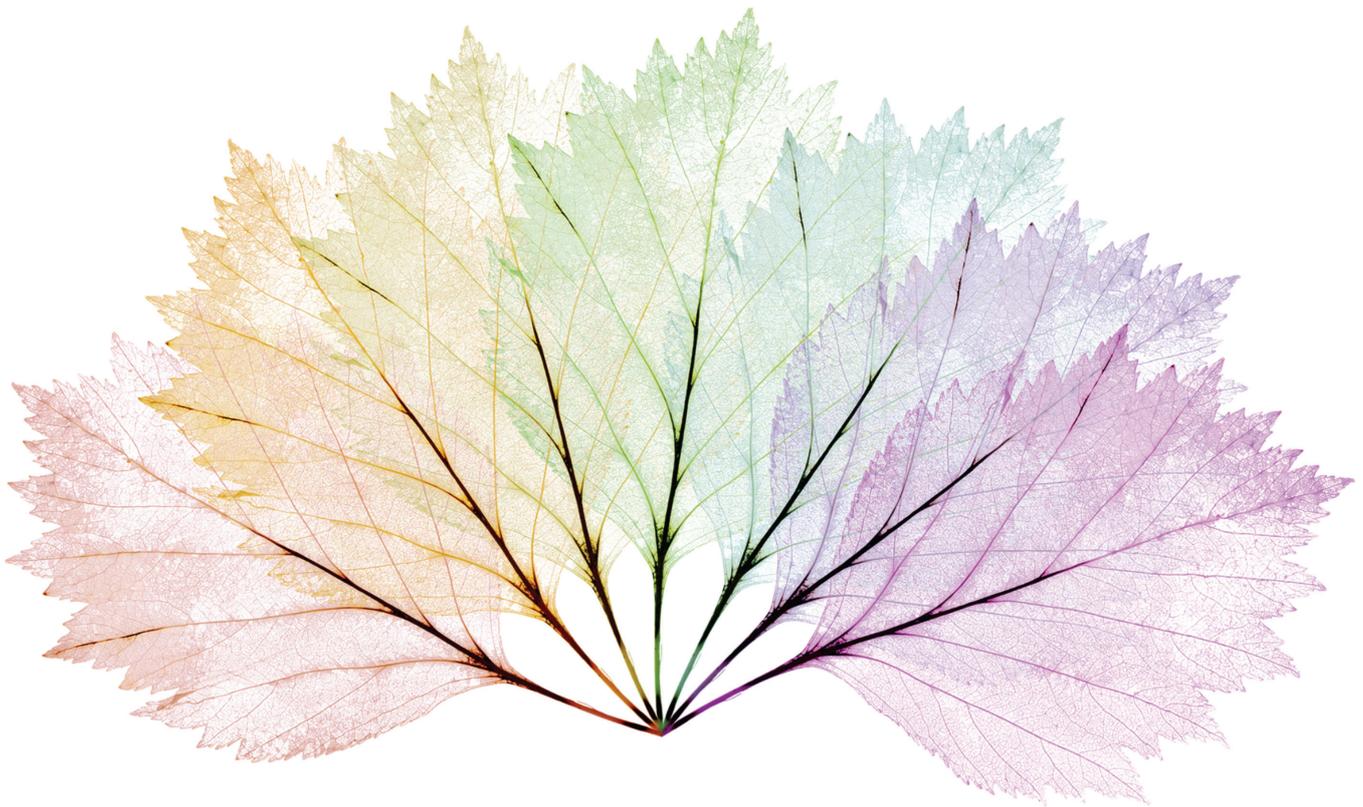


ISSN 1806 - 423 - X
ISSN 1806 - 4272 - online

BEPA

15 anos



Boletim Epidemiológico Paulista

Volume 16 número 189 setembro/2019

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

setembro de 2019

Volume 16 Nº 189

Nesta edição

Editorial - Lei Antifumo no estado de São Paulo	
<i>Editorial Smoke-free law in the state of São Paulo</i>	1
Consequências da crise 2013 – 2016 em serviços na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	
<i>Consequences of the 2013 – 2016 crisis in services at Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo</i>	3
A Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco	
<i>The WHO Framework Convention on the Tobacco Control</i>	19
Julho Amarelo: Ações de Intensificação da Testagem para Hepatite C no Estado de São Paulo	
<i>Yellow July: Hepatitis C Testing Intensification Actions in the State of São Paulo</i>	23
Vigilância Epidemiológica do Sarampo no Estado de São Paulo, Semanas Epidemiológicas de 01 a 38 2019	
<i>Epidemiological Surveillance of Measles in the State of São Paulo, Epidemiological Weeks 01 to 38 of 2019</i>	29
Redução de Códigos Garbage no SIM-Itatiba/SP após medidas de qualificação da Declaração de Óbito	
<i>Garbage Code Reduction in SIM-Itatiba SP after death declaration qualification measures</i>	35
Central/Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde	
<i>Central/Health Surveillance Strategic Information Center</i>	37
Associação de métodos para detecção de <i>Trypanosoma cruzi</i> em alimentos	
<i>Association of methods for Trypanosoma cruzi detection in food</i>	39
Instruções aos Autores	
<i>Author's Instructions</i>	41

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

Av. Dr Arnaldo, 351
1º andar – sala 124

CEP: 01246-000 – Pacaembu
São Paulo/SP – Brasil

Tel.: 55 11 3066-8823/8824/8825

E-mail: bepa@saude.sp.gov.br

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

<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou fim comercial.

Para republicação deste material, solicitar autorização dos editores.

Editor Geral: Paulo Rossi Menezes

Editor Executivo: Clelia Aranda

Editores Associados:

Marcos Boulos – Sucen/SES-SP
Laura Nogueira da Cruz – IAL/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP
Luciana Hardt – IP/CCD/SES-SP
Alexandre Gonçalves – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP
Regiane Cardoso de Paula – CVE/CCD/SES-SP

Comitê Editorial:

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP
Angela Tayra – CRT/Aids/CCD/SES-SP
Catia Martinez – CIEVS/CCD/SES-SP
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – IB/SES-SP
Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP
Juliana Galera Castilho – IP/CCD/SES-SP
Maria Bernadete de Paula Eduardo – CVE/CCD/SES-SP
Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP
Rubens Antônio da Silva – Sucen/SES-SP

Coordenação Editorial:

Kátia Rocini
Lilian Nunes Schiavon
Maria de Fátima Costa Pires
Mirthes Ueda
Sylia Rehder

Revisão:

Kátia Rocini

Projeto gráfico/editoração:

Marcos Rosado

Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP

Consultores Científicos:

Marcos Boulos – FMUSP/CCD/SES-SP
Alexandre Silva – CDC Atlanta
Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu-SP
Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP
Expedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP-SP
Gerusa Figueiredo – IMT/USP-SP
Gonzalo Vecina Neto – FSP-USP
Gustavo Romero – UnB/CNPQ
Hiro Goto – IMT/USP-SP
José Cássio de Moraes – FCM/SC-SP
José da Rocha Carvalheiro – Fiocruz-RJ
José da Silva Guedes – IB/SES-SP
Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/CCD/SES-SP
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira – OMS
Ricardo Ishak – CNPQ/UF-Pa
Ricardo Kerti Mangabeira Albermaz – CCD/SES-SP
Roberto Focaccia – IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – Opas

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo:

Lilian Nunes Schiavon
Eliete Candida de Lima Cortez

Centro de Documentação – CCD/SES-SP

CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial do Estado S/A (IMESP)

Disponível em:

Portal de Revistas Saúde SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

Editorial

Lei Antifumo no estado de São Paulo *Smoke-free law in the state of São Paulo*

Há dez anos, fui chamada pelo então secretário de estado da saúde, o saudoso Dr. Barradas, e ele me comunicou que tínhamos um grande desafio a enfrentar. A situação me pareceu bastante assustadora e urgente.

A Lei Antifumo do Estado de São Paulo estava em vias de ser sancionada pelo governador e tínhamos que pensar e agir rapidamente. Durante os próximos três meses tínhamos que fazer uma ação educativa e, logo em seguida, a lei entraria em vigência, com fiscalização efetiva.

Tínhamos à frente um cenário bastante complexo, não havia expertise no país com ações deste porte. Tivemos que aprender a segurar nossa ansiedade e ver a situação por meio da lógica e da razão. Sim, Dr. Barradas estava certo: era um grande desafio!

Reuni minha equipe do Centro de Vigilância Sanitária, sentamos e começamos a construir uma estratégia. Foram discussões e mais discussões até chegarmos a uma proposta factível.

Apresentamos ao Secretário, pois haveria necessidade de um apoio logístico para darmos início a uma grande “maratona” por todo o Estado. Precisávamos treinar mais de 500 técnicos por meio de um curso de capacitação que abordaria todos os temas relacionados ao tabagismo passivo, tais como: funcionamento do aparelho cardiovascular e respiratório, pediatria, oncologia, além dos atos legais para a aplicação da fiscalização.

O nosso objetivo era que os fiscais entendessem o real significado da Lei. Estava em implantação uma importante política pública de proteção e promoção à saúde da população e precisávamos dialogar com a sociedade para que entendesse o espírito da fiscalização e, não só nos apoiasse nessa luta que se iniciava, como também fosse nossa parceira nessa grande conquista.

Fomos exitosos nesse diálogo. Além da população, a Fundação Procon esteve presente desde o início das nossas ações. Nosso agradecimento especial à Dra. Jaqueline Scholz pelo seu envolvimento e comprometimento, treinando à noite os fiscais que iriam utilizar os monóxímetros, inclusive eu mesma, no auditório do CVS. Trabalho incansável de todos os envolvidos. Agradecimentos, também, à Associação Brasileira do Câncer (ABCâncer) e Aliança de Controle do Tabagismo (ACTBr) que nos acompanharam representando a voz da sociedade civil.

Com o projeto aprovado, aguardando ser sancionado pelo governador, os obstáculos e questionamentos começaram a surgir:

- *Vai cercear a liberdade das pessoas?*
- *Vai impactar negativamente no setor de hospitalidade?*
- *Vai prejudicar economicamente vários estabelecimentos?*
- *Dezenas de liminares para impedir a fiscalização.*
- *Não vão conseguir implantar a Lei, o universo é muito grande.*

Em contrapartida, criou-se um grande debate sobre a importância do controle da fumaça do tabaco em ambientes fechados e suas consequências à saúde, até mesmo extrapolando o território do estado, atingindo a esfera nacional.

Os mais renomados especialistas comprometidos com a luta contra o tabagismo se posicionaram, foram aos mais diversos meios de comunicação e fizeram pronunciamentos a favor dos benefícios da restrição de produtos fumígenos em ambientes fechados e parcialmente fechados. Não estava sendo proibido o ato de fumar e sim fumar em ambientes que poderiam comprometer a saúde de outros.

A grande pergunta que fazíamos a nós mesmos era quantos estabelecimentos conseguiríamos fiscalizar em um ano? Cem mil era a meta. Loucura pensar em um número tão grande...

Não explicitamos para ninguém, mas tínhamos uma grande expectativa, ficamos acompanhando tudo muito de perto e, ao final do primeiro ano de vigência da Lei, havíamos realizado mais de 330 mil fiscalizações. O mais formidável foi constatar o resultado: mais de 99% dos estabelecimentos cumprindo a legislação. Estávamos no caminho certo!

Como bem constatou Dr. Barradas na época: “A vida seguiu e a saúde venceu!”.

Podemos afirmar, sem medo de errar, que atualmente está garantido no estado de São Paulo o direito dos cidadãos viverem em ambientes coletivos, públicos ou privados, saudáveis e livres da fumaça do tabaco, prevenindo um importante fator de risco para doenças graves, incapacitantes e fatais.

É dever do Estado incentivar hábitos saudáveis que possam prevenir doenças e assegurar melhor qualidade de vida às pessoas. A Lei antifumo paulista está em sintonia com o movimento global para o enfrentamento dos males ocasionados pelo tabaco. Os avanços alcançados são inegáveis, o que pode ser verificado claramente pela mudança de comportamento da população.

Realizamos mais de 2 milhões de fiscalizações nesses dez anos de vigência da Lei e mantemos um índice de mais de 99% de cumprimento a ela. Índice de observância que se equipara a outros lugares do mundo com leis semelhantes como: a cidade de Nova York (97%), Irlanda (94%), Otawa (95%), por exemplo.

Vale destacar a manifestação do presidente da Instituição Cancer Research UK, Jean King: “Essas leis estão salvando vidas”. Todos nós concordamos com isso.

Boa leitura!

Cristina Megid
Diretora do Centro de Vigilância Sanitária

Artigo especial

Consequências da crise 2013 – 2016 em serviços na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Consequences of the 2013 – 2016 crisis in services at Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Olímpio J. Nogueira V. Bittar¹, José Dínio Vaz Mendes¹, Vera Osiano¹, Renato Ribeiro Nogueira Ferraz¹¹

¹Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo; ¹¹Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade de Mogi das Cruzes. São Paulo, Brasil.

RESUMO

No período compreendido entre os anos de 2013 e 2016, a crise política e econômica desencadeada pelos problemas fiscais nos governos federal, estaduais e municipais refletiu com profundidade em todos os setores da economia e também na assistência à saúde no País. A redução do financiamento teve reflexos no número de internações, na produção ambulatorial e possivelmente reduziu o acesso aos serviços de saúde. Com a perda de empregos, o número de pessoas cobertas pelos planos de saúde diminuiu, procurando assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa visa conhecer a profundidade com que foram afetadas as unidades de saúde próprias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) no período. Comparação com indicadores econômicos que reflitam a evolução da inflação geral, da inflação na saúde, da moeda americana e dos reajustes salariais aos funcionários regidos pela CLT serão motivo de comparação com indicadores de produção e orçamentários da SES-SP. Os dados foram coletados dos sistemas de saúde disponíveis no SUS e na SES-SP.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde. Crise. Sistema de Saúde. Financiamento. Hospital.

ABSTRACT

During the period between 2013-2016, the political and economic crisis carried by fiscal problems on federal, state and local governments deeply reflected in all economic sectors as well as in health services. The reduction of finance caused diminishing of out patient, in patient and complementary texts and possibly reducing the access to health services. Loss of jobs make the number of people covered by health plans diminish looking for health assistance in the public services, in the Unified Health System - SUS. The research aims to know the deepness that affected the units of the Health Secretary of São Paulo State (SES-SP) during that period. To compare economic indicators that shows the general inflation, the health inflation, the US\$ dolar, the annual increase income give to employees that follow CLT will be compared with production and budget indicators from SES-SP. The data will be collected from information systems belonging to SES-SP and SUS.

KEYWORDS: Management in Health. Crisis. Health System. Finance. Hospital.

INTRODUÇÃO

As ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) são financiadas pela União, Estados e Municípios, sendo fixados em percentuais da arrecadação fiscal e tributária de cada instância de Governo. A intermediação destes recursos é realizada pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde. A queda da arrecadação no decorrer da crise econômica pode acarretar a diminuição dos recursos financeiros para as unidades de saúde, públicas e privadas, conveniadas com o SUS, refletindo na quantidade e qualidade da assistência, bem como da pesquisa e da educação em saúde e na esfera estatal (administração direta e autarquias) gerar dificuldades para contratação de recursos humanos, dada a legislação que estabelece limites de gastos com pessoal (responsabilidade fiscal). Outra consequência da crise é o desemprego levando à diminuição da população coberta

por planos de saúde (seguro saúde, medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão e planos de saúde das entidades filantrópicas), ampliando a demanda por programas e serviços de saúde no SUS.¹

Vieira,¹ no ano de 2016, realizou um excelente levantamento bibliográfico das consequências das crises econômicas na saúde da população e nas unidades de saúde e informa que a literatura internacional é vasta sobre os efeitos das referidas crises (recessão, depressão) para a saúde, inclusive aumentando distúrbios de doenças mentais, e também no aumento de necessidades médicas não atendidas, que podem ser agravadas por políticas de resgate financeiro.

Giovanella e Stegmüller² comentam sobre reformas resultantes da crise econômica iniciada em 2008 em alguns países europeus

com sistemas nacionais de saúde e apontam que “em face da crise, os países europeus, em geral, não realizaram mudanças importantes no pacote de benefícios legalmente coberto e reduções na cobertura populacional, em geral, foram marginais. Porém, ocorreu estagnação ou redução dos gastos públicos em saúde que, se persistir, em médio prazo pode ter consequências deletérias para a universalidade”.

Paiva, Mesquita, Jaccoud e Passos³ afirmam que o Brasil vinha experimentando uma sensível melhora do acesso aos serviços de saúde, porém períodos de crise podem ocasionar o aumento desproporcional nos gastos com saúde tendendo a pauperizar as famílias (devido a elevados gastos com medicamentos, alimentação especial, recursos de suporte e, ainda, em certos casos, a dificuldades de acesso a exames e diagnósticos ou a especialistas), tudo isto sobrecarregando os serviços públicos de saúde.

Nestas circunstâncias, existe a possibilidade do aumento nas filas de espera, de macas em corredores das unidades de emergências dos grandes hospitais, más condições de trabalho, com repercussões humanitárias, políticas, administrativas e judiciais de grande repercussão emocional tanto para a população dependente dos cuidados como para profissionais de saúde e dirigentes das unidades.^{4,5}

No período de 2013 a abril de 2017, o desenvolvimento de prolongada crise e uma das maiores recessões econômicas brasileiras, mostra leves sinais de recuperação econômica ao final deste período, porém com previsões ainda incipientes de alívio para o setor público que permanece muito endividado, traz sérias preocupações para o atendimento de saúde da população.⁵

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) se distingue das outras do país, pois além de exercer a gestão do SUS, coordenar as políticas e programas de saúde do sistema, participar da assistência farmacêutica, produção de insumos farmacêuticos, de vacinas e soros e de hemoderivados, realizar suas tradicionais atividades de saúde pública (vigilância epidemiológica e sanitária) e conveniar parceiros (principalmente filantrópicos) para complementar a assistência à saúde, também se caracteriza pela forte participação direta na provisão de ações de atenção em saúde utilizando-se de unidades próprias, porém com diferentes modalidades administrativas.⁵

Esta provisão se dá por intermédio de ambulatórios, hospitais gerais e especializados, utilização de telessaúde (teleeletrocardiografia, centrais de diagnóstico por imagem, tele oftalmologia), entre outros serviços assistenciais.⁵

A rede dos hospitais estaduais próprios da SES/SP é de grande importância para a garantia da universalidade e integralidade da assistência do SUS/SP: as internações estaduais correspondem a 36% do total de internações SUS e as cirurgias estaduais totalizam 38% do total de cirurgias do sistema, em geral as mais complexas. Por outro lado, os custos do atendimento hospitalar são parte muito importante do orçamento total da saúde, seja no setor público ou no privado: segundo Reis (2018), na rede de saúde suplementar do Brasil, os gastos por item de despesa, indicam que a parcela com maior crescimento até 2030 será de internações, que passará de 57,1% (em 2017) do total para 59,3% (em 2030).⁵

A proposta é descrever e estudar esta situação temporária, verificando as consequências e as

oportunidades surgidas na gestão de operações das unidades de saúde hospitalares da SES/SP, principalmente focando as diferentes formas administrativas dos serviços de saúde: administração direta que se subdivide em hospitais administrados diretamente pelo poder público (AD) e Organizações Sociais de Saúde (OSS) hospitais públicos administrados por entidades filantrópicas controladas pelo poder público e administração indireta representada pelos hospitais universitários autárquicos (A).⁵

Contudo, não se pretende neste estudo comparar a eficiência entre os hospitais das formas administrativas apontadas acima, pois as três formas dispõem de unidades hospitalares bastante diversas em complexidade, perfil da clientela e dimensões, e o assunto já foi tema de estudos anteriores.⁵ Antes, procura-se verificar se a crise impactou mais algumas destas formas, em relação às demais, e se esse fato pode ser relacionado com os mecanismos administrativos disponíveis em cada modelo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, focando o período da crise de 2013 a 2016, que foi alargado incluindo três anos anteriores (para verificar o comportamento produtivo e de financiamento das unidades antes da referida crise), selecionando, portanto, os anos de 2010 a 2016, realizado nas unidades hospitalares da administração direta, indireta e contratualizada da SES-SP.

A AD contempla dois grupos, o primeiro são 42 hospitais ligados à Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), sendo 18 hospitais gerais, 4 maternidades, 5 especializados, 15

de longa permanência. Um dos hospitais da AD possui Fundação de Apoio (Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia).

O segundo são os serviços hospitalares estaduais sob gestão das OSS, vinculados à Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS). Estes serviços eram 34 em 2010, foram criados mais quatro hospitais ao longo dos anos e um dos serviços foi fechado, terminando com 37 hospitais, sendo 31 hospitais gerais, três especializados, duas maternidades, um penitenciário.

Quatro autarquias da SES/SP são responsáveis por seis hospitais: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de São Paulo (HCFMUSP), sendo que os dados desta autarquia incluem também a produção do Instituto do Coração – Incor e do Instituto do Câncer (Icesp); Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP); Hospital das Clínicas de Botucatu (HCBotucatu), que se transformou em autarquia em 2011, e de Marília (HCMarília), que se tornou autarquia em 2016, todos com fundações privadas de apoio à gestão. No caso destes dois últimos hospitais, suas produções anteriores à transformação em autarquia da SES/SP, foram acrescentadas desde 2010.

Os indicadores do período serão coletados dos dados secundários constantes do Sistema de Informações do SUS (DataSUS), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Sistema Informação Ambulatorial (SIA), levantados pela Coordenadoria de Planejamento de Saúde da SES-SP, Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) do Gabinete do Secretário, informações orçamentárias da Coordenadoria

de Gestão Orçamentária e Financeira da SES-SP e informações prestadas diretamente pela direção das unidades envolvidas.

Indicadores divulgados por entidades financeiras, do mercado, fornecerão as variações dos índices de inflação e moeda, no caso o dólar, no período.

Os indicadores serão: leitos operacionais, AIH produzidas, atendimento ambulatorial, atendimento de emergência, porcentagem de ocupação, média de permanência, cirurgias, partos, despesas realizadas pela SES no período, despesas com os grupos hospitalares, demonstrando variação dos valores de financiamento, especificando valores relativos a pessoal, insumos, investimentos e o gasto per capita, estadual.

RESULTADOS

Os resultados estão demonstrados em 16 tabelas cujas fontes estão discriminadas no método utilizado.

Os leitos estaduais representam um terço do total de leitos disponíveis ao SUS/SP, frequentemente de referência regional e mais complexos que os municipais. No período estudado, conforme tabela 1, ocorreu uma queda de 2% no número de leitos totais da SES/SP, sendo que a queda mais significativa foi na AD. As OSS tiveram aumento de leitos de 9%, enquanto manteve-se praticamente inalterado nas A.

Esta queda na AD não representa diminuição do espaço físico de leitos, propriamente dito, mas sim a redução dos leitos ativados das unidades, provavelmente relacionada com dificuldades operacionais relativas à contratação de pessoal ocorrida no período (em especial de médicos), a falta de autonomia para aquisição de insumos e contratação de terceiros e serviços, dificultando as operações administrativas e técnicas.

Mendes & Bittar (2017) descreveram esta situação prevalente na área de recursos humanos da AD e das A, levantando inclusive que no período de 2014 a 2016 de 48 concursos públicos realizados pela SES/SP para admissão de médicos, 26 não tiveram comparecimento de candidatos (deram deserto) e 22 não foram homologados porque os candidatos selecionados não se interessaram em assumir os respectivos cargos.

Em contrapartida, o aumento de leitos de terapia intensiva, tabela 2, foi expressivo em todas as modalidades jurídicas de administração, 7,0% na AD, 27,2% na OSS e 12,6% na A, podendo se aventar a hipótese de que houve uma preocupação da administração estadual em manter o atendimento para os casos de maior gravidade, que encontravam dificuldade de encontrar vagas na rede SUS-SP, que inclui hospitais filantrópicos e municipais que também sofreram os efeitos da crise.

Tabela 1. Leitos Totais dos grupos hospitalares da SES, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	8.700	8.435	8.367	8.470	8.488	8.100	7.733	-11,1
Organizações sociais	6.520	6.905	6.834	6.925	7.027	7.025	7.098	8,9
Autarquias	4.302	4.122	4.243	4.330	4.346	4.344	4.296	-0,1
total	19.522	19.462	19.444	19.725	19.861	19.469	19.127	-2,0

Fonte: CNES/MS

Tabela 2. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI dos grupos hospitalares da SES, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	501	522	531	538	546	538	535	6,8
Organizações sociais	589	656	706	733	727	727	749	27,2
Autarquias	556	597	633	633	633	626	626	12,6
Total	1.646	1.775	1.870	1.904	1.906	1.891	1.910	16,0

Fonte: CNES/MS

Tabela 3. Percentual (%) de Leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI dos grupos hospitalares da SES, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	5,8	6,2	6,3	6,4	6,4	6,6	6,9	20,1
Organizações sociais	9,0	9,5	10,3	10,6	10,3	10,3	10,6	16,8
Autarquias	12,9	14,5	14,9	14,6	14,6	14,4	14,6	12,7
Total	8,4	9,1	9,6	9,7	9,6	9,7	10,0	18,4

Fonte: CNES/MS

A participação dos leitos de terapia intensiva, tabela 3, em relação aos leitos gerais dos hospitais visualizados na tabela 3 demonstra o esperado, que nos hospitais universitários a participação é maior, uma vez que estes hospitais se destinam a atender casos mais complicados, complexos, de maior risco de morte ou sequelas. Também se observa que no conjunto de hospitais das OSS existe maior complexidade que nos da AD, embora estes últimos tenham tido maior crescimento deste percentual.

A tabela 4 traz o volume total de atendimentos ambulatoriais, demonstrando queda de 5,1% no total dos serviços estaduais, devido unicamente aos serviços da AD (redução de 27,4%), pois nos outros dois grupos houve aumento de 7,7% nas

OSS e 8,9% nas A. Na AD, pela falta de autonomia, principalmente na contratação de recursos humanos, o prazo entre a abertura de concurso público e a admissão do funcionário leva 134 dias, se todo processo correr bem; a compra de insumo ou bem, apesar de atualmente ser realizado em grande parte na modalidade pregão, do momento do disparo da solicitação de compra até a entrega do produto na unidade pode levar em torno de 45 a 60 dias. Os hospitais da AD perderam, entre dezembro de 2014 e junho de 2018, 4.622 funcionários, de um total de 37.629, nas autarquias houve uma queda de 2.099 dos 26.432 funcionários, enquanto nas OSS houve acréscimo de 609 funcionários, mas com o aumento do número de leitos já citados na Tabela 1.

Tabela 4. Consultas ambulatoriais (médicas) produzidas pelos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	2.224.096	1.954.219	1.714.331	1.698.996	1.752.865	1.734.333	1.613.669	-27,4
Organizações sociais	1.514.165	1.568.072	1.513.811	1.448.677	1.565.338	1.561.715	1.630.495	7,7
Autarquias	2.186.238	2.342.079	2.321.853	2.239.842	2.280.893	2.376.857	2.379.945	8,9
Total	5.924.499	5.864.370	5.549.995	5.387.515	5.599.096	5.672.905	5.624.109	-5,1

Fonte: SIA/SUS/MS

Tabela 5. Consultas médicas de urgência produzidas pelos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	2.266.464	2.218.239	1.632.765	1.541.734	1.561.525	1.836.861	1.969.622	-13,1
Organizações sociais	1.893.708	1.963.362	1.921.950	1.905.461	1.919.914	1.900.597	1.719.780	-9,2
Autarquias	443.702	621.626	557.110	478.017	498.352	518.921	499.944	12,7
Total	4.603.874	4.803.227	4.111.825	3.925.212	3.979.791	4.256.379	4.189.346	-9,0

Fonte: SIA/SUS/MS.

As consultas médicas de urgência, tabela 5, tiveram queda de 9,0% no total dos serviços hospitalares da SES/SP, porém, houve aumento nas autarquias, expressivo, de 12,7%. A queda na AD se deveu em parte pela perda de profissionais conforme já citado. Nas OSS, parte da queda pode ser explicada pela regulação da porta de entrada das emergências de algumas das unidades, que deixaram de ser portas abertas, ou seja, a demanda de emergência passou a ser regulada pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), órgão estadual responsável pela regulação e, portanto, os casos referenciados passaram a ser mais complexos.

As AIH produzidas, tabela 6, tiveram aumento de 8,0% no período, sendo que houve queda de 12,3% somente na AD, o que deve ter ocorrido pelos motivos citados acima.

O aumento das internações ocorre justamente nas unidades que possuem autonomia como as OSS e nas A que contam com Fundações de Apoio que permitem ações mais ágeis na contratação de profissionais,

aquisição de insumos, manutenção de edificações e equipamentos em situações de emergência, dispondo mais autonomia administrativa.

Este indicador de produtividade, também conhecido como rotatividade de leitos (giro), constante da tabela 7, é francamente favorável às OSS em termos absolutos, pode ser explicado por motivos distintos: as OSS são orientadas por contrato de gestão, no qual metas são estipuladas e devem ser cumpridas; além disso possuem autonomia administrativa que facilita a contratação/reposição de pessoal, como na aquisição de insumos e bens, colaborando para que consigam melhor efetividade e eficiência. Por outro lado, tanto a AD como a A tem sérias limitações nestes quesitos e não possuem contratos que garantam recursos por produtividade, explicando, os orçamentos públicos destas unidades não guardam relação com indicadores de qualidade e quantidade. Apesar disto, observa-se melhora ao longo dos anos no indicador das A (que possuem mais autonomia, valendo-se das fundações de apoio).

Tabela 6. Autorizações de Internação Hospitalar – AIH produzidas pelos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	240.134	239.922	219.410	210.885	210.010	212.337	210.501	-12,3
Organizações sociais	340.471	345.655	342.716	338.518	365.502	375.674	407.470	19,7
Autarquias	141.563	147.570	156.529	158.582	162.878	163.187	162.276	14,6
Total	722.168	733.147	718.655	707.985	738.390	751.198	780.247	8,0

Fonte: SIH/SUS/MS.

Tabela 7. Relação de AIH por leito produzida pelos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	27,6	28,4	26,2	24,9	24,7	26,2	27,2	-1,4
Organizações sociais	52,2	50,1	50,1	48,9	52,0	53,5	57,4	9,9
Autarquias	32,9	35,8	36,9	36,6	37,5	37,6	37,8	14,8
Total	37,0	37,7	37,0	35,9	37,2	38,6	40,8	10,3

Fonte: SIH/SUS e CNES/MS.

Tabela 8. Média de Permanência dos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	8,5	8,2	8,5	8,7	8,6	8,5	8,3	-2,4
Organizações sociais	4,9	5,1	5,2	5,2	5,1	5,0	4,7	-3,7
Autarquias	7,6	7,4	7,0	7,0	6,9	6,9	6,8	-10,6
Total	6,6	6,6	6,6	6,7	6,5	6,4	6,1	-7,7

Fonte: SIH/SUS e CNES/MS.

Percebe-se, pelos valores constantes da tabela 8, que houve melhora na média de permanência nos três grupos, maior nas A, embora as OSS apresentem melhores resultados, chegando a valores próximos do esperado em hospitais gerais. Na AD devem ser levados em conta os hospitais psiquiátricos e os de longa permanência que apresentam valores maiores que outras especialidades. Dados do CDC (2018a) demonstram a queda nos hospitais de todos os portes nos Estados Unidos. Possivelmente, nas A, a gravidade dos casos, a dedicação à pesquisa e ao ensino favoreçam aumento na média de permanência, merecendo estes fatos estudos mais aprofundados. As dificuldades com autonomia da AD e A podem também contribuir com o aumento da média de permanência. De qualquer forma, pode-se aventar que a pressão por internações no SUS/SP durante o período de crise pela diminuição da oferta de internações na rede privada como

um todo, faz com que estas unidades efetivamente reduzam o tempo de permanência aumentando o número de internações.

Em relação à taxa de ocupação, tabela 9, pode-se afirmar que poderia ser aumentada nos três grupos, haja vista que o valor preconizado como ideal, de 85,0%, é o recomendado, para melhorar a eficiência das unidades, deixando-se 15,0% para emergências, manutenção física e higienização. Entretanto, revendo estatísticas hospitalares dos Estados Unidos, publicadas pelo CDC (2018b) verifica-se uma queda em hospitais de todos os portes. O valor mais baixo deste indicador é verificado nas unidades da AD, que tem maior dificuldade na ativação plena dos leitos pelos motivos anteriormente elencados. Nota-se que o ano de 2013 é aquele com a menor taxa de ocupação na AD, reflexo das dificuldades na contratação de pessoal, posteriormente em recuperação por terceirização de equipes médicas.

Tabela 9. Taxa de Ocupação dos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	64,1	64,2	61,3	59,2	58,3	60,8	61,7	-3,7
Organizações sociais	70,4	69,5	71,5	70,0	72,8	73,7	74,5	5,9
Autarquias	68,2	72,4	71,0	70,4	71,1	70,6	70,0	2,6
Total	67,1	67,8	67,0	65,4	66,2	67,6	68,3	1,8

Fonte: SIH/SUS e CNES/MS.

A taxa de ocupação nos 600 hospitais conveniados ao SUS-SP encontra-se na faixa de 60,0% a 65,0% e, nos hospitais com menos de 50 leitos, não passa de 34,0%, números estes que demonstram a necessidade de elaboração de Política Hospitalar para o Estado que permita usar melhor este equipamento de manutenção cara.

As cirurgias, tabela 10, tiveram aumento expressivo, nestes anos, sendo que as OSS apresentaram o dobro da média dos 3 grupos. Isto fala a favor da atenção a pacientes mais graves, conforme citado anteriormente. Somente se verificou redução na AD, embora se observe que o pior ano foi 2013 (pelas dificuldades em recursos humanos, já citadas) que se recupera parcialmente até 2016 pela contratação de equipes médicas terceirizadas.

O número de partos, tabela 11, também aumentou, com maior representatividade nas A

e nas OSS, porém com queda na AD, também com pior ano em 2013, pelos motivos já elencados, com recuperação lenta a partir deste ano.

Na tabela 12, demonstrando o orçamento global da SES-SP, observa-se que apesar da crise econômica e política do período, houve aumento tanto nas despesas com pessoal como no custeio e redução no investimento e em outras despesas da SES/SP. Esta redução no investimento certamente traz reflexos na assistência, pela falta de renovação do parque tecnológico que poderá representar maior gasto com manutenção de equipamentos, aumento da média de permanência por atrasos em procedimentos, por falhas em equipamentos, entre outras consequências.

É preciso ressaltar que no ESP 74,0% do orçamento provém de recursos do tesouro do Estado, 22,0% do Fundo Estadual de Saúde (Fundes), que são recursos provenientes do nível federal do SUS e 4,0% de outras fontes.⁶

Tabela 10. Cirurgias Hospitalares dos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	82.176	83.167	75.615	72.836	74.292	74.685	74.245	-9,7
Organizações sociais	160.880	162.452	158.907	157.397	172.758	174.415	197.596	22,8
Autarquias	66.869	66.781	71.431	73.795	75.129	74.101	72.530	8,5
Total	309.925	312.400	305.953	304.028	322.179	323.201	344.371	11,1

Fonte: SIH/SUS/MS.

Tabela 11. Partos totais dos grupos hospitalares, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	41.239	42.190	35.668	31.839	32.095	34.310	36.351	-11,9
Organizações sociais	53.322	52.636	52.202	53.620	62.045	64.085	63.442	19,0
Autarquias	5.404	6.048	6.496	6.309	6.482	6.663	6.821	26,2
Total	99.965	100.874	94.366	91.768	100.622	105.058	106.614	6,7

Fonte: SIH/SUS/MS

Tabela 12. Despesas totais de pessoal, custeio e investimento na SES/SP: Administração direta/indireta, período de 2010 a 2016 (valores liquidados em mil reais)

Despesas/ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Pessoal	3.378.215.905	3.471.294.137	3.853.582.931	4.998.180.322	5.742.096.362	6.350.939.304	6.109.916.657	80,9
Custeio	8.963.873.704	10.194.083.718	10.568.918.296	11.901.940.492	12.834.331.928	13.861.014.217	14.444.050.023	61,1
Investimento	552.899.321	526.248.289	641.513.678	747.637.351	705.239.845	410.042.703	510.412.868	-7,7
Outros*	167.540.371	890.004	1.390.000	45.509.600	37.279.022	-	10.400.274	-93,8
Total	13.062.529.301	14.192.516.148	15.065.404.905	17.693.267.765	19.318.947.156	20.621.996.225	21.074.779.822	61,3
Per capita	307,4	330,9	348,1	405,2	438,7	464,5	470,9	53,2

População Estado – estimativa IBGE. – *Outros (Juros e Encargos, Inversões Financeiras, Amortização de Dívida)
Fonte: SIGEO/SES-SP.

Tabela 13. Despesas totais de pessoal, custeio e investimento nos hospitais segundo grupos hospitalares da SES-SP, período de 2010 a 2016 (valores liquidados em mil reais)

Despesas/Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/13
Administração direta	1.938.584.151,47	2.330.516.726,20	2.286.548.660,94	2.479.218.698,59	2.799.243.822,10	2.990.437.663,95	2.830.461.612,59	46,01
Organizações sociais	2.423.573.451,62	3.280.117.224,48	3.614.675.779,69	4.078.864.652,34	4.507.738.260,90	4.666.379.693,63	5.046.045.874,53	108,21
Autarquias	1.477.330.129,03	1.602.623.916,11	1.751.566.963,66	2.123.178.209,93	2.468.474.764,67	2.690.511.614,07	2.540.022.332,51	71,93
Total	5.839.487.732,12	7.213.257.866,79	7.652.791.404,29	8.681.261.560,86	9.775.456.847,67	10.347.328.971,65	10.416.529.819,63	78,38
% Despesa Hospital/SES	44,7	50,8	50,8	49,1	50,6	50,2	49,4	

Fonte: SIGEO/SES-SP.

Tabela 14. Relação Gasto total/AIH (R\$) por grupos hospitalares da SES, período de 2010 a 2016

Grupos hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% 16/10
Administração direta	8.072,93	9.713,64	10.421,35	11.756,26	13.329,10	14.083,45	13.446,31	66,6
Organizações sociais	7.118,30	9.489,57	10.547,15	12.049,18	12.333,01	12.421,35	12.383,85	74,0
Autarquias	10.435,85	10.860,09	11.190,05	13.388,52	15.155,36	16.487,29	15.652,48	50,0
Total	8.086,05	9.838,76	10.648,77	12.261,93	13.238,88	13.774,44	13.350,30	65,1

Fonte: SIGEO/SES/SP.

O aumento de 80,9% na rubrica pessoal certamente se deu devido ao crescimento vegetativo da folha de pagamento (quinquênios, sexta parte, licença prêmio em pecúnia, ações judiciais, absorção de novas unidades de saúde na estrutura da SES), criação da carreira do médico, acréscimos de plantões médicos. A diminuição de funcionários (aposentadorias, óbitos e demissões) não foi acompanhada de reposição. Os reajustes salariais neste período 2010-16 foram em média de 18,6% para os funcionários administrativos e 7,0% para os profissionais de saúde.

Na tabela 13 consta o aumento das despesas em todas as unidades. A discrepância no percentual de aumento do período para as OSS e os demais, ocorreram em parte, porque seus funcionários são regidos pela CLT, existindo obrigatoriedade de aumento em torno de 56,7% nos salários. A outra parte do aumento nas OSS, se deve à implantação de novas unidades hospitalares, o que seguramente se refletiu nos valores de custeio.

Os hospitais da SES-SP consomem em torno de 50,0% dos recursos financeiros de toda a secretaria, apesar da diversidade de atividades exercidas pela Pasta que envolvem fábrica de medicamentos, fábrica de vacinas, ambulatórios de especialidades, serviço de resgate e programas de apoio aos municípios, vigilância à saúde, laboratórios de saúde pública, pesquisa, ensino (universidades públicas e privadas) e toda a estrutura burocrática de controle da SES/SP (funcionários e cargos).

Embora as internações não se constituam na única atividade dos hospitais, que também possuem produção ambulatorial, seu custo

é a principal parte dos gastos hospitalares. Assim, utilizou-se a relação entre o gasto total dos hospitais e a produção de internações (AIH) como um *proxy* do custo da internação.

Apesar da crise no período 2013-16 houve, de acordo com a tabela 14, aumento da relação gasto total/AIH para todos os grupos, indicando encarecimento do valor das internações, que pode ter ocorrido pela variação dos preços dos produtos médicos, acompanhando os indicadores inflacionários apontados na tabela 16, pela maior complexidade dos casos e pelo avanço tecnológico da área médica (medicamentos, exames subsidiários). O valor das OSS é o menor entre os grupos, embora apresente o maior avanço no período considerado.

O menor aumento do valor das internações no período ocorreu nas A, porém, analisando-se a participação de cada grupo, relacionando-se o percentual de gastos totais, o número de leitos e o número de internações, o quadro demonstrado na tabela 15 fica o seguinte em 2016:

Embora as OSS tenham obtido a maior proporção dos gastos totais (48,4%), possuem a participação de 37,1% de leitos e obtêm 52,2% da produção de AIH, sendo a maior entre os três grupos. A AD com 27,2% dos gastos totais, tem 40,4% dos leitos e somente 27,0% de produção, enquanto as A com 24,4% dos gastos, com 22,4% dos leitos tem produção de apenas 20,8% do total de AIH.

Finalmente, a tabela 16 traz os indicadores econômicos levantados para o período, incluindo as oscilações do dólar. Quando se correlaciona estes indicadores com o aumento das despesas totais da SES-SP (Tabela 12) foi de 61,3% e aquele específico dos grupos

hospitalares (Tabela 13) como um todo foi de 78,4%. Portanto em ambos os casos, exceto pelos valores do dólar, as variações dos demais indicadores foram cobertas pelo aumento de gastos.

Entretanto, devemos lembrar que grande parte do aumento da SES/SP foi no item dos recursos humanos, dado o crescimento vegetativo da folha, não implicando no aumento da massa contratada, que como vimos diminuiu no período, isto é, não foram compensadas as necessidades decorrentes de aposentadorias e desligamentos de causas variadas, principalmente na AD. De fato, na Tabela 13 nota-se que o menor crescimento da despesa no período ocorreu nos hospitais da AD (46,0%), inferior aos índices inflacionários.

DISCUSSÃO

Os números levantados não permitem concluir que houve redução importante na manutenção da rede própria hospitalar da SES/SP. Entretanto, fica evidente que três pontos deixaram de ser contemplados:

- os investimentos, importantes na reposição e modernização do parque tecnológico, cuja demora pode implicar na perda de eficiência e eficácia das unidades; nos grupos considerados, a maior parte dos hospitais constitui-se em unidades antigas, com problemas nas edificações e inadequações tecnológicas para o moderno atendimento em saúde;
- defasagem salarial, especialmente na AD e A, que não contemplou os níveis do mercado (em especial o médico) e assim, tem impedido a reposição adequada destes e outros profissionais, com prejuízo do volume de atendimentos. Esta, na realidade, parece ser a principal causa de quedas na produção observada alguns anos na AD, que não conta com mecanismos administrativos que proporcionem autonomia na área de recursos humanos, seja na fixação de salários, carreiras, limitações burocráticas na reposição de profissionais.

Tabela 15. Percentual de Gastos totais, número de leitos e produção de AIH em 2016

Grupos hospitalares	Número Leitos	Gastos totais	Produção AIH
Administração Direta	40,4	27,2	27,0
Organização Social de Saúde	37,1	48,4	52,2
Autarquia	22,4	24,4	20,8

Fonte: Autor

Tabela 16. Variação de alguns indicadores econômicos no período 2010-2016

Índice/ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Acumulado
INPC	6,5	6,1	6,2	5,6	6,2	11,3	6,6	59,5
IGPM	11,3	5,1	7,8	5,5	3,7	10,5	7,2	63,5
Dólar (31/12)	1,7	1,8	2,1	2,4	2,7	3,9	3,4	98,2
FIPE	5,9	7,3	5,9	7,1	7,0	10,0	11,7	69,3
FGV	5,3	6,7	6,4	6,8	7,1	8,8	10,0	63,7
Reajuste CLT	6,0	6,3	5,0	7,0	5,8	8,3	8,0	56,7

Fonte: SIH/SUS/MS

- embora a rede hospitalar estadual tenha crescido moderadamente na prestação de assistência, este crescimento não conseguiu superar as necessidades geradas pela rede conveniada no período, uma vez que esta diminuiu o acesso da população SUS dependente pela defasagem dos pagamentos realizados pelo SUS, que poderia aumentar seus prejuízos. Parte desta rede privada passou, quando possível, a competir no mercado, no atendimento de pacientes cobertos por planos privados de saúde em suas diferentes modalidades, para equilibrar-se financeiramente. Saliente-se que no ESP houve uma queda na cobertura dos planos de saúde, clientes estes que vieram naturalmente para o SUS, muitas vezes em áreas assistenciais de alto custo (oncologia, por exemplo).

Desde 1998, os novos hospitais criados na SES/SP seguiram o modelo de gestão das OSS, razão pela qual as despesas de custeio deste tipo de serviço cresceram em relação às demais. Atualmente os hospitais gerenciados por OSS contam com mais funcionários que aqueles da AD. As unidades gerenciadas por OSS já realizam mais da metade da produção hospitalar de internações (AIH) da SES-SP.

O aumento dos gastos e de atendimento das unidades estaduais não foi suficiente para a demanda gerada pela rede SUS, forçando os hospitais estaduais a enfrentarem pressões variadas para seu atendimento. A reação dos dirigentes das unidades de saúde foi bastante diversificada para superar os impasses, lançando mão de recursos administrativos e técnicos para mudança nos processos,

levantamento de possíveis desperdícios, substituição de insumos, controle de itens de utilidade pública, entre outras atitudes, que podem ser consideradas como oportunidades de melhoria de gestão.

Vieira & Benevides (7) consideram que melhorar a gestão é sempre recomendável e pressupõe investimento na capacitação de recursos humanos, na modernização de processos de trabalho, em sistemas informacionais e na infraestrutura tecnológica, e para isso é preciso dispor de recursos financeiros suficientes e estáveis e de decisão política como requisito indispensável.

Paim, Travassos, Almeida & Mancico⁸ afirmam que os desafios futuros do SUS incluem a reforma da estrutura financeira para assegurar universalidade, equidade e sustentabilidade de longo prazo, renegociando o papel do público e do privado, refazendo o modelo de cuidados para atender às mudanças demográficas e epidemiológicas que acontecem rapidamente para assegurar qualidade dos cuidados e segurança aos pacientes.

Massuda et al.⁹ afirmam que mesmo em um contexto favorável de 2003 a 2014, para a ampliação da cobertura universal da saúde, problemas estruturais persistem no SUS como o baixo financiamento público e dificuldades: de alocação correta de recursos, acesso regional e com prejuízos maiores em populações mais pobres e dependentes do SUS.

A estagnação de investimentos ou no custeio das unidades e eventuais dificuldades na política de reposição de recursos humanos nos serviços hospitalares da SES-SP pode provocar, em médio prazo, desassistência e redução da universalidade e integralidade do atendimento do SUS, tal como foi citado

anteriormente como hipótese de Giovanella & Stegmüller² para os sistemas de saúde europeus e Pierantoni¹⁰ para a realidade brasileira.

No caso paulista, o pior desempenho ocorreu na AD, que sendo o modelo administrativo com a menor autonomia, ainda enfrentou o menor crescimento de despesas com recursos humanos e insumos. Mesmo assim, no sentido de melhorar a insuficiência de recursos humanos, optou-se, em algumas unidades, pela contratação de serviços médicos terceirizados para atendimento nas emergências, terapias intensivas e serviços obstétricos, que impactaram positivamente na produção.⁵ Mas outros cuidados, como a diminuição da média de permanência e aumento de giro, são fundamentais na AD e A.

O maior aumento de gastos ocorreu nas OSS, que por serem o modelo administrativo mais recente disponível para gerir hospitais na SES-SP e com ampliação de unidades, apresentou um crescimento substancial da produção estadual de internações e outros procedimentos.

Alguns indicadores hospitalares como a média de permanência e taxa de ocupação permitem supor a possibilidade de melhoria na prestação de serviços de saúde, com nova visão de planejamento e mecanismos de gestão, e colocam a questão sobre a real necessidade de construção de novas unidades: por que ampliar a rede (frequente proposta política) se as estruturas existentes não estão sendo utilizadas em sua completude e enfrentam dificuldades gerenciais e falta de racionalização dos investimentos?

A convivência destes diferentes modelos de administração demonstra que em momentos de pressão, alguns modelos possuem menos elementos e mecanismos administrativos para reagirem e suprirem as necessidades. Assim, torna-se pertinente que a SES/SP discuta um processo de reestruturação de sua política hospitalar, aproveitando as experiências existentes, a fim otimizar suas unidades na prestação de serviços do SUS/SP, aperfeiçoando e modernizando os modelos administrativos existentes.

REFERÊNCIAS

1. Vieira F S. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília: IPEA; 2016. (Notas Técnicas, 26).
2. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. saúde pública*. 2014;30(11):1-19.
3. Paiva A, Mesquita A, Jaccoud L, Passos L. O novo regime fiscal e suas implicações para a política de Assistência Social no Brasil. Brasília: IPEA; 2016. (Notas Técnicas, 27).
4. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011;16:4767-76.
5. Bittar OJNV, Mendes JDV. Hospitais gerais públicos: administração direta e organização social de saúde. *BEPA, Bol. epidemiol. paul*. 2017;14(164):33-47.

6. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde, Informações Orçamentárias, 2018. <http://www.portalfinanceirodogestor.saude.sp.gov.br/>
 7. Vieira F, Benevides R. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: IPEA; 2016. (Notas Técnicas, 28).
 8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
 9. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018;3(4):e000829.
 10. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc. Saúde Colet*. 2001;6:341-60.
-
-



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

Republicação

A Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco *The WHO Framework Convention on the Tobacco Control*

Vera Luiza da Costa e SilvaChefe do Secretariado da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco

O uso de produtos derivados do tabaco é uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo. A cada ano, esses produtos matam mais de 8 milhões de pessoas, um número que aumentará sem ação intensificada. Esse dado, de maneira isolada, já posicionaria o tabagismo como um dos principais problemas de saúde pública. Mas as consequências sociais, ambientais e econômicas do consumo de tabaco realmente tornam o controle dessa substância uma prioridade para o desenvolvimento sustentável.

A economia global perde 1,4 trilhões de dólares americanos a cada ano devido ao uso do tabaco. Os danos ao meio ambiente ocorrem durante todo o ciclo de vida dos produtos do tabaco devido a desmatamento, poluição da água pelo uso de pesticidas e lixo relacionado com as guimbas de cigarro. Mortes prematuras e incapacidades causadas pelo uso do tabaco têm um enorme impacto social – particularmente entre as populações mais vulneráveis que têm maior probabilidade de fumar.

A inclusão de uma meta específica sobre o tabagismo na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável destaca as contribuições que o controle do tabaco pode trazer para o avanço do desenvolvimento em níveis nacional, regional e global. A Meta 3.A dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) clama pelo fortalecimento da implementação da Convenção-Quadro da

OMS para o Controle do Tabaco – o primeiro e único tratado global de saúde pública que conta hoje com 181 partes, sendo 180 países mais a União Europeia, e cobre mais de 90% da população mundial.

A Convenção tem como objetivo proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. Uma análise realizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) identificou que a implementação das medidas contidas nesta Convenção traz benefícios muito além de meramente relacionados à saúde e, por isso, pode impactar positivamente no alcance de praticamente todos os ODS.

Este tratado representa um instrumento legal e um compromisso político de todos estes países com a adoção de uma série de medidas baseadas em evidência para enfrentar a epidemia do tabagismo. Impele também as Nações Unidas a apoiar os países a implementarem tais medidas. Os compromissos contidos neste tratado internacional requerem ação de diversos setores de governo, já que se referem a políticas públicas que estão muito além do alcance do setor saúde.

Essas medidas incluem obrigações gerais relacionadas com o desenvolvimento de planos estratégicos, estabelecimento de mecanismos de coordenação multissetorial, implementação

de medidas legislativas e proteção das políticas públicas contra a interferência das indústrias do tabaco, esta última o principal desafio para avanço de políticas de controle do tabaco.

Estão incluídas também medidas de redução da demanda como políticas de preços e impostos, inclusão de imagens de advertência nas embalagens de produtos de tabaco e proibição de fumar em ambientes públicos e de trabalhos fechados. Há também medidas de redução da oferta como por exemplo a eliminação do comércio ilícito de produtos de tabaco, a proibição da venda por e para menores, e a oferta de alternativas de cultivo para fumicultores. A Convenção também estabelece importantes compromissos relacionados com a cooperação internacional para o controle do tabaco.

Do artigo 15 desta Convenção também deriva um novo tratado internacional por si mesmo, o Protocolo para Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco. Este Protocolo entrou em vigor no dia 25 de setembro de 2018 e já conta com 55 Partes, incluindo o Brasil. Este tratado traz novos mecanismos legais que facilitarão a cooperação entre os países para o enfrentamento do comércio ilícito que enfraquece as políticas de controle do tabagismo já que torna os produtos de tabaco mais acessíveis.

A Convenção também estabeleceu uma nova entidade, o Secretariado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco que funciona como a voz do controle do tabaco dentro das Nações Unidas. Sediado na Organização Mundial da Saúde, o Secretariado atua para traduzir em programas e ações as decisões da Conferência das Partes, o órgão de governança da Convenção. Conforme mandato recebido

pela Conferência das Partes, o Secretariado oferece apoio técnico para que os países possam avançar com a implementação da Convenção.

Um estudo de impacto encomendado pela Conferência das Partes apontou uma contribuição muito positiva da Convenção no desenvolvimento de políticas nacionais para o controle do tabagismo e conseqüentemente para a redução da prevalência de tabagismo no mundo. Uma análise com base em estimativas na OMS publicada na última edição do Relatório Global de Progresso na Implementação da Convenção-Quadro aponta que a maior proporção de Partes do tratado em todos os níveis de renda apresenta redução na prevalência de tabagismo. Entretanto, o progresso ainda é mais lento que seria necessário e poucas Partes da Convenção devem atingir a meta de redução relativa de 30% da prevalência de tabagismo entre 2010 e 2025.

O compromisso com o alcance desta meta foi reafirmado no ano passado quando a Conferência das Partes adotou a Estratégia Global para Acelerar o Controle do Tabaco com o objetivo de apoiar o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Os países concordaram em tomar medidas coordenadas, buscar coerência política e remover barreiras que estão impedindo a implementação plena e efetiva dos compromissos incluídos na Convenção-Quadro.

A história do controle do tabagismo no Brasil serve de bom exemplo do trabalho realizado a nível global. Trata-se de um trabalho que se iniciou dentro do setor saúde, mas que evoluiu a ponto de se tornar uma questão de Estado que traz diferentes setores do governo para oferecer

uma resposta coordenada ao problema. O país parte da constituição pela sociedade civil de um Programa Nacional Contra o Fumo em 1979, passa pela consolidação de uma rede de organizações e indivíduos dedicados a este tema, até a conformação de uma Comissão Nacional para coordenar a negociação em 1999 e a implementação da Convenção em 2005.

Esse trabalho permitiu ao Brasil alcançar avanços muito importantes como em relação às políticas de ambientes livres de fumo, com papel central e pioneiro do estado de São Paulo. A Lei Antifumo sancionada em maio de 2009 e implementada em agosto daquele ano proibiu o consumo de cigarros em áreas públicas parcialmente ou completamente fechadas no estado. Segundo dados do Ministério da Saúde, somente na capital paulista o número de fumantes diminuiu em cerca de 300 mil pessoas após a implementação da lei. A lei nacional regulamentada em 2014 expandiu a proteção a toda população brasileira e reduziu em 5,2% a mortalidade infantil e em 3,4% a neonatal no país. Uma demonstração clara da importância da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco para proteger a saúde de crianças e adolescentes.

Outro importante avanço está relacionado às imagens de advertência nas embalagens de produtos de tabaco, aqui com o marco regulatório constituído na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O país ainda avançou de maneira significativa no aumento dos preços e impostos, a medida mais custo-efetiva para o controle do tabaco. Também se estruturou dentro do Sistema Único de Saúde o Programa para Tratamento de Fumantes

que oferece gratuitamente tratamentos para cessação tabágica, e estruturas para monitoramento da epidemia do tabagismo que nos permitem verificar a significativa redução de 34,8% a 14,7% na prevalência de tabagismo na população acima de 18 anos no Brasil.

Mais recentemente o país ainda tomou um outro importante passo, alinhado com o Artigo 19 da Convenção-Quadro, quando a Advocacia Geral da União protocolou uma ação civil pública que cobra o ressarcimento dos gastos da União com o tratamento de pacientes com doenças cujo nexo causal com o consumo ou exposição à fumaça dos cigarros está cientificamente comprovado.

Muito ainda pode ser alcançado no Brasil e no mundo para o fortalecimento da implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. O alinhamento das agendas de todas as organizações que contribuem para enfrentar este problema aos objetivos da Estratégia Global adotada pelos 181 países que são Partes da Convenção certamente intensificará a resposta à epidemia de tabagismo. A experiência de enfrentamento de um grave problema de saúde pública por meio da implementação de um tratado global pode ainda servir como modelo para responder a uma série de outras questões e para a promoção da saúde por meio do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.

Artigo publicado originalmente no livro “10 Anos da Lei Antifumo do Estado de São Paulo”. CVS/CCD/SES-SP



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

Atualização

Julho Amarelo: Ações de Intensificação da Testagem para Hepatite C no Estado de São Paulo

Yellow July: Hepatitis C Testing Intensification Actions in the State of São Paulo

Débora Moraes Coelho; Norma Suely de Oliveira Farias; Sirlene Caminada (Coordenadora).

Programa Estadual de Hepatites Virais. Divisão de Hepatites. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

O “Julho Amarelo” visa conscientizar sobre a importância da prevenção, do diagnóstico e do tratamento das hepatites virais com a intensificação das ações que já são realizadas na rotina dos serviços de saúde.

Em 2010, foi instituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais, a ser comemorado em 28 de julho. No Brasil, a Lei Federal n. 13.802, de 10 de janeiro de 2019, instituiu o “Julho Amarelo”, a ser realizado a cada ano, em todo o território nacional, no mês de julho.

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes vírus, que apresentam características distintas (A, B, C, D e E). Possuem distribuição universal e existem diferenças territoriais na sua ocorrência e magnitude, de acordo com o agente etiológico e o tipo de exposição das pessoas aos vírus.

Podem ser classificadas em dois grupos, de acordo com o modo de transmissão: o grupo de transmissão fecal-oral (vírus A e vírus E), que tem seu mecanismo de transmissão ligado, principalmente, a condições de saneamento básico e higiene pessoal, da água e dos alimentos, e o grupo que tem via de transmissão parenteral, sexual e vertical (vírus B, vírus C e vírus D).

Para o vírus da hepatite C (HCV) o mecanismo mais eficiente para a transmissão é o contato com sangue contaminado. Desta forma, as pessoas com maior risco de terem sido infectadas são aquelas que foram expostas a:

- transfusão de sangue e/ou derivados antes de 1993, época em que foram instituídos no país os testes de triagem sorológica obrigatórios para o HCV nos bancos de sangue;
- compartilhamento de agulhas ou seringas contaminadas e equipamentos de uso de drogas. A prática do uso de droga inalada ou pipada com compartilhamento de canudo pode veicular sangue pela escarificação de mucosa;
- hemodiálise: vários fatores aumentam o risco de aquisição de hepatite C por meio de hemodiálise, geralmente relacionados a não adesão aos protocolos de boas práticas, tais como desinfecção inadequada dos instrumentos e superfícies ambientais;
- tatuagens, piercings, acupuntura, manicures, barbearias e uso de outros objetos perfurocortantes, quando os instrumentos utilizados não forem devidamente limpos e esterilizados;

- procedimentos médico-cirúrgicos e odontológicos: o risco de infecção aumenta nos serviços que não seguem adequadamente as normas de biossegurança preconizadas para cada procedimento.

Outras formas de transmissão incluem:

- transmissão sexual: este não é um mecanismo frequente de transmissão. Estudos científicos mostram uma variabilidade de 0 a 3% de transmissão do HCV por práticas sexuais na população geral, sem fatores de risco para infecções sexualmente transmissíveis. Pessoas com múltiplos parceiros ou aquelas que vivem com HIV têm um risco maior de adquirir e transmitir essa infecção. O relacionamento sexual anal desprotegido aumenta o risco de transmissão do HCV devido a fissuras ou micro traumatismos com passagem de sangue. No sêmen, o vírus foi encontrado em concentrações muito baixas e de forma inconstante, não suficiente para manter a cadeia de transmissão;
- gestação e aleitamento materno: a transmissão do HCV durante a gestação ocorre em menos de 5% dos recém-nascidos de gestantes infectadas por esse vírus. O risco de transmissão aumenta quando a mãe é infectada pelo HIV. A transmissão do HCV pelo aleitamento materno não está comprovada;
- acidente ocupacional: a incidência média de soroconversão após exposição percutânea com sangue

sabidamente infectado pelo HCV é de 1,8% (variação de 0 a 7%). O risco de transmissão em exposições a outros materiais biológicos, que não o sangue, não é quantificado, mas considera-se que seja muito baixo. Nenhum caso de contaminação envolvendo pele não íntegra foi publicado na literatura;

- transplante de órgãos e tecidos: o vírus HCV pode ser transmitido de uma pessoa portadora para outra receptora do órgão contaminado.

Em cerca de 10 a 30% dos casos dessa infecção, não é possível definir qual o mecanismo de transmissão envolvido.

De acordo com a evolução clínica, os vírus A e E apresentam apenas formas agudas de hepatite, não possuindo potencial para desenvolver formas crônicas da infecção. Por outro lado, as hepatites causadas pelos vírus B, C e D podem apresentar tanto formas agudas quanto crônicas da infecção. Desse modo, após a infecção aguda por algum desses vírus, o indivíduo poderá se curar completamente ou desenvolver doença crônica. Esses agravos crônicos evoluem de forma silenciosa por vários anos, sem sintomas, e podem desenvolver cirrose hepática e hepatocarcinoma.

As hepatites A e B podem ser prevenidas por vacinação. A hepatite B é uma infecção sexualmente transmissível e a vacina é a medida de prevenção e de controle mais eficaz. Foi implantada no país, pelo Programa Nacional de Imunização, em 1990, para grupos considerados de maior risco, em 1998 para menores de 1 ano de idade e, desde 2016, está disponível para qualquer idade, independente da condição de vulnerabilidade. A eficácia da vacina de

hepatite B alcança cerca de 90% em adultos e jovens saudáveis e de 95% em lactentes, crianças e adolescentes. O tratamento para hepatite B constitui medida assistencial importante para os casos com indicação, porém sem eliminação do vírus, o que equivale à cura funcional da hepatite B. Para a hepatite A a vacinação foi iniciada em 2014 para crianças aos 12 meses de idade; atualmente está disponível também para pessoas suscetíveis com hepatopatias crônicas.

Existe cura para a Hepatite C. Desde 2015 foram incorporados no SUS os antivirais de ação direta (DAA), que eliminam o vírus em cerca de 95% dos casos tratados. Até agosto de 2019, foram tratadas com os DAA 46.861 pessoas no estado de São Paulo, o que equivale a 37% dos tratamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde para todo o país. Até o momento, não há vacina para a hepatite C.

Rede de Cuidados às Hepatites Virais

A Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais no Estado de São Paulo foi instituída pela Resolução SS n. 16, de 23 de fevereiro de 2015. A qualificação da Rede constitui uma estratégia para o Plano de Eliminação das Hepatites Virais proposto pela OMS até 2030, cujos principais objetivos são: reduzir o número de novas infecções em 90%; reduzir a mortalidade em 60%; aumentar o número de casos diagnosticados e tratados; aumentar o nível de percepção da população em relação à presença das hepatites virais e seus mecanismos de transmissão.

Desde 2016, esta qualificação está sendo implementada junto às regiões de saúde por meio de oficinas com ênfase na linha de cuidado da hepatite C.

O grande desafio, principalmente na população de 40 anos e mais de idade, é o diagnóstico da doença. Por ser de longa evolução e que, geralmente, não apresenta sintomas, essas pessoas podem ter se infectado no passado, principalmente aquelas que receberam transfusão de sangue antes de 1993, quando não havia triagem para doadores de sangue e órgãos, ou que foram submetidas a procedimentos invasivos, quando não havia recomendações estabelecidas de biossegurança. Por isto, a realização de teste para hepatite C pelo menos uma vez na vida e, oportunamente, para pessoas com maior chance de exposição ao vírus é estratégia importante para a identificação dos infectados. Pessoas com HIV devem ser testadas anualmente ou de acordo com a vulnerabilidade à infecção.

Globalmente, a Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 71 milhões de pessoas vivem com hepatite C crônica e que, em 2016 em todo o mundo, aproximadamente 400 mil foram a óbito em consequência de complicações desse agravo, principalmente por cirrose e hepatocarcinoma. Estatísticas internacionais, nas quais o Brasil se inclui, apontam que cerca de 70% das pessoas infectadas nasceram no período de 1945 a 1970.

No Brasil, o Ministério da Saúde estima, de acordo com modelo matemático divulgado em 2017, que 0,7% da população entre 15 e 69 anos teve contato com o vírus da hepatite C (pessoas com teste anti-HCV reagente), o que corresponde a aproximadamente 1 milhão de pessoas. Desses, estima-se que 60,7% têm carga viral detectável, ou seja, quase 700.000 pessoas têm a doença e necessitam, portanto, de acompanhamento e tratamento.

No estado de São Paulo, de acordo com essas estimativas, existem 228.561 casos de pessoas nessa faixa etária com anti-HCV reagente. Dentre essas, 138.736 possuem carga viral detectável para a hepatite C.

De 2000 a dezembro de 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 94.885 casos de hepatite C, que corresponde a 41,5% das notificações no país no período (n= 228.695). Aproximadamente 70% dos casos ocorrem na faixa etária de 40 a 69 anos.

Atividades no Julho Amarelo no Estado de São Paulo, 2018 e 2019

Nos anos de 2018 e 2019, a proposta do Programa Estadual de Hepatites Virais (CVE/CCD/SES-SP) para o Julho Amarelo envolveu a intensificação da testagem para hepatite C com foco nos maiores de 40 anos.

As ações realizadas incluíram: oferta de testes anti-HCV; aconselhamento; encaminhamento dos casos com anti-HCV reagente aos Serviços de Referência, para confirmação do diagnóstico e vinculação dos casos com carga viral detectável para acompanhamento e tratamento, segundo Protocolo Clínico e de Diretrizes Terapêuticas de Hepatite C e Coinfecções do Ministério da Saúde.

Várias atividades aconteceram nos municípios com o objetivo de dar visibilidade ao problema, sensibilizar gestores, profissionais de saúde e a população em geral, bem como facilitar o acesso a testagem, diagnóstico e tratamento da hepatite C.

Em 2018 e 2019, em todo o estado, 363 e 462 municípios, respectivamente, aderiram a essa iniciativa e desenvolveram ações preconizadas (Figuras 1 e 2). A listagem dos municípios encontra-se em <www.cve.saude.sp.gov.br>.

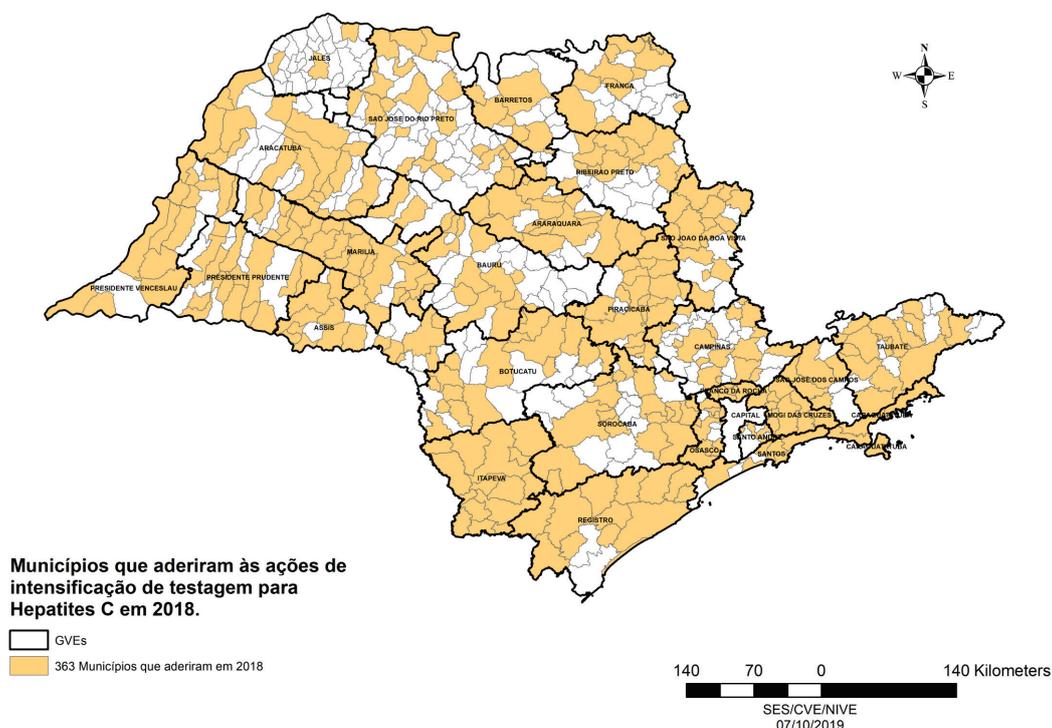


Figura 1. Municípios que aderiram ao Julho Amarelo no ano de 2018 – Estado de São Paulo

Em 2018 foram realizados 91.561 testes para hepatite C sendo 649 testes reagentes, com soroprevalência de anti-HCV de 0,71%.

Em 2019, o número de testes anti-HCV foi de 144.759, com soroprevalência de 0,6% (n = 877).

Destaque-se as atividades organizadas pelo Programa Estadual de Hepatites Virais nos dois anos:

- Evento comemorativo na Casa das Rosas, município de São Paulo, para abertura da intensificação. Houve oferta de aconselhamento, teste rápido para a hepatite C e atividades de prevenção e esclarecimento para a população. Esse evento foi organizado pelo Programa Estadual de Hepatites Virais em parceria com o Programa Estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST/HIV/Aids-CCD/SES-SP e contou com o apoio da Secretaria de Cultura do Estado.
- Realização da “Jornada do Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais B e C”, no Centro de Convenções Rebouças, **São Paulo**, que reuniu cerca de 200 profissionais em cada ano, das áreas clínica e de saúde pública interessados em hepatites virais. Esse evento foi organizado pelo Programa Estadual de Hepatites Virais (CVE/CCD/SES-SP).
- Evento “Julho Amarelo” no Palácio do Governo, com oferta de teste rápido para a hepatite C, aconselhamento, atividades de prevenção e esclarecimentos para os colaboradores, finalizando a intensificação. Foi organizado pelo Programa Estadual de Hepatites Virais (CVE-CCD/SES-SP em parceria com o Programa Estadual de IST HIV/Aids-CCD/SES-SP e os Departamentos Médico e de Recursos Humanos do Palácio do Governo.

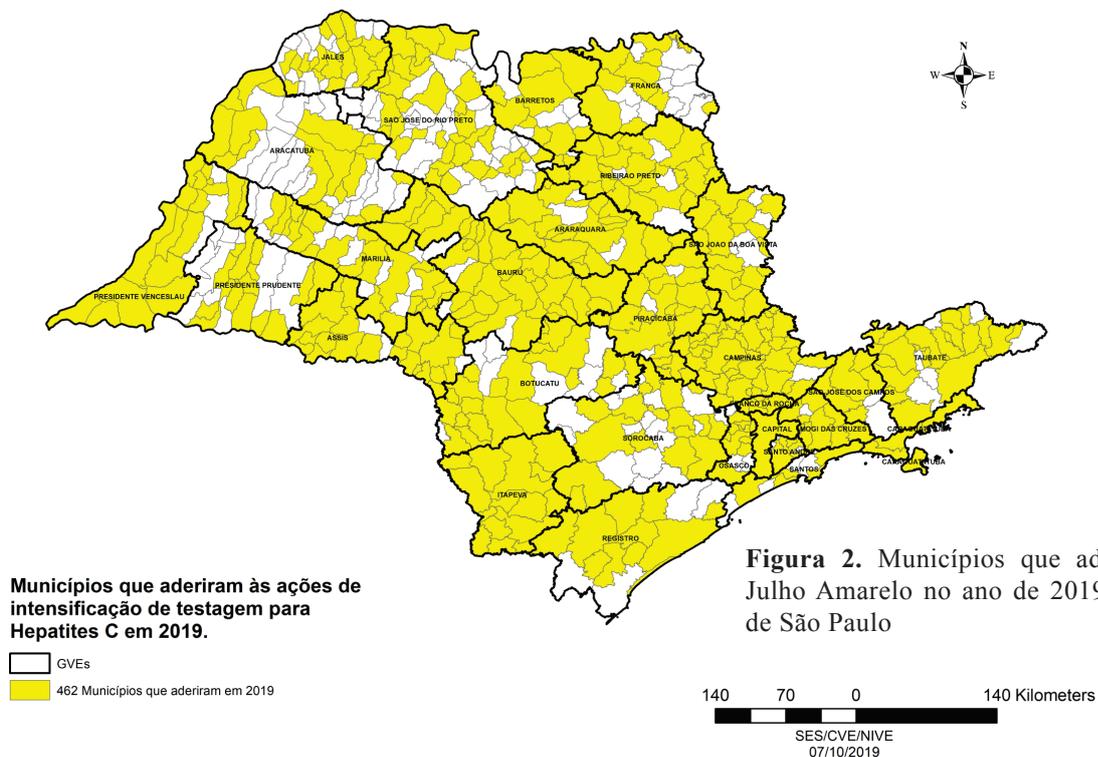


Figura 2. Municípios que aderiram ao Julho Amarelo no ano de 2019 – Estado de São Paulo

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brugmann P, Berg T, Vrehus A, Moreno C. Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in selected countries. *J. viral hepat.* 2014; 21 Suppl 1(s1):5-33. DOI: 10.1111/jvh.12247.
 2. Cavalheiro NP. Sexual Transmission of Hepatitis C. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo.* 2007; 49(5):271-7.
 3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota Informativa nº 149, de 2015. Informa as mudanças no calendário de vacinação para o ano de 2016.
 4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília, 2019.
 5. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Imunização. Programa Estadual de Imunização. *BEPA, Bol. epidemiol. paul.* 2006;3(27):27-8.
 6. World Health Organization. Global hepatitis report, 2017 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [acesso em 19 set 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf;jsessionid=100C1726ABE004F169E2CE176E96751D?sequence=1>
 7. Hepatitis C – Key facts [internet]. World Health Organization; 2019 [acesso em 05 set 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
 8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico Hepatites Virais.* 2019;7(1).
-
-

Dados epidemiológicos

Vigilância Epidemiológica do Sarampo no Estado de São Paulo, Semanas Epidemiológicas de 01 a 38 2019

Epidemiological Surveillance of Measles in the State of São Paulo, Epidemiological Weeks 01 to 38 of 2019

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Centro de Vigilância Epidemiológica - "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil – 2019.



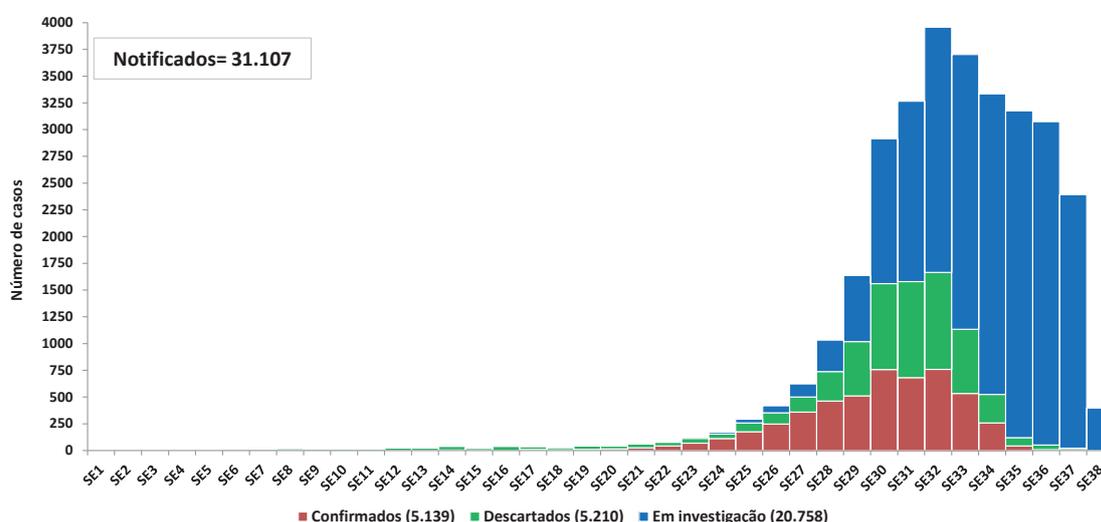
BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO VOL I Nº 8 ANO 2019

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil, em 2019, da semana epidemiológica (SE) 26 a 37 (90 dias), foram registrados 28.525 casos suspeitos de sarampo, 3.906 confirmados, 4.134 descartados e 20.485 estão em investigação. Os casos confirmados estão distribuídos em 17 estados da federação (São Paulo, Rio de Janeiro, Maranhão, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pernambuco, Paraná, Distrito Federal, Espírito Santo, Piauí, Goiás, Rio Grande do Norte, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Sul e Pará).

No estado de São Paulo, da SE 01 até a SE 38 de 2019, foram registrados 31.107 casos suspeitos de sarampo, 5.139 confirmados, 5.210 descartados e 20.758 estão em investigação, como mostrado no Gráfico 1. Entre os casos confirmados, houve o registro de 17,8% de hospitalizações (32,0% das hospitalizações foram em menores de um ano). Até o momento, foram registrados cinco óbitos como mostrado na Tabela 1.

Gráfico 1. Distribuição dos casos notificados de Sarampo (confirmados, descartados e em investigação), por SE no Estado de São Paulo em 2019.

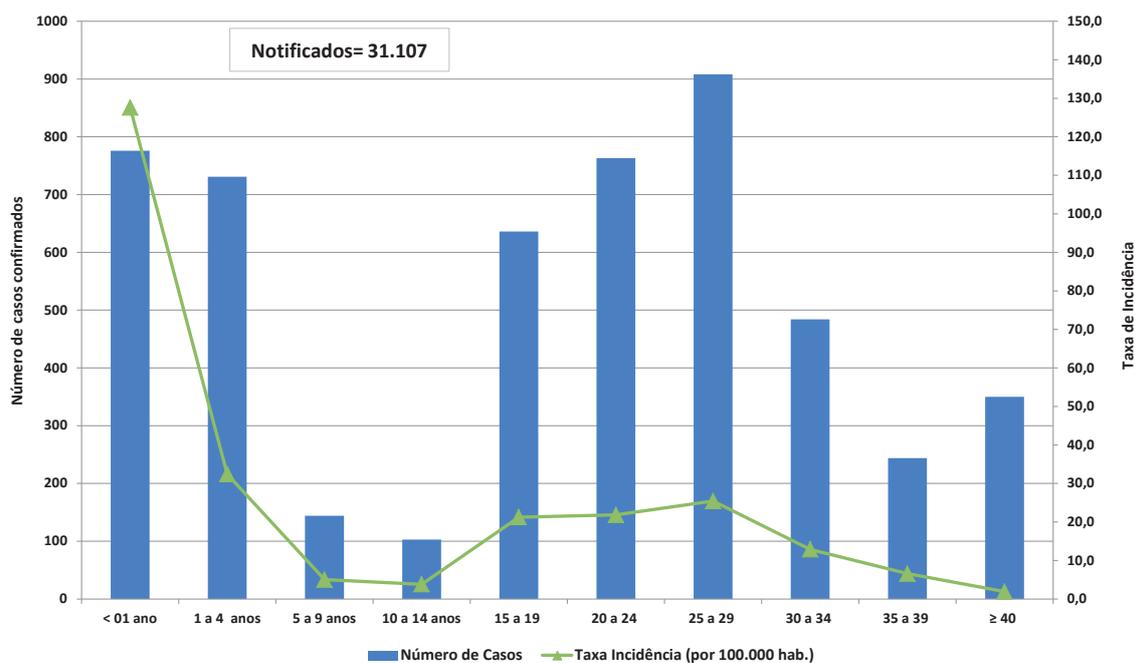


Fonte: SinanNet, dados até 20/09/2019, sujeitos a alteração

A taxa de incidência, o número de casos/óbitos e o percentual de casos confirmados de sarampo, segundo a faixa etária, estão demonstrados no gráfico 2 e na tabela 1. O maior percentual de casos

confirmados concentra-se na faixa etária de 15-29 anos (44,9%). As faixas etárias de maior risco de adoecimento encontram-se entre os menores de um ano de idade, 1-4 anos e 15-29 anos de idade.

Gráfico 2. Taxa de incidência (100 mil habitantes-ano) e o número de casos confirmados de sarampo por faixa etária. Estado de São Paulo, SE 01 a 38 de 2019.



Fonte: SinanNet, dados até 20/09/2019, sujeitos a alteração

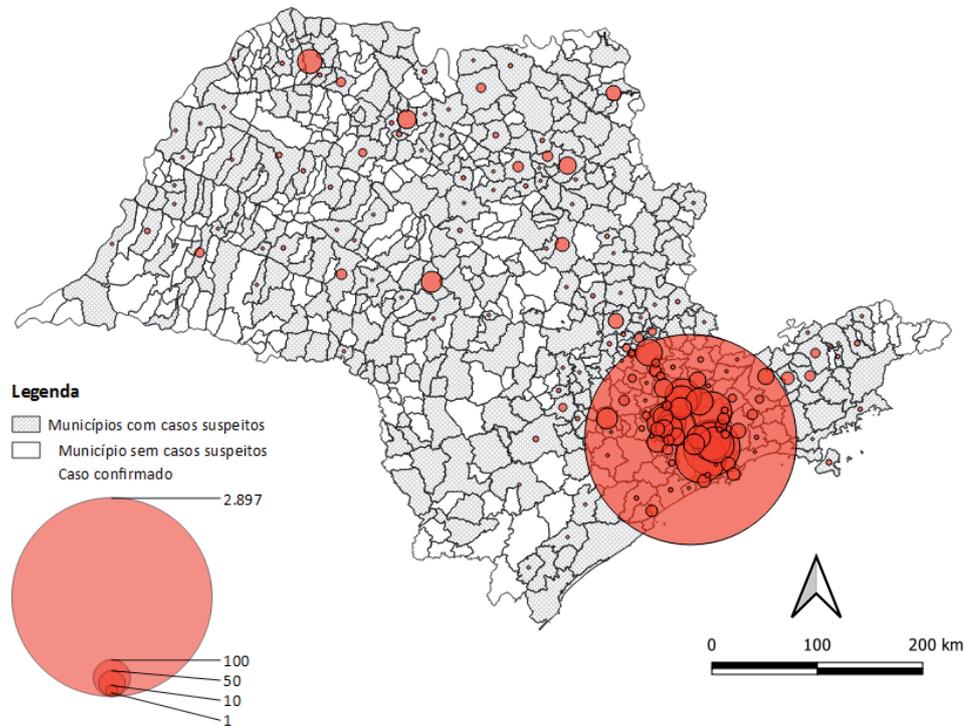
Tabela 1. Taxa de incidência (100 mil habitantes-ano), número de casos/óbitos, e o percentual de casos confirmados de sarampo, segundo a faixa etária. Estado de São Paulo, SE 01 a 38 de 2019.

Faixa Etária (anos)	Número de Casos	Taxa Incidência (casos por 100.000 hab.)	% casos	Número de Óbitos	Óbitos com Condição de risco	Óbitos com Histórico Vacinal
< 01	776	127,6	15,1	3	0	0
1 a 4	731	32,4	14,2	0	0	0
5 a 9	144	5,0	2,8	0	0	0
10 a 14	103	3,8	2,0	0	0	0
15 a 29	2.307	22,9	44,9	0	0	0
30 a 34	484	12,9	9,4	1	1	0
35 a 39	244	6,6	4,7	0	0	0
≥ 40	350	1,9	6,8	1	1	0
Total	5.139	11,6	100,0	5	1	0

Fonte: SinanNet, dados até 20/09/2019, sujeitos a alteração

Os casos suspeitos de sarampo estão distribuídos em 407 municípios e os casos confirmados em 173 municípios do estado

de São Paulo, conforme a Figura 1, sendo que a maioria dos casos suspeitos e confirmados reside na grande São Paulo.



Fonte: SinanNet, BNS,GAL, Fiocruz, dados em 20/09/2019, sujeitos a alteração.

Figura 1. Distribuição geográfica dos casos suspeitos e confirmados de Sarampo, segundo município de residência. Estado de São Paulo, SE 01 a 38 de 2019.

ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO

No estado de São Paulo, em 2019 até o momento, foram administradas 6.889.448 doses da vacina SCR, conforme demonstrado no quadro 1.

A campanha de vacinação para pessoas entre 15 e 29 anos de idade foi realizada nos municípios de São Paulo, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Guarulhos, Mairiporã, Barueri, Carapicuíba, Osasco, Santana do Parnaíba, e Taboão da Serra.

É de fundamental importância realizar ações que minimizem as oportunidades de vacinação perdidas.

Uma nova campanha SELETIVA ocorrerá entre 7 e 25 de outubro de 2019 (Dia "D" 19 de outubro) para crianças de 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias. No período de 18 a 30 de novembro (Dia "D" 30 de novembro) a campanha seletiva será para os adultos de 20 a 29 anos de idade.

Quadro 1. Número de doses aplicadas da vacina SCR por estratégia, Estado de São Paulo, 2019.

Nº DOSES APLICADAS			
Rotina	Bloqueio/varredura/intensificação	Campanha 15-29 anos	TOTAL
2.680.778	2.321.890	1.886.780	6.889.448

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações e planilhas paralelas enviadas pelos GVE e capital (dados provisórios em 20-09-2019).

RECOMENDAÇÕES

Todos os serviços de saúde, estaduais e municipais, devem seguir as orientações e as recomendações preconizadas neste boletim.

Os casos suspeitos de sarampo que cumpram a definição de caso, de acordo com a Ficha de Investigação, deverão ser prontamente encerrados, de acordo com o algoritmo de coleta de amostras biológicas, interpretação de resultados laboratoriais e classificação final dos casos, durante a transmissão ativa do vírus no estado. No presente, o referido instrumento foi elaborado e disponibilizado às vigilâncias epidemiológicas estaduais e municipais.

Os serviços de vigilância epidemiológica deverão excluir as duplicidades e habilitar o fluxo de retorno das fichas epidemiológicas, em investigação, o mais breve possível.

Considerando as orientações do Ministério da Saúde (Boletim Epidemiológico. SVS/MS. 24, Vol. 50/Set.2019), a faixa etária de seis a 11 meses e 29 dias deverá receber a dose zero da vacina SCR (Quadro 2).

Ao lado disso, orienta-se a intensificação da vacinação de rotina, conforme quadro 2, no sentido de interromper a transmissão, reduzir as internações, as complicações e os óbitos, notadamente nos municípios com baixa cobertura vacinal.

Quadro 2. Calendário Vacinal, componente Sarampo, por faixa etária, Estado de São Paulo, 2019.

Faixa etária	Esquema
< 6 meses	Não devem ser vacinados
6 a 11 meses	Uma dose (dose zero, não válida)
1 a 29 anos	Duas doses (válidas)
30 a 59 anos	Uma dose (válida)
> 60 anos	Não precisam ser vacinados

Os trabalhadores da área da saúde devem ter a comprovação de duas doses da vacina com o componente sarampo, independente da faixa etária.

O bloqueio vacinal seletivo deverá ser realizado, preferencialmente, em até 72 horas, em todos os contatos do caso suspeito, a partir dos seis meses de idade, durante a investigação.

A vitamina A (Nota Informativa Nº 193/2019-CGPNI/DEIDT/SVS/MS) é recomendada para a redução da morbimortalidade e prevenção de

complicações em crianças menores de cinco anos de idade. A primeira dose de vitamina A está indicada no momento da suspeita e a segunda dose no dia seguinte. As doses podem variar com a faixa etária.

Os serviços de saúde, estaduais e municipais, devem alertar os equipamentos públicos e privados para que sejam realizadas as seguintes ações:

- Manter-se alerta para a detecção precoce dos casos e resposta rápida;

- Notificar, em no máximo 24h, às Secretarias de Saúde Municipais e/ou Estadual ou a Central de Vigilância do CVE por telefone 0800 555 466 ou on-line (www.cve.saude.sp.gov.br) ou por e-mail (notifica@saude.sp.gov.br);
- Proceder à coleta ou ao resgate de alíquotas de amostras biológicas para a realização do diagnóstico laboratorial, de acordo com o algoritmo de coleta de amostras biológicas, interpretação de resultados laboratoriais e classificação final dos casos, durante a transmissão ativa do vírus, e os protocolos específicos para coleta de amostras biológicas, disponíveis no *site* do CVE.
- Estabelecer fluxo de identificação, acolhimento e isolamento diferenciados aos casos suspeitos de sarampo nas unidades de saúde, no sentido de estabelecer precauções para aerossóis e evitar a disseminação do sarampo, de acordo com as orientações a Profissionais de Saúde disponível no site do CVE.
- Orientar especial atenção na assistência aos casos suspeitos de sarampo com condições de risco para complicações e/ou óbito, a saber: gestantes; crianças, em particular os menores de um ano de idade; e indivíduos com algum grau de imunodepressão primária ou adquirida.
- Orientar aos casos suspeitos de sarampo o isolamento social, ou seja, não frequentar locais públicos, trabalho, escola e outros durante o período de transmissão, no sentido de reduzir a transmissibilidade.
- Orientar o caso suspeito para evitar o contato com pessoas com condições de risco para complicações.
- Recomendar as medidas de prevenção de doenças de transmissão respiratória como: cobrir a boca ao tossir ou espirrar, lavar as mãos frequentemente, não compartilhar objetos de uso pessoal, limpar regularmente as superfícies e manter os ambientes ventilados.
- Para os pacientes internados, recomenda-se permitir visita ou acompanhante que comprove imunização para o sarampo.

A identificação oportuna e o monitoramento de todas as pessoas que tiveram contato com o caso suspeito ou confirmado durante todo o período de transmissibilidade (seis dias antes e quatro dias após o início do exantema) são fundamentais para a adoção e a efetividade das medidas de controle.

LINKS RECOMENDADOS

http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sindrome-da-rubeola-congenita-src/doc/2019/sararub_protocolo_lab_atualizado_19jul19.pdf;

http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sindrome-da-rubeola-congenita-src/doc/2019/sarampo19_protocolo_surtojul19.pdf;

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34932>

https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/WHO_SurveillanceVaccinePreventable_11_Measles_R2.pdf?ua=1

<http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>

www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sindrome-da-rubeola-congenita-src/doc/2019/sarampo19_alerta_profissionais_saude.pdf

Documento elaborado e atualizado pela Equipe Técnica da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/CCD/SES-SP, Equipe Técnica da Divisão de Imunização do CVE/CCD/SES-SP e Diretoria técnica do CVE/CCD/SES-SP, São Paulo/Brasil, setembro de 2019.



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

Dados epidemiológicos

Redução de Códigos Garbage no SIM-Itatiba/SP após medidas de qualificação da Declaração de Óbito

Garbage Code Reduction in SIM-Itatiba SP after death declaration qualification measures

Guerin JM^I, Godoy JHF^{II}, Lima P^{II}, Ferrari SA^{II}

^IResponsável pela Vigilância Epidemiológica de Itatiba, Responsável Técnico do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM-Itatiba); ^{II}Vigilância Epidemiológica do Município de Itatiba

Itatiba é município paulista com 115.051 habitantes (Censo 2010), localizado a 85 Km da capital, na Região Metropolitana de Campinas. Regionalmente, pertence ao Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE XVII – Campinas (figura 1).

Frente à crescente percepção da necessidade de qualificação de causas de óbito, o GVE XVII promoveu o I Encontro Regional sobre *Garbage Code GC* em 19/03/2019. Estes códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10^a

revisão (CID-10), pouco elucidativos como causa básica de óbito, considerados pouco úteis para as ações de políticas públicas, foram definidos em lista prioritária, a saber: A40-A41, C26, C55, C76, C78-C80, I10, I26, I50-I51, I64, I67.9, I69.4, I69.8, J15.9, J18, J96, J98, N17, N19, R (à exceção de R95), V89, X59 e Y09-Y34. A regional recomendou que as equipes municipais, responsáveis pelo sistema de mortalidade e vigilância em saúde, trabalhassem para a redução de Declaração de Óbitos – DO com causas básicas incluídas nesta listagem com liberdade metodológica.

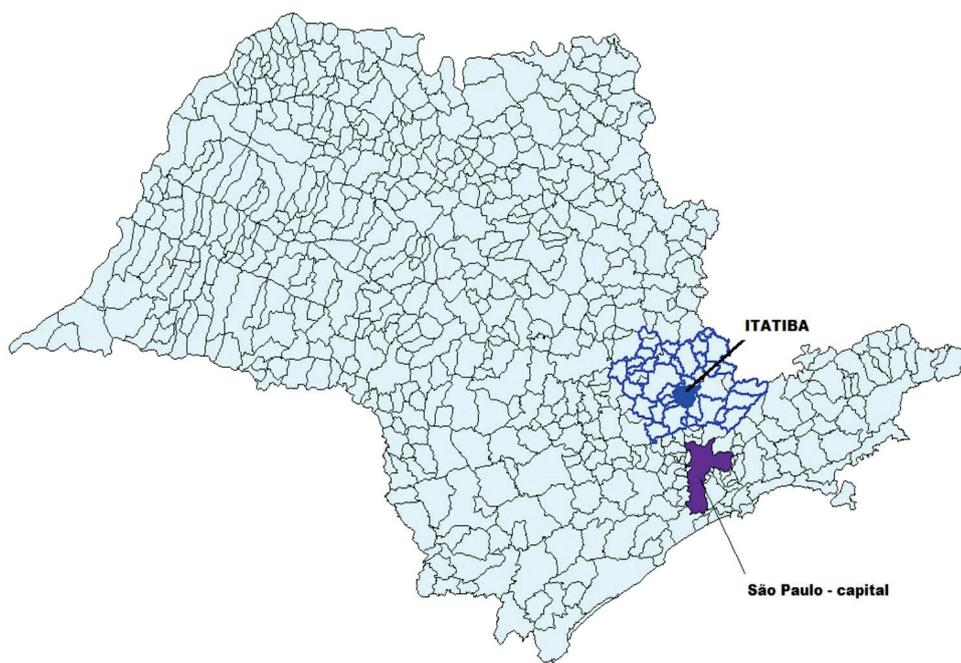


Figura 1. Localização do município de Itatiba, GVE XVII-Campinas, estado de São Paulo, 2019

Em Itatiba, adotou-se a seguinte estratégia: DO com causa-básica *garbage* são separadas pelo digitador do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM. Os casos são levados à reunião semanal da equipe municipal de Vigilância Epidemiológica, com correlação com outros sistemas de informação. Se isso for insuficiente, complementa-se a investigação com revisão de prontuários (hospitalares e ambulatoriais), telefonema para atestante ou familiares e visita domiciliar.

Anos recentes apresentam queda vertiginosa nos códigos *garbage* como causa básica dos óbitos itatibenses (Tabela 1) assim como proporções entre as principais causas básicas pré (todas *garbage*) e

pós-investigação (nenhuma *garbage*) nos 76 óbitos investigados entre janeiro e agosto de 2019 (Tabela 2).

A queda de 36% entre 2018 e 2019 se deve à metodologia adotada, destacando que 57,14% das investigações de óbitos nos últimos cinco anos se concentraram em 2019. Já a queda de 33% entre 2017 e 2018 pode ser pelo aumento do número de profissionais na equipe de vigilância e pela formação em codificação do digitador do SIM.

Reconhece-se que a metodologia adotada ainda é incipiente, mas é observado impacto importante na qualificação do SIM municipal, podendo servir de exemplo para outros municípios.

Tabela 1. Óbitos totais e com causa básica *garbage*, Itatiba, estado de São Paulo – Janeiro a Agosto, 2015 a 2019

Ano	Óbitos (total)	Óbitos (Garbage)	Percentual Garbage
2015	498	172	34,54%
2016	513	173	33,72%
2017	494	164	33,20%
2018	576	129	22,40%
2019	504	72	14,29%

Fonte: SIM/Itatiba

Tabela 2. Causas mais frequentes entre os óbitos investigados (por código da CID10), Itatiba, estado de São Paulo – Janeiro a Agosto, 2019

Pré-investigação			Pós-investigação		
CID	Total	Porcentual	CID	Total	Porcentual
I50	10	13,16%	I11	8	10,53%
I64	10	13,16%	I63	7	9,21%
J18	8	10,53%	I69	6	7,89%
A41	6	7,89%	W18	5	6,58%
Outros	42	55,26%	Outros	50	65,79%

Total de óbitos investigados = 76

Fonte: SIM/Itatiba-SP

Dados epidemiológicos

Central/Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde Central/Health Surveillance Strategic Information Center

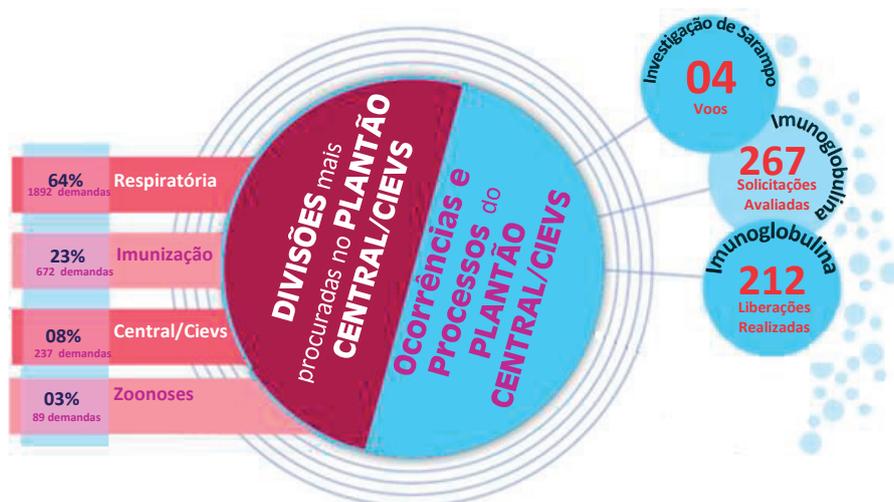
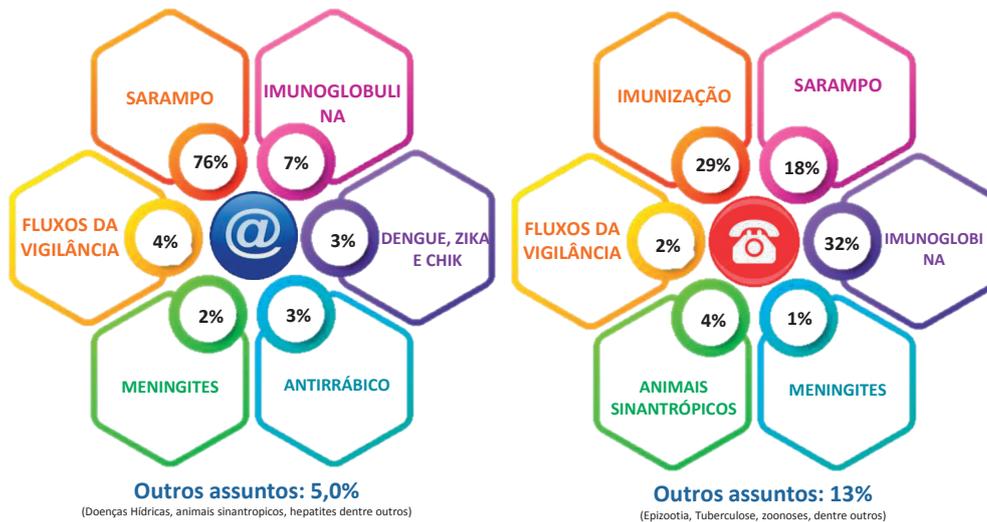
Central/CIEVS. Centro de Vigilância Epidemiológica - “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil – 2019.



PLANTÃO DO CVE

Setembro 2019

De Janeiro a Setembro de 2019 foram registradas **15.538** demandas pelo **Plantão da Central/CIEVS**





Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

Resumo

Associação de métodos para detecção de *Trypanosoma cruzi* em alimentos

Elaine Cristina de Mattos; Vera Lucia Pereira-Chioccola (orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças – Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil – 2017.

RESUMO

A doença de Chagas, causada por *Trypanosoma cruzi*, afeta cerca de 6 a 8 milhões de pessoas no mundo. Embora a transmissão por triatomíneos esteja controlada, outras formas de transmissão têm mantido a infecção, sendo responsáveis pela introdução da doença de Chagas em países não endêmicos. Portanto, a doença de Chagas, atualmente, é um problema de saúde pública mundial. No Brasil, a transmissão oral tem se destacado, sendo que a polpa de açaí e o caldo de cana são os alimentos mais envolvidos em surtos. A dificuldade de isolamento de parasitas em alimentos não tem permitido a análise epidemiológica desses episódios. O objetivo do presente estudo foi padronizar um método laboratorial de detecção de *T. cruzi* em alimentos. Para atingir este objetivo estudamos as seguintes estratégias: i. padronização da PCR convencional (cPCR) e em tempo real (qPCR) para a determinação de *T. cruzi* em polpa de açaí e caldo de cana; ii. avaliação da semeadura de alimentos infectados em meio de cultura LIT a fim de aumentar a carga parasitária potencializando a sua detecção na PCR; iii. estudo da viabilidade e a integridade de *T. cruzi* em alimentos a fim de determinar o tempo ideal para realizar as análises em alimentos infectados; iv. aplicação da técnica de pesquisa de sujidades leves para detecção de fragmentos dos triatomíneos como indicador da contaminação. Todos os ensaios foram realizados em amostras de polpa de açaí e caldo de cana infectadas com diferentes concentrações de *T. cruzi* (cepa Y). Os resultados revelaram que o procedimento ideal para pesquisa de *T. cruzi* em polpas de açaí e caldo de cana consistiu em: i. centrifugação do alimento; ii. extração de DNA com kit comercial para matriz fezes e; iii. qPCR utilizando iniciadores específicos para *T. cruzi*. A cPCR se mostrou também eficiente para detecção do parasita em alimentos, sendo os limites de detecção de 1×10^1 e 1×10^2 tripomastigotas nos sedimentos de polpa de açaí e caldo de cana, respectivamente. A semeadura em meio LIT dos alimentos infectados experimentalmente não foi eficiente para aumentar a carga parasitária. Os testes de viabilidade mostraram que os tripomastigotas mantiveram-se viáveis nas amostras de caldo de cana por mais de 24 horas, mas na polpa de açaí os parasitas sobreviveram por até 8 horas. As técnicas para pesquisa de sujidades leves permitiram a recuperação e caracterização dos fragmentos de triatomíneos, como indicador da contaminação por *T. cruzi*. Estes dados dão subsídios para concluir que a qPCR padronizada para detecção de *T. cruzi* em amostras de alimentos poderá atender a demanda de diagnóstico dos surtos de infecção oral de doença de Chagas aguda, juntamente com a pesquisa de sujidades leves, contribuindo para o esclarecimento dos casos e como suporte para as ações de vigilância em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: *Trypanosoma cruzi*, análise de alimentos, surtos de doenças, doença de Chagas, Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real.

Abstract

Association of methods for *Trypanosoma cruzi* detection in food

Elaine Cristina de Mattos; Vera Lucia Pereira-Chioccola (orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças – Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil – 2017.

ABSTRACT

Chagas disease, caused by *Trypanosoma cruzi*, affects approximately 6 to 8 million people worldwide. Although triatomine bug transmission is controlled, other forms of transmission have maintained the infection and are responsible for introduction of Chagas disease in non-endemic countries. Therefore, Chagas disease is currently a global public health problem. In Brazil, oral transmission has been prominent. Acai pulp and sugarcane juice are the foods most frequently involved in outbreaks. The difficulty to isolate parasites in food has not allowed the epidemiological analysis of these episodes. The objective of the present study was to standardize a laboratory method for the detection of *T. cruzi* in food. To achieve this goal, we studied the following strategies: i. standardization of the conventional PCR (cPCR) and real time (qPCR) to determine *T. cruzi* in acai pulp and sugarcane juice; ii. evaluation of seeding of infected food in LIT culture medium in order to increase the parasite load, thus enhancing its detection in PCR; iii. *T. cruzi* viability and integrity studies in food to determine the ideal time to perform analyses in infected foods; iv. application of light filth analysis for the detection of triatomine bug fragments as an indicator of contamination. All assays were performed on acai pulp and sugarcane juice samples infected with different concentrations of *T. cruzi* (strain Y). Results revealed that the ideal procedure for *T. cruzi* screening on acai pulp and sugarcane juice consisted of: i. centrifugation of food; ii. DNA extraction with commercial kit for stool matrix and; iii. qPCR using specific primers for *T. cruzi*. The cPCR was also efficient to detect the parasite in food, with detection limits of 1×10^1 and 1×10^2 trypomastigotes in the acai pulp and sugarcane juice sediments, respectively. Seeding in LIT media of experimentally infected foods was not efficient to increase parasite load. Viability tests showed that trypomastigotes remained viable in the cane juice samples for more than 24 hours, but in the acai pulp the parasites survived for up to 8 hours. The techniques to investigate light filth allowed the recovery and characterization of triatomine bug fragments as an indicator of *T. cruzi* contamination. These data support the conclusion that the standardized qPCR to detect *T. cruzi* in food samples could meet the demand for diagnosis of outbreaks of oral infection of acute Chagas disease, together with the investigation of light filth, thus contributing to the clarification of cases and working as a support for health surveillance actions.

KEYWORDS: *Trypanosoma cruzi*, food analysis, outbreaks, Chagas disease, real time polymerase chain reaction.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

O BEPA. **Boletim Epidemiológico Paulista, criado em 2004**, é uma publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), responsável pelo planejamento e execução das ações de promoção à saúde e prevenção de quaisquer riscos, agravos e doenças, nas diversas áreas de abrangência do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP).

Missão

Editado nos formatos impresso e eletrônico, o BEPA tem o objetivo de documentar e divulgar trabalhos relacionados à vigilância em saúde, de maneira ágil, estabelecendo um canal de comunicação entre as diversas áreas técnicas e instâncias do SUS-SP. Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde, o Boletim propõe o incentivo à produção de trabalhos técnico-científicos desenvolvidos no âmbito da rede de saúde. Nesse sentido, proporciona a atualização e o aprimoramento dos profissionais e das instituições responsáveis pelos processos de prevenção e controle de doenças, das esferas pública e privada.

Arbitragem

Os manuscritos submetidos ao BEPA devem atender às instruções aos autores, que seguem as diretrizes dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos, editados pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (Committee of Medical Journals Editors – Grupo de Vancouver), disponíveis em: <http://www.icmje.org/>

Processo de revisão

Os trabalhos publicados no BEPA passam por processo de revisão por especialistas. A Coordenação Editorial faz uma revisão inicial para avaliar se os autores atenderam aos padrões do boletim, bem como às normas para o envio dos originais. Em seguida, artigos originais e de revisão são encaminhados a dois revisores da área pertinente, sempre de instituições distintas daquela de origem dos artigos, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos

autores. Após receber os pareceres, os Editores, que detêm a decisão final sobre a publicação ou não dos trabalhos, avaliam a aceitação dos artigos sem modificações, a recusa ou a devolução aos autores com as sugestões apontadas pelos revisores.

Tipos de artigo

1. Artigo original – Apresenta resultados originais provenientes de estudos sobre quaisquer aspectos da prevenção e controle de riscos e agravos e de promoção da saúde, desde que no escopo da epidemiologia, incluindo relatos de casos, surtos e/ou vigilância. Esses artigos devem ser baseados em novos dados ou perspectivas relevantes para a saúde pública. Devem relatar os resultados a partir de uma perspectiva de saúde pública, podendo, ainda, ser replicados e/ou generalizados por todo o sistema (o que foi encontrado e o que a sua descoberta significa). Extensão máxima de 6.000 palavras; 10 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); 40 referências bibliográficas. Resumo em português e em inglês (*abstract*), com no máximo 250 palavras, e entre três e seis palavras-chave (*keywords*).

2. Revisão – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo os limites do tema. Extensão máxima de 6.000 palavras; resumo (*abstract*) de até 250 palavras; entre três e seis palavras-chave (*keywords*); sem limite de referências bibliográficas; seis ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

3. Artigos de opinião – São contribuições de autoria exclusiva de especialistas convidados pelo Editor Científico, destinadas a discutir ou tratar, em maior profundidade, de temas relevantes ou especialmente oportunos, ligados às questões de saúde pública. Não há exigência de resumo ou *abstract*.

4. Artigos especiais – São textos não classificáveis nas categorias acima referidas, aprovados pelos Editores por serem considerados de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

5. Comunicações rápidas – São relatos curtos, destinados à rápida divulgação de eventos significativos

no campo da vigilância à saúde. A sua publicação em versão impressa pode ser antecedida de divulgação em meio eletrônico. Extensão máxima de 2.000 palavras; sendo opcional a inclusão de resumo (até 150 palavras), palavras-chave (entre três e seis), ilustrações e referências. É recomendável que os autores das comunicações rápidas apresentem, posteriormente, um artigo mais detalhado.

6. Informe epidemiológico ou entomológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças, agravos, vetores e programas de prevenção ou eliminação. Sua estrutura é semelhante à do artigo original, porém sem resumo ou palavras-chave; extensão máxima de 5.000 palavras; 15 referências; quatro ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

7. Informe técnico – Texto institucional que tem por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Inclui, ainda, a divulgação de práticas, políticas e orientações sobre promoção à saúde e prevenção e controle de riscos e agravos. Extensão máxima de 5.000 palavras; seis ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); 30 referências bibliográficas. Não inclui resumo nem palavras-chave.

8. Resumo – Serão aceitos resumos de teses e dissertações até dois anos após a defesa. Devem conter os nomes do autor e do orientador, título do trabalho (em português e inglês), nome da instituição em que foi apresentado e ano de defesa. No máximo 250 palavras e entre três e seis palavras-chave.

9. Pelo Brasil – Deve apresentar a análise de um aspecto ou função específica da promoção à saúde, vigilância, prevenção e controle de agravos nos demais Estados brasileiros. Extensão máxima de 3.500 palavras; resumo com até 250 palavras; entre três e seis palavras-chave; 20 referências; seis ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

10. Atualizações – Textos que apresentam, sistematicamente, atualizações de dados estatísticos gerados pelos órgãos e programas de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças do Estado de São Paulo. Até 3.000 palavras e oito ilustrações. Não inclui resumo nem palavras-chave.

11. Republicação de artigos – são artigos publicados em outros periódicos de relevância, nacionais ou

internacionais, abordando temas importantes cuja veiculação seja considerada, pelos Editores, de grande interesse à saúde.

12. Relatos de encontros – Devem focar o conteúdo do evento e não sua estrutura. Extensão máxima de 2.000 palavras; 10 referências (incluindo eventuais *links* para a íntegra do texto). Não incluem resumo nem palavras-chave.

13. Notícias – São informações oportunas de interesse para divulgação no âmbito da saúde pública. Até 600 palavras, sem a necessidade de referências.

14. Dados epidemiológicos – Atualizações de dados estatísticos sobre agravos e riscos relevantes para a saúde pública, apresentadas por meio de tabelas e gráficos. Inclui contextualização dos dados em até 300 palavras.

15. Recortes Históricos – Texto com informações que registram determinado período, personagem ou fato da história da saúde pública e da ciência. Sua revisão admite critérios próprios da Coordenação Editorial. A inclusão de bibliografia é opcional.

16. Cartas – As cartas permitem comentários sobre artigos veiculados no BEPA, e podem ser apresentadas a qualquer momento após a sua publicação. No máximo 600 palavras, sem ilustrações.

Observação: Informes técnicos, Informes epidemiológicos, Pelo Brasil, Atualizações e Relatos de encontros devem ser acompanhados de carta de anuência do diretor da instituição à qual o(s) autor(es) e o objeto do artigo estão vinculados.

Apresentação dos trabalhos

A cada trabalho deverá ser anexada uma carta de apresentação, assinada por todos os autores, dirigida à Coordenação Editorial do Boletim Epidemiológico Paulista. Nela deverão constar as seguintes informações: o trabalho não foi publicado, parcial ou integralmente, em outro periódico; nenhum autor tem vínculos comerciais que possam representar conflito de interesses com o trabalho desenvolvido; todos os autores participaram da elaboração do seu conteúdo (elaboração e execução, redação ou revisão crítica, aprovação da versão final).

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar, em MÉTODOS, que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de Helsinkí e aprovada por comissão de ética reconhecida pela Comissão Nacional

de Ética em Pesquisa (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O trabalho deverá ser redigido em Português (BR), com entrelinhamento duplo. O manuscrito deve ser encaminhando em formato eletrônico (e-mail, CD-Rom) e impresso (folha A4), aos cuidados da Coordenação Editorial do BEPA, no seguinte endereço:

Boletim Epidemiológico Paulista
Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 124
Pacaembu – São Paulo/SP – Brasil
CEP: 01246-000
E-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

O manuscrito deverá ser apresentado segundo a estrutura das normas de Vancouver: título; autores e instituições; resumo e abstract; introdução; metodologia; resultados; discussão e conclusão; agradecimentos; referências bibliográficas; e tabelas, figuras e fotografias.

Página de rosto – Contém o título do artigo, que deve ser conciso, específico e descritivo, em português e inglês. Em seguida, deve ser colocado o nome completo de todos os autores e a instituição a que pertencem; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; se subvencionado, indicar o nome da agência de fomento que concedeu o auxílio e o respectivo nome/número do processo; se foi extraído de dissertação ou tese, indicar título, ano e instituição em que foi apresentada.

Resumo – Colocado no início do texto, deve conter a descrição, sucinta e clara, dos propósitos do estudo, metodologia, resultados, discussão e conclusão do artigo. Em muitos bancos de dados eletrônicos o resumo é a única parte substantiva do artigo indexada e, também, o único trecho que alguns leitores leem. Por isso, deve refletir, cuidadosamente, o conteúdo do artigo.

Palavras-chave (descritores ou unitermos) – Seguindo-se ao resumo, devem ser indicadas no mínimo três e no máximo seis palavras-chave do conteúdo, que têm por objetivo facilitar indexações cruzadas dos textos e publicações pela base de dados, juntamente com o resumo. Em português, as palavras-chave deverão ser extraídas do vocabulário Descritores em Ciências em Saúde (DeCS), da Bireme (<http://decs.bvs.br/>); em inglês, do Medical Subject Headings (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>). Caso não sejam encontradas palavras-chave adequadas à temática

abordada, termos ou expressões de uso corrente poderão ser empregados.

Introdução – Iniciada em página nova, contextualiza o estudo, a natureza das questões tratadas e sua significância. A introdução deve ser curta, definir o problema estudado, sintetizar sua importância e destacar as lacunas do conhecimento abordadas.

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

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

Discussão – Deve começar com a apreciação das limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, explorando adequada e objetivamente os resultados.

Conclusão – Traz as conclusões relevantes, considerando os objetivos, e indica formas de continuidade do trabalho.

Agradecimentos – Em havendo, deve-se limitar ao mínimo possível, sempre ao final do texto.

Citações bibliográficas – A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Ao longo do artigo, o número de cada referência deve corresponder ao número sobrescrito, **colocado sem parênteses e imediatamente após a respectiva citação**. Devem ser numeradas, a partir daí, consecutivamente.

Exemplo:

“No Brasil, a hanseníase ainda é um problema a ser equacionado e, no Estado de São Paulo, há várias regiões com altas taxas de detecção.¹ Dentre as diversas medidas tomadas pelo Ministério da Saúde (MS)² para eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública no País, atingindo a prevalência de um caso para cada 10 mil habitantes, destacam-se as ações de educação e informação,

preconizadas para todos os níveis de complexidade de atenção.”

Referências bibliográficas – listadas ao final do trabalho, devem ser numeradas de acordo com a ordem em que são citadas no texto. A quantidade de referências deve se limitar ao definido em cada tipo de artigo aceito pelo BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista.

A normalização das referências deve seguir o estilo *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (Vancouver), <http://www.icmje.org/>.

Para referências cujos exemplos não estejam contemplados neste texto, consultar os *links*: Guia de Apresentação de Teses (Modelo para Referências) da Faculdade de Saúde Pública/USP, http://www.bvs-p.fsp.usp.br:8080/html/pt/paginas/guia/i_anexo.htm ou *Citing Medicine, 2nd edition*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>.

Segundo as normas de Vancouver, os títulos de periódicos são abreviados conforme aparecem na Base de dados PubMed, da *US National Library of Medicine*, disponível no site <http://www.pubmed.gov>, selecionando *Journals Database*.

Para consultar títulos de periódicos nacionais e latino-americanos: <http://portal.revistas.bvs.br/main.php?home=true&lang=pt>.

Exemplos de Referências:

a) Artigos de periódicos:

Se a publicação referenciada apresentar dois ou mais autores, indicam-se até os seis primeiros, seguidos da expressão *et al*.

1. Opromolla PA, Dalbem I, Cardim M. Análise da distribuição espacial da hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. *Rev bras epidemiol.* 2005;8(4):356-64.
2. Ponce de Leon P, Valverde J, Zdero M. Preliminary studies on antigenic mimicry of *Ascaris Lumbricoides*. *Rev latinoam microbiol.* 1992;34:33-8.
3. Carlson K. Reflections and recommendations on reserch ethics in developing countries. *Soc Sci Med.* 2002;54(7):1155-9.

b) Livros:

1. Pierson D, organizador. *Estudos de ecologia humana: leituras de sociologia e antropologia social*. São Paulo: Martins Fontes; 1948.

A indicação da edição é necessária a partir da segunda.

c) Capítulos de livro:

1. Wirth L. História da ecologia humana. In: Pierson D, organizador. *Estudos de ecologia humana: leituras de sociologia e antropologia social*. São Paulo: Martins Fontes; 1948. p.64-76.

d) Autoria corporativa:

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Amamentação e uso de drogas*. Brasília (DF); 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. *Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos*. Ginebra; 1993. (DAP. 93.1).

e) Dissertações de mestrado, teses e demais trabalhos acadêmicos:

1. Moreira MMS. *Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento [dissertação de Mestrado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
2. Rotta CSG. *Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial [tese de Doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

f) Trabalhos apresentados em congressos, simpósios, encontros, seminários e outros:

1. Levy MSF. *Mães solteiras jovens*. In: *Anais do 9º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 1994; Belo Horizonte, BR. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1995. p. 47-75.
2. Fischer FM, Moreno CRC, Bruni A. *What do subway workers, commercial air pilots, and truck drivers have in common?* In: *Proceedings of the 12. International Triennial Congress of the International Ergonomics Association*; 1994 Aug 15-19; Toronto, Canada. Toronto: IEA; 1994. v. 5, p. 28-30.

g) Documentos eletrônicos:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. *Síntese de indicadores sociais 2000* [acesso em 5 mar. 2004]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Calendário de vacinas para crianças/2008* [base de dados na internet]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2619&tipo_detalhe=s&print=1

3. Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 25 maio 2004];35:23-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102001000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

h) Legislação:

1. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. Instrução Normativa n. 62, de 26 de agosto de 2003. Oficializa os métodos analíticos oficiais para análises microbiológicas para o controle de produtos de origem animal e água. Diário Oficial da União. 18 set. 2003; Seção 1:14.
2. São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 18 mar. 1999; Seção 1:1.
3. Casos não contemplados nestas instruções devem ser citados conforme indicação do *Committee of Medical Journals Editors* (Grupo Vancouver), disponível em <http://www.cmje.org>.

Tabelas – devem ser apresentadas em folhas separadas ou arquivo a parte, numeradas consecutivamente com

algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. A cada uma deve ser atribuído um título breve, evitando-se linhas horizontais ou verticais. Notas explicativas devem ser limitadas ao menor número possível e colocadas no rodapé das tabelas, não no cabeçalho ou título. Os arquivos não poderão ser apresentados em formato de imagem.

Quadros – são identificados como tabelas, seguindo numeração única em todo o texto. A exemplo das tabelas, devem ser apresentados, da mesma forma, em folhas separadas ou arquivo a parte, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. Também não poderão ser apresentados no formato de imagem.

Figuras – fotografias, desenhos, gráficos etc., citados como figuras, devem ser numerados consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que forem mencionados no texto, por número e título abreviado no trabalho. As legendas devem ser apresentadas conforme as tabelas. As ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, em resolução de no mínimo 300 dpi.

Orientações Gerais – tabelas, ilustrações e outros elementos gráficos devem ser nítidos e legíveis, em alta resolução. Se já tiverem sido publicados, mencionar a fonte e anexar a permissão para reprodução. O número de elementos gráficos está limitado ao definido em cada tipo de artigo aceito pelo BEPA. Abreviaturas, quando citadas pela primeira vez, devem ser explicadas.

Instruções na íntegra em:

<http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/publicacoes/bepa-edicoes-em-pdf>



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

