupos atuantes nas regiões afetadas pelo óleo, foi a criação de uma Coordenação Científica, sob a orientação do Instituto de Estudos do Mar Almirante Paulo Moreira (IEAPM). Como primeira medida, foram organizados sete Grupos de Trabalho (GT): GT1 - Modelagem Numérica e Sensoriamento Remoto; GT2 - Avaliação de Fatores Bióticos e Abióticos; GT3 - Avaliação de Impactos Socioeconômicos; GT4 - Áreas Protegidas; GT5 - Praias; GT6 - Mangues; e GT7 - Recifes.

Estes GTs congregam mais de 100 pesquisadores e cientistas de Universidades e Institutos de Pesquisas Nacionais, notadamente da região nordeste. O escopo das ações compreende estudos que promovem ações de curto, médio e longo prazo. As ações dos GT estão sendo desenvolvidas conforme as necessidades de respostas ao incidente de óleo. Por exemplo, O GT1 está atuando na previsão do volume derramado e no

deslocamento de manchas de óleo no mar, contando com a campanha oceanográfica realizada pelo Navio de Pesquisa Hidroceanográfico “Vital de Oliveira” para validação das hipóteses estudadas. Os demais GTs estão trabalhando no planejamento e monitoramento dos impactos socioeconômicos e ambientais sofridos pelas regiões afetadas.



Os recursos humanos e materiais dos órgãos federais, estaduais e municipais, envolvidos nessa operação, permanecem atuando, juntamente com entidades científicas, empresas e voluntários, no restabelecimento das condições de limpeza do litoral brasileiro.

Até o momento, atuaram nessa operação 5.746 militares da MB; 37 navios, sendo 33 da MB e 4 da Petrobras; 22 aeronaves, sendo 11 da MB, 6 da FAB, 3 do Ibama e 2 da Petrobras; além de 5.000 militares e 140 viaturas do EB; 74 servidores do IBAMA; 55 do ICMBio; 3.873 da Defesa Civil; e 440 funcionários da Petrobras.

O GAA continuará atuando, o tempo que for preciso, sem medir esforços, tanto para a identificação da origem como na redução dos impactos ambientais.

Para maiores informações sobre as ações ocorridas e em andamento no âmbito do GAA, **acesse:** <https://www.marinha.mil.br/manchasdeoleo>

Caso aviste óleo nas praias, disque 185.

Mar limpo é vida!

MAPA

O Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa) adotou medidas para monitorar o pescado proveniente da área do litoral nordestino afetada pelo vazamento de óleo. No primeiro momento, foram coletadas 20 amostras de pescados recebido nos estabelecimentos registrados no Serviço de Inspeção Federal (SIF) e analisadas pelo Laboratório de Estudos Marinhos e Ambientais (LabMAM) da PUC-RJ, por solicitação do Mapa.

Os resultados mostraram níveis baixos de Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos (HPA) - indicadores para, entre outros, contaminação por derivados de petróleo. Os valores de HPAs encontrados em todas as amostras testadas estão abaixo dos níveis de preocupação definidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), não representando, até o momento, riscos para o consumo humano. Ao todo, 37 compostos de HPAs foram avaliados.

Os exames foram realizados em amostras de peixes (Ariacô, Budião, Dourado, Garoupa, Pargo e Saramonete), lagostas (Verde e Vermelha) e camarões (Rosa e Sete Barbas) coletadas em estabelecimentos sob Inspeção Federal nos estados da Bahia, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte.

O Mapa informa ainda que aguarda os resultados de outras 48 amostras coletadas nos SIFs, analisadas pelo Laboratório Federal de Defesa Agropecuária de Santa Catarina (LFDA-SC) e, que estão em andamento coletas de moluscos bivalves de cultivo e capturados na natureza (sururus, berbigões, amêijoas, lambretas, sernambis, mexilhões, ostras etc) e camarões de cultivo localizados na área afetada para teste de HPAs. Os resultados das análises serão divulgados pelo Mapa tão logo obtidos, no link www.agricultura.gov.br.

ANVISA

Desde o início do derramamento de óleo, a ANVISA integrou-se às instâncias de coordenação das ações desenvolvidas no âmbito do governo federal. No que se refere aos riscos à saúde, houve uma grande ênfase em atividades de monitoramento com o intuito de avaliar o impacto do acidente tanto na água do mar quanto no pescado destinado ao consumo.

A ANVISA participou ativamente na definição dos contaminantes que devem ser objeto de

monitoramento, a fim de avaliar o risco associado ao consumo dos pescados. Além disso, a Anvisa tem apoiado os órgãos de vigilância sanitária que solicitam auxílio na interpretação e avaliação dos resultados analíticos do monitoramento que está sendo realizado em seu estado.

Esta Agência construiu a Nota Técnica n. 27/2019/SEI/GGALI/DIRE2/ANVISA, elaborada pela Gerência Geral de Alimentos (GGALI), que define esses parâmetros e estabelece níveis de preocupação, a serem usados na interpretação dos resultados. Entende-se que essa Nota também pode oferecer subsídios para os esforços locais que complementam às iniciadas de âmbito federal.

Os parâmetros eleitos restringem-se aos Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos (HPA) que são citados como os mais relevantes pela literatura e por órgãos de controle que já enfrentaram incidentes similares ao ocorrido no litoral brasileiro. A ANVISA não considera relevante a avaliação de compostos aromáticos conhecidos por BTEX (benzeno, tolueno, etilbenzeno e xileno) e de metais pesados, pois os mesmos não são relatados na literatura científica como perigos a serem considerados no contexto avaliado.

Quanto às atividades de fiscalização, não há até o momento nenhuma ação coordenada em âmbito federal, pois, como dito anteriormente, as atividades estão focadas na produção de dados para avaliação de risco.

Dessa forma, visando subsidiar as ações de vigilância sanitária, a Gerência de Inspeção e Fiscalização Sanitária de Alimentos construiu a Nota Técnica NOTA TÉCNICA Nº 56/2019/SEI/GIALI/GGFIS/DIRE4/ANVISA, a qual apresenta um panorama das competências da vigilância sanitária em relação à fiscalização de pescados, ao enquadramento sanitário relativo aos produtos contaminados e às medidas que podem ser adotadas, com base na Lei n. 6.437/1977, no Decreto Lei n. 986/1969 e em regulamentos da Anvisa.

É importante ressaltar que esse documento é orientativo, devendo ser interpretado conjuntamente com os Códigos Sanitários locais. Além disso, destaca-se que cabe primariamente aos órgãos locais a escolha da medida sanitária a ser adotada, considerando as peculiaridades de cada situação, de forma proporcional à finalidade legal a ser atingida.

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e Urgência da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde – DAHU/SAES

O DAHU/SAES compõe a equipe do Centro de Operações de Emergência - COE Petróleo, desde a sua instalação em 29 de outubro de 2019, com o intuito de fortalecimento da rede de atenção à saúde para a resposta oportuna quanto ao atendimento dos casos de intoxicação pela exposição ao petróleo e o cuidado das populações expostas.

Vale ressaltar que a rede de atenção à saúde deve estar organizada para ofertar o atendimento adequado e oportuno dos pacientes, com a necessidade de elaboração de fluxos e protocolos para o atendimento dos casos, bem como, atentarem-se aos possíveis casos graves.

Tendo em vista a possibilidade de atendimento dos casos de intoxicação na rede de Urgência e Emergência, portas Hospitalares e Especialidades Médicas da rede privada de saúde, foi realizado contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para alinhamento das ações de fluxo de informação entre a rede privada e a rede pública de saúde nos estados atingidos/afetados.

Sendo assim, ficou estabelecido que cada uma das partes DAHU/SAES e ANS respectivamente, enviaria uma nota técnica aos profissionais de saúde do SUS e um documento técnico às prestadoras de operadoras de serviços de saúde privados, no que compete:

1. Alerta aos profissionais de saúde das Operadoras Privadas de Saúde sobre os possíveis casos de intoxicação exógena provenientes da exposição ao petróleo; sinais e sintomas;
2. Orientação sobre a Notificação dos casos no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN);
3. Recomendação de fluxo de informação dos casos às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
4. Necessidade das Secretarias Estaduais e Municipais pactuarem e estabelecerem um fluxo de informação de casos atendidos nos serviços privados de saúde;
5. Organização da rede de Atenção à Saúde para atendimento dos casos de intoxicação por exposição ao petróleo e seus componentes;
6. Sensibilização dos profissionais para os sinais e sintomas.

Neste contexto, sendo o atendimento dos casos pelas portas de entrada da Urgência e Emergência (UPA 24) e portas Hospitalares Públicas e Privadas, os profissionais de saúde devem estar atentos ao surgimento de sinais e sintomas e à notificação dos casos no SINAN, conforme determina a Portaria de Consolidação nº 4/2017, a partir da utilização do CID T520 - Efeito tóxico de derivados do petróleo, de acordo com orientações do Boletim Epidemiológico nº 33.

As consequências, riscos e implicações à saúde vão depender do período e da intensidade com que os indivíduos foram expostos ao petróleo cru e/ou seus componentes. Abaixo estão listados os possíveis sinais e sintomas que os profissionais de saúde devem observar nos pacientes expostos:

- **Sistema cardiovascular:** alterações cardíacas e dor no peito
- **Sistema respiratório:** falta de ar, irritação da garganta e tosse
- **Sistema nervoso:** ansiedade, cansaço, dor de cabeça, dormência, euforia, formigamento, tontura e sonolência
- **Sistema sensorial:** irritação ocular
- **Sistema digestório:** diarreia, dor abdominal, náuseas, vômitos
- **Sistema tegumentar:** irritação da pele e hipertermia

Importante ressaltar sobre a necessidade de observar possíveis manifestações de impactos psicossociais da população exposta, bem como, o encaminhamento para a rede de atenção à saúde municipal para o atendimento psicossocial ou em saúde mental para seguimento do acompanhamento dos pacientes.

Ações do Ministério da Saúde

- 17/10 – Publicação de Boletim Epidemiológico nº29, com orientações para população e serviços de saúde;
- 17/10 – Apoio na elaboração de folder para a população, em parceria com o Cenad;
- 23/10 – GAA solicita, por ofício, indicação de representante do MS para reunião no GAA/Salvador;
- 23/10 – Contato com todos os estados afetados – Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Centros de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde – CIEVS Estaduais;
- 25/10 – Participação em reunião no Centro Nacional de Desastres – Cenad/MDR;
- 29/10 – Acionamento do Centro de Operações de Emergência – COE Petróleo, com participação de SVS, que o coordena, SAPS, SAES, Anvisa, Fiocruz e Funasa;
- 30/10 – Videoconferência com todos os estados;
- 30/10 – Reunião de alinhamento do Grupo de Apoio e Acompanhamento/GAA/PNC;
- 31/10 – Publicação de Boletim Epidemiológico nº32;
- 01/11 – Reunião do Comitê de Suporte/GAA/PNC;
- 04/11 – Envio de equipe de resposta rápida ao estado de Pernambuco;
- 05/11 – Videoconferência com representantes da Fiocruz (RJ, PE, BA e CE);
- 06/11 – Publicação de Boletim Epidemiológico nº33;
- 07/11 – Reunião dos representantes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST com representante do Ministério da Saúde, realizado durante o VII Encontro Macrorregional Nordeste em Saúde em São Luís/MA;
- 07/11 – Reunião com representantes da Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológicas – ABRACIT e Centros de Assistência Toxicológicas – CEATOX dos estados afetados do Nordeste, de Campinas e de Santa Catarina;
- 07/11 – Participação na Audiência Pública na Câmara de Deputados;
- 08/11 – Pauta do Petróleo no Comitê de Monitoramento de Evento - CME com a presença do Secretário Nacional de Defesa Civil;
- 08/11 – Videoconferência com Secretarias Estaduais de Saúde da região Nordeste, com a participação do Secretário Nacional da Defesa Civil;
- 08/11 – Reunião de trabalho do Comitê de Suporte/ Grupo Acompanhamento e Avaliação- GAA/PNC no CENAD com a participação da Petrobrás, IBAMA, Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTIC;
- Monitoramento das ações de resposta coordenadas pelos órgãos de Defesa, Meio Ambiente e Defesa Civil;
- Discussão semanal do tema no Comitê de Monitoramento de Eventos – CME;
- 09/10 – Envio de nota técnica às Secretarias Estaduais de Saúde da Região Nordeste;
- 17/10 – Participação em reunião no Centro Nacional de Desastres – Cenad/MDR;

- 11/11 – Reunião com IBAMA, MAPA e MD e IEC;
- 12/11 – Videoconferência com IEC e IBAMA e Publicação de Boletim Epidemiológico nº34;
- 14/11 – Videoconferência com os estados acometidos, Reunião do Comitê de Suporte/GAA/PNC e Levantamento da capacidade laboratorial nacional;
- 18/11 – Videoconferência com IEC, ANVISA, Fiocruz, MAPA, IBAMA, ICMBio e MD.
- 21/11 – Reunião da DAHU/SAES, DAPES/SAPS, DSASTE/SVS
- 22/11 – Videoconferência com os estados.

Referências

1. Brasil. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Localidades atingidas; 2019. Disponível em <http://www.ibama.gov.br/manchasdeoleo-localidades-atingidas>. Data de acesso 05/11/2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: Monitoramento das manchas de óleo no litoral do Nordeste, nº33, volume 50, nov. 2019.

***Coordenação Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS):** Daniela Buosi, Marcus Quito, Rodrigo Frutuoso, Renato Alves, Thais Cavendish, Iara Ervilha, Karla Baêta, Barbara Salvi, Rodrigo Resende, Amarílis Bezerra, Trícia Anita da Mota, Rafael Buralli, Thais Dutra, Mariana Vitali, Telmo Melgares, Morgana Caraciolo, Camila Bonfim, Fernanda Queiroz, Luiz Belino, Lucas Ávila. ***Grupo de Acompanhamento e Avaliação (GAA):** Caroline Rezende Guerra. ***Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento (MAPA):** Marcos Eielson Pinheiro de Sa. ***Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):** Renata Zago. ***Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e Urgência da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde -DAHU/SAES:** Paula Maria Raia Eliazar.

▶ ARTIGO

A eliminação da transmissão vertical do HIV na cidade de São Paulo: uma conquista histórica

Foi com enorme satisfação e felicidade que recebemos a notícia do Sr. Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, de que São Paulo foi certificada como cidade que eliminou a transmissão vertical do HIV, ou seja, a transmissão da mãe que vive com o vírus para o bebê.

A capital paulista é agora a terceira cidade do país a conseguir essa certificação. Os outros dois municípios são Curitiba e Umuarama, ambos no Paraná, portanto, um seleto grupo o qual temos orgulho de nos juntar. Considerando a dimensão, de mais de 12 milhões de habitantes e cerca de 1.500 km² de extensão territorial, é bem provável que São Paulo seja a maior cidade do mundo a ter eliminado a transmissão vertical.

Reitero as palavras do Prefeito de São Paulo, Bruno Covas, ao afirmar que essa histórica conquista, de repercussão internacional, é resultado de uma série de políticas públicas que vem sendo adotadas na capital paulista e que foram mantidas e ampliadas na nossa gestão.

Tenho certeza que o trabalho conjunto da rede integrada de serviços municipais de saúde, os profissionais que se dedicam a essa questão na Secretaria da Saúde e nos territórios e, principalmente a expansão da Estratégia Saúde da Família, com destaque para a importância do trabalho das equipes dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), é de fundamental importância para este resultado.

E tudo isso é levado em conta pelo Ministério da Saúde para certificar os municípios. Critérios interdisciplinares como a qualidade dos programas e serviços de saúde, a vigilância epidemiológica, os laboratórios, o respeito aos direitos humanos e a igualdade de gênero e a participação da comunidade estão entre os itens avaliados.

É possível apontar uma série de avanços que a Secretaria Municipal da Saúde tem conquistado para o enfrentamento da transmissão vertical do HIV, mas também da sífilis e das hepatites virais, na cidade.

Em outubro desse ano, publicamos a portaria que estabelece a linha de cuidados do HIV e que trouxe algumas novidades, como o aumento de três para quatro o número de testes mínimos a serem realizados durante a gestação. Agora, os testes devem ser feitos na primeira consulta do pré-natal, segundo e terceiro trimestre e no parto.

Além dessa importante mudança, a pasta municipal de saúde da capital paulista mantém a Comissão de Normatização e Avaliação das Ações de Controle da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis do Município de São Paulo, que instituiu comitês regionais com o objetivo de monitorar e avaliar os casos de transmissão vertical. A ideia é identificar potenciais falhas e aperfeiçoar os fluxos de trabalho.

Ofertamos ainda para as mulheres que vivem com HIV a cabergolina, um medicamento que inibe a produção de leite. Para os bebês – e também os irmãos –, são ofertados kits de fórmula láctea até o primeiro ano de vida e depois o leite integral até os cinco anos.

Essas e outras iniciativas exitosas levaram a capital paulista atingir a marca de 0,05 novos casos de HIV em crianças por 1.000 nascidos vivos em 2017. No ano anterior, o índice foi de 0,03 e em 2015 de 0,05. Além disso, as proporções anuais entre crianças expostas e as vivendo com HIV foram: 2%, 1% e 2% em 2015, 2016 e 2017, respectivamente.

Os dados estão dentro dos critérios estabelecidos pelas organizações Pan-Americana e Mundial da Saúde para obter a certificação, como ter menos de 0,3 crianças infectadas pelo HIV a cada 1.000 nascidos vivos por ano (a chamada taxa de incidência) e que a proporção anual entre crianças infectadas pelo HIV e crianças expostas ao vírus acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) seja menor que 2%.

Ainda é exigido que, nos últimos dois anos, mais de 95% das gestantes tenham realizado pelo menos quatro consultas de pré-natal, que mais de 95% das grávidas tenham realizado pelo menos um teste de HIV, que pelo menos 95% das gestantes diagnosticadas com HIV estejam em uso de terapia antirretroviral (TARV) e que pelo menos 95% das crianças expostas ao HIV estejam em uso de TARV. Destaco que em São Paulo adotamos o mínimo de sete consultas no Pré-Natal.

Em razão destes esforços e dos bons resultados, candidatamos a cidade para a certificação. Na semana de 22 a 24 de outubro deste ano, a Comissão Nacional de Validação (CNV) da Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, do MS, esteve no município para realizar auditoria nas unidades de saúde, que incluíram hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços especializados em DST/Aids, laboratórios, bem como para analisar dados e documentos e ainda entrevistar gestores, profissionais da saúde, representantes da sociedade civil e usuários.

Não poderia terminar esse texto sem ressaltar o compromisso que a cidade de São Paulo tem para o fim da epidemia de HIV/Aids até 2030, proposto pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/

Aids (UNAIDS). Em julho do ano passado, o Prefeito Bruno Covas assinou a Declaração de Paris, mantendo a capital paulista como signatária da meta 90-90-90, que prevê que 90% das pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas, 90% destas em tratamento e 90% destas com carga viral indetectável (quantidade bem baixa de vírus no corpo).

Seguimos confiantes no trabalho em equipe com o objetivo de ampliar as estratégias de prevenção e assistência para toda a população paulistana. A certificação é uma conquista a ser mantida para que outras cidades se espelhem no exemplo de São Paulo.

Edson Aparecido dos Santos

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo