

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

Boletim Epidemiológico Paulista

BEPA 115

Volume 10 Número 115 julho/2013

Nesta edição

Editorial.....	1
Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco no Estado de São Paulo <i>Environment healthy program and tobacco free in São Paulo State</i>	3
Indicadores de infestação vetorial no controle de dengue <i>Indicators of vectorial infestation in the control of dengue</i>	21
Programa Estadual DST/Aids-SP faz 30 anos <i>Estadual STD/AIDS Program SP- turns 30 years old</i>	25
Obtenção de peptídeos bioativos (criptídeos) pela ação da tripsina e serinoproteases do veneno de <i>Bothrops jararaca</i> sobre substratos endógenos <i>Obtention of bioactive peptives (cryprides) by the action of trypsin and serine proteases from the venom of Bothrops jararaca on endogenous substrates</i>	47
Instruções aos Autores <i>Author's Instructions</i>	49

Expediente



COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Av. Dr Arnaldo, 351
1º andar – sala 133

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: Marcos Boulos

Editor Executivo: Clelia Aranda

Editores Associados:

Aglae Neri Gambirasio – ICF/CCD/SES-SP

Alberto José da Silva Duarte – IAL/CCD/SES-SP

Ana Freitas Ribeiro – CVE/CCD/SES-SP

Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP

Luciana Hardt – IP/CCD/SES-SP

Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/CCD/SES-SP

Maria Clara Gianna – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP

Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP

Moisés Goldbaum – Sucen/SES-SP

Comitê Editorial:

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP

Angela Tayra – CRT/AIDS/CCD/SES-SP

Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – IB/SES-SP

Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP

Dalva Mari Valério Wanderley – SUCEN/SES-SP

Ivanete Kotait – IP/CCD/SES-SP

Maria Bernadete de Paula Eduardo – CVE/CCD/SES-SP

Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP

Patrícia Sanmarco Rosa – ILSL/SES-SP

Coordenação Editorial:

Leticia Maria de Campos

Lilian Nunes Schiavon

Maria de Fátima Costa Pires

Sylia Rehder

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

Kátia Rocini – Revisão

Marcos Rosado – Projeto gráfico/editoração eletrônica

Consultores Científicos:

Albert Figueiras – Espanha

Alexandre Silva – CDC Atlanta

Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP

Exedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP

Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu- SP

Gonzalo Vecina Neto – FSP/USP

Hélio Hehl Caiaffa Filho – HC/FMUSP

José Cássio de Moraes – FCM-SC/SP

José da Silva Guedes – IB/SES-SP

Gustavo Romero – UnB/CNPQ

Hiro Goto – IMT/SP

José da Rocha Carvalheiro – Fiocruz-RJ

Luiz Jacintho da Silva – FM/Unicamp

Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP

Paulo Roberto Teixeira – OMS

Ricardo Ishak – CNPQ/UF Pará

Roberto Focaccia – IER/SES-SP

Wilma Pinheiro Gawyszewsk – OPAS

Centro de Documentação – CCD/SES-SP

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo:

Lilian Nunes Schiavon

Eliete Candida de Lima Cortez

Sandra Alves de Moraes

CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Disponível em:

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

Editorial

A transição epidemiológica é uma teoria que pode traduzir o momento socioeconômico e científico dos países. Segundo Omran, primeiro autor a sistematizar esse conceito (1971), o processo é composto pela “era de pestilência e da fome”, passando pelo “declínio das pandemias”, até a “era das doenças degenerativas e causadas pelo homem”. Países em desenvolvimento, como o Brasil, experimentam desafios mistos: dar respostas de saúde pública a essas antigas doenças e também a agravos ligados ao aumento da expectativa de vida, hábitos e questões ambientais. Nesse cenário, exemplificando de forma simplista, a dengue divide verbas e a atenção dos gestores com o aumento de casos de câncer. Estamos, então, transitando na terceira era descrita por Omran.

Em nenhum outro estado da União essa condição da transição epidemiológica é tão bem demarcada como em São Paulo. Temos avanços importantes nas questões de saneamento básico, temos ótimas coberturas vacinais que domam doenças como sarampo e pólio e temos o aumento da expectativa de vida da população. Mas estamos alerta para o aumento dos casos de doenças crônico-degenerativas, como as neoplasias, e as coronarianas. A gestão tem dado respostas a isso de diversas formas. Uma delas foi a criação da Lei Antifumo (2009), iniciativa pioneira da saúde paulista que estabeleceu limites rígidos para o uso do tabaco em locais públicos. O objetivo maior é a preservação da saúde do chamado fumante passivo e do próprio fumante, que muitas vezes diminui a queima de cigarros pelos embaraços sociais.

Costumamos dividir a legislação que pretende mudar os hábitos das pessoas entre aquelas que “pegam” e as que “não pegam”. A Lei Antifumo pegou. Um sucesso da saúde pública que muito se deve à estratégia de comunicação para a divulgação das medidas que seriam adotadas e à escolha do executor dessas medidas, no caso, o Centro de Vigilância Sanitária (CVS), órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde.

Quatro anos após sua implantação, o CVS produziu um artigo especial que publicamos nesta edição do Bepa. Vale a pena ler esse trabalho que registra e fundamenta todas as ações, do marketing ao trabalho de campo, sempre atreladas ao objetivo de reduzir o número de doentes pelos males do tabaco e o impacto econômico para o Sistema Único de Saúde.

Em pouco tempo teremos trabalhos científicos comprovando a relação direta entre a execução da lei paulista e a curva descendente das interações por doenças relacionadas ao tabaco. Todos comemorarão.

Boa leitura!

Marcos Boulos
Editor



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

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

Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco no Estado de São Paulo *Environment healthy program and tobacco free in São Paulo State*

Maria Cristina Megid; Luís Sérgio Ozório Valentim; Cristina E. Shimabukuro; Elaine D'Amico
Centro de Vigilância Sanitária/CCD/SES, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

A exposição à fumaça do cigarro é um problema de saúde pública com feições históricas e amplitude global. Estima-se que cinco milhões de pessoas morram anualmente no mundo em decorrência dos males do tabaco, 200 mil delas são brasileiras. Uma em cada duas pessoas que fumam durante 40 anos têm morte associada a esse hábito. Portanto, a indústria do tabaco mata, a longo prazo, metade de seus consumidores. Embora evidências científicas apontem nesse sentido, tal segmento econômico ainda se mantém vigoroso, beneficiando, dia a dia, 20 mil toneladas de tabaco para o consumo diário de 20 bilhões de cigarros no mundo, ou sete trilhões de unidades anuais, que abastecem cerca de 1,3 bilhões de fumantes.

A literatura médica internacional é farta em relatar os impactos dessa atividade econômica na saúde da população. Cerca de 30% dos casos de câncer que se manifestam no planeta apresentam relação com a fumaça do cigarro. No tocante ao câncer de pulmão – neoplasia que mais mata –, 80% dos casos derivam da exposição direta ou indireta às substâncias tóxicas emitidas pelos produtos fumígenos. As campanhas de saúde pública, as restrições legais e a presença de uma sociedade esclarecida sobre os males do fumo nas nações mais desenvolvidas têm deslocado, nas últimas décadas, a geografia do consumo do tabaco para os países de economia periférica.

No Brasil, cerca de 15% da população adulta fuma; na capital do Estado, a prevalência do tabagismo chega a 19%.* A despeito das campanhas de saúde pública estarem tradicionalmente direcionadas ao fumante propriamente dito, a exposição às substâncias tóxicas do cigarro não se limita aos seus usuários, pois os que compartilham ambientes fechados ou parcialmente fechados com fumantes também se expõem. Tal fato é conhecido como fumo passivo.

Em recintos fechados, onde a fumaça tende a se concentrar, mesmo quem não fuma se sujeita aos males do tabaco quando em companhia de fumantes. Irritações nasais e oculares, dores de cabeça e sensação de secura na garganta são sintomas que o fumante passivo pode apresentar quando eventualmente exposto às substâncias presentes na fumaça do cigarro. Quando a exposição é crônica, as consequências se acentuam, com sinusites, otites e riscos mais intensos de infarto, derrame, enfisema e câncer.

Nesse contexto de extrema importância para a saúde pública, São Paulo tomou a iniciativa de regulamentar o tema, para além do arcabouço legal existente no país, ainda defasado em relação às diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), expressas na Convenção Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco, do qual o Brasil é signatário desde 2006. O texto da convenção é enfático ao afirmar que “(...) a

*De acordo com dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), divulgados em abril de 2012, que considera o percentual de fumantes acima de 18 anos de idade em relação ao total da população na mesma faixa etária.

ciência demonstrou de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade”.

Após amplo debate, que envolveu segmentos representativos da sociedade, foi aprovada em maio de 2009 a Lei Estadual 13.541, conhecida

popularmente como lei antifumo. Em síntese, a proposta que resultou na lei conferiu ênfase na proteção ao fumante passivo, proibindo o consumo de cigarro e quaisquer outros produtos derivados do tabaco em ambientes de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados.



Figura 01. As muitas faces da consolidação do tabaco como mercadoria de importância na sociedade moderna.



Figura 2. As muitas faces da glamorização do uso do tabaco na sociedade moderna.



Figura 3. As muitas faces do incentivo ao uso de produtos fumígenos e o uso arraigado do cigarro na sociedade moderna.



Figura 4. As muitas faces do incentivo ao uso de produtos fumígenos e o uso arraigado do cigarro na sociedade moderna, com destaque para os países subdesenvolvidos e populações vulneráveis.

Estratégia para Implantação

Nas estratégias do Governo do Estado, ao propor à Assembleia Legislativa o projeto de lei que culminaria na Lei Antifumo, alicerce da Política Estadual para o Controle do Fumo, estava o propósito de efetivamente fazer valer o disposto no texto legal por meio de intensiva ação de orientação e fiscalização, superando, assim, o arraigado e muitas vezes incentivado, quando não glamurizado, uso de produtos fumígenos em ambientes pouco propícios à dispersão da fumaça.

Para tanto, a Secretaria de Estado da Saúde incumbiu o Centro de Vigilância Sanitária de estudar a questão e elaborar projeto condizente com as diretrizes expressas no projeto de lei, considerando as funções fiscalizatórias das autoridades sanitárias, que permitem livre acesso a locais de uso coletivo e a penalização de infratores. Cumprindo o determinado, quando ainda da tramitação do projeto no legislativo, foram apresentadas ao Secretário de Estado da Saúde as ações de vigilância para efetivar a política antifumo, organizada sob o nome de *Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco*.

O principal objetivo do programa é demonstrar a viabilidade de eliminar o tabagismo de locais de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados, sejam eles públicos ou privados, mediante ações de Vigilância Sanitária, coordenadas com outros órgãos, especialmente os de Defesa

do Consumidor. Com esse propósito, foram institucionalizadas ações do poder público para vigilância de ambientes que porventura favorecessem o ato de fumar, consolidando uma mudança de comportamento da população em relação ao produto. Ao assim garantir ambientes livres de fumo, preserva-se o direito de todos à saúde, fumantes e não fumantes, sejam eles frequentadores dos ambientes coletivos, sejam eles trabalhadores que ali exercem sua atividade.

O eixo estruturador do programa consistiu em inspeções de campo por parte de técnicos das esferas regionais e municipais do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa), em parceria com os órgãos de Defesa do Consumidor (Procons), em estabelecimentos de uso coletivo de, a princípio, 28 municípios de importância regional, onde estão instaladas as sedes dos Grupos Regionais de Vigilância Sanitária – GVS e onde se assenta cerca de metade da população do Estado. Tratam-se de municípios-polo, nos quais as ações no formato preconizado têm potencial para repercutir regionalmente, conferindo o pretendido caráter demonstrativo: São Paulo, Campinas, Osasco, Santo André, São José dos Campos, Sorocaba, Ribeirão Preto, Santos, São José do Rio Preto, Mogi das Cruzes, Piracicaba, Bauru, Franca, Taubaté, Marília, Presidente Prudente, Araraquara, Araçatuba, Franco da Rocha, Botucatu, Barretos, Assis, Caraguatatuba, Itapeva, São João da Boa Vista, Registro, Jales e Presidente Venceslau.



Mapa 01. Território paulista com destaque (em preto) para os 28 municípios sede dos Grupos Regionais de Vigilância Sanitárias (GVS).

A iniciativa foi depois estendida aos demais municípios do Estado, tendo sempre por referência as cidades-polo.

Vigilância Sanitária – Novas Referências de Atuação

As evidências científicas que associam o tabaco a um amplo conjunto de doenças e que apontam como vítimas do hábito de fumar não apenas os tabagistas, mas também os que com eles compartilham ambientes onde são restritas as condições de dispersão da fumaça, conferiram relevância às medidas regulatórias de restrição ao fumo.

No entanto, os interesses corporativos da indústria do tabaco, o ineditismo da iniciativa regulamentatória paulista e o comportamento social moldado por décadas de massiva indução publicitária ao consumo de cigarro evidenciou o grau de desafio para se estabelecer políticas

públicas de combate ao tabaco e fazer valer medidas efetivamente restritivas ao uso de produtos fumígenos.

Por sua vez, o amplo universo de demandas historicamente consolidadas de Vigilância Sanitária, que abarcam ações de prevenção e minimização de riscos à saúde em diferentes contextos e circunstâncias, caracterizou o desafio de incorporar, no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, sem prejuízo à sua rotina, as particularidades das ações de regulação do uso do tabaco em ambientes de uso coletivo.

Desse modo, o *Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco* estabeleceu novas referências de atuação de Vigilância Sanitária, exigindo uma lógica de trabalho flexível, que não interferisse diretamente nas rotinas de vigilância e que pudesse enfatizar a presença do poder público para garantir o cumprimento da lei, mesmo em locais ou horários pouco usuais de fiscalização.

Para que a iniciativa alcançasse os resultados esperados, foi necessário cuidadoso planejamento, que contemplou ampla interlocução institucional; mobilização dos serviços municipais e estaduais de vigilância; capacitação dos agentes; definição precisa do apoio logístico e financeiro; sistemática elaboração de escalas de ações de campo para garantir uma equilibrada, porém maciça, atuação da fiscalização em termos geográficos e temporais; estabelecimento de canais de comunicação com a população e elaboração de um sistema de informações para controle e avaliação da produção.

Foi estabelecida uma programação intensiva e dinâmica de fiscalização nas principais cidades do Estado, atingindo, nos momentos mais intensos da campanha, quantidade superior a mil inspeções diárias, com horários diferenciados de ações de campo, em períodos noturnos e finais de semana. Foram, também, selecionados técnicos estaduais e municipais atuantes no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, já, portanto, imbuídos de experiência e poder de polícia administrativa, para as atividades de orientação, esclarecimento e fiscalização.

A criteriosa definição de escalas de trabalho associada à ajuda de custo destinada aos técnicos em campo permitiu oferecer presença maciça do Estado no período mais crítico da implementação da Lei Antifumo, quando era imprescindível afirmar seus princípios e restrições, em contraponto a certa resistência ditada por interesses econômicos e alguma desconfiança pública na capacidade do dispositivo legal mudar, de fato, hábitos, embora prejudiciais à saúde, tão disseminados e arraigados em nossa sociedade.

Deste modo, o *Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco* possibilitou uma

atuação diferenciada do poder público, moldando as ações de Vigilância Sanitária ao ritmo das necessidades de afirmação dos preceitos da lei antifumo e da superação de comportamentos sociais pouco compatíveis com a saúde pública, sem com isto onerar o Estado com a implementação de estruturas adicionais de fiscalização, não compatíveis com a dinâmica e flexibilidade requerida pelas estratégias do poder público no enfrentamento do tabagismo e de seus males.

Em suma, as estratégias da Campanha podem ser assim descritas:

- Apoio à Regulamentação da lei

Ante a necessidade de regulamentar a Lei nº 13.541/2009, foi providenciado apoio técnico ao gabinete da Secretaria de Estado da Saúde e à Casa Civil, que resultou na publicação do Decreto nº 54.311/2009, instituindo a Política Estadual para o Controle do Fumo. Na mesma linha, foi editada a Resolução Conjunta SES/SJDC-3/2009, que trata da sinalização e da aplicação de penalidades previstas na Lei Antifumo. Em paralelo, foram elaborados estudos e estabelecidos critérios de fiscalização no que diz respeito à interpretação legal dos ambientes de uso coletivo fechados e parcialmente fechados.

- Interlocução institucional

O *Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco* implicou no diálogo e aproximação com a Fundação Procon, órgão da Secretaria de Estado da Justiça e Defesa da Cidadania, possibilitando a incorporação das ações de defesa do consumidor.

O Programa exigiu, também, interlocução com a Secretaria de Segurança Pública para garantir apoio em operações especiais de campo, nos horários ou locais entendidos como de risco mais acentuado à segurança dos agentes fiscais.

Além disso, foi necessária estreita articulação com a Assessoria de Comunicação, o Departamento de Marketing e a Consultoria Jurídica da SES, que possibilitaram homogeneizar a divulgação ao público das ações antifumo, definir identidade gráfica à Campanha e responder com prontidão às contestações jurídicas, apresentadas na forma de mandados de segurança e pedidos de liminares, que se anteciparam e se seguiram à publicação da Lei Antifumo.

- Diálogo com os setores econômicos sujeitos a regulamentação e com a sociedade em geral

O comportamento social no que tange ao tabaco envolve posições muitas vezes duais. Embora pesquisas de opinião pública apontem expressiva aprovação da população às medidas de regulação do fumo em ambientes de uso coletivo fechados, interesses econômicos e arraigados hábitos tabagistas conduziam a resistências localizadas à implementação da lei – a despeito das evidências dos males do tabaco –, que se expressavam no plano jurídico e nas pautas da mídia. Daí a necessidade do contraponto às manifestações contrárias à lei e de uma sistemática campanha de esclarecimento e orientação.



Figura 5. Estudos preliminares do Departamento de Marketing da SES-SP para identificação gráfica dos veículos oficiais de fiscalização sanitária da lei antifumo.

Tal estratégia conduziu o Centro de Vigilância Sanitária a promover canais preliminares de diálogo e participação com setores representativos da sociedade, tais como a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT); Associação Brasileira de Câncer (ABCâncer); Sindicato dos Trabalhadores no Comércio e Serviços em Geral de Hospedagem, Gastronomia, Alimentação Preparada e Bebida a Varejo de São Paulo e Região (Sinthoresp); e a Associação de Gastronomia, Entretenimento, Arte e Cultura da Vila Madalena (Ageac).

Em paralelo, foi direcionada atenção ao diálogo com setores mais diretamente regulados pela lei, como condomínios residenciais e comerciais, *shopping centers*, casas de espetáculo, instituições de ensino e terminais de transporte.

No que tange às instituições de ensino, por exemplo, foram agendadas reuniões como as universidades públicas e particulares mais representativas do Estado, em agosto de 2009, na retomada do calendário escolar, cuja pauta contemplou os temas tabagismo e saúde, conceitos e princípios da lei antifumo, medidas para adequação à lei e esclarecimento de dúvidas. Em sintonia com outras questões de relevância em saúde pública, as reuniões contemplaram também medidas de prevenção da Influenza H1N1, que se anunciava, então, como epidemia de magnitude global e cuja propagação era facilitada pelo convívio coletivo em ambientes fechados, onde também é precária a dispersão da fumaça do tabaco.

Outro exemplo são os terminais de transporte, onde antes era recorrente o hábito de fumar, concentrando parte das denúncias oferecidas pela população no que concerne ao desrespeito à lei. Tal situação demandou reuniões de esclarecimentos e avaliação com órgãos como a São Paulo Transporte S/A – SPTrans, responsável pela gestão do sistema de transporte na capital, e a Companhia do Metropolitano de São Paulo (Metrô).

Complementar aos diálogos setorizados foram organizadas estratégias para pronta resposta – em sintonia com a Assessoria de Comunicação da SES – às demandas da mídia, pois o assunto rendeu extensa cobertura da imprensa e um interessante debate sobre direitos individuais e responsabilidades sociais envolvendo políticas de saúde pública numa sociedade democrática. Desse modo, a Direção do Centro de Vigilância Sanitária e os profissionais encarregados da coordenação central e regional da campanha se mobilizaram para informar e esclarecer à imprensa em geral sobre os resultados das ações de vigilância.

Ainda em relação à necessidade de se garantir canais de comunicação com a população, foram implementados um portal da Lei Antifumo (www.leiantifumo.sp.gov.br), para esclarecimentos, orientações e recebimento de denúncias oferecidas pela população, e um serviço telefônico (0800 771 3541) para também abrigar as denúncias contra os estabelecimentos infratores.



Ampulheta na Praça Oswaldo Cruz, na Av. Paulista.
Foto: Sérgio Neves/AE

Foto 1 e Figura 6. Estratégias de divulgação da lei e das ações fiscalizatórias. Ampulheta em espaço público para sinalizar 07 de agosto de 2009, data do início da vigência efetiva da lei antitabaco; logotipo estilizado da campanha.

- Apoio logístico e operacional

Até então excepcionais à rotina de Vigilância Sanitária, as ações antitabaco previstas no *Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco* exigiram apoio logístico e operacional para além do disponível no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária. Em síntese, o Projeto requereu:

Viabilização do transporte dos agentes de campo com o uso de veículos da própria SES e de frota contratada, devidamente identificada, garantindo transparência das ações e ampla cobertura de fiscalização, inclusive em horários noturnos e finais de semana.

Elaboração e aquisição de coletes, bolsas, crachás, impressos de orientação e divulgação, com identidade gráfica padronizada, de modo a permitir o reconhecimento do agente fiscal pela população em geral

e ampliar a percepção da presença do estado na fiscalização da lei.

Remuneração dos profissionais técnicos (agentes de campo), responsáveis pela fiscalização direta da lei, por meio de ajuda de custo, modalidade prevista em campanhas de relevância em saúde pública no estado de São Paulo.

Aquisição de monóxímetros, aparelhos de medição do teor de monóxido de carbono no ar de ambientes regulados pela lei e no organismo dos usuários – fumantes e não fumantes –, de modo a melhor orientar a população sobre as consequências do tabaco, permitir maior interação entre os agentes fiscais e os proprietários, funcionários e frequentadores dos ambientes inspecionados, bem como subsidiar pesquisas científicas dos impactos das ações antitabaco.



Fotos 02 a 05. Estratégias de identidade visual e comunicação social: veículos oficiais adesivados com logotipo de campanha antitabaco

É proibido fumar neste local.
Smoking prohibited in this area.



Para informar o descumprimento da lei, ligue 08007713541
ou acesse www.leiantifumo.sp.gov.br – Lei Estadual 13541 de 07 de maio de 2009.
To report violation of the law, call 08007713541 or
access site www.leiantifumo.sp.gov.br State Law 13541 of may, 07, 2009.

Figuras 07. Estratégias de identidade visual e comunicação social: placa oficial obrigatória de sinalização de ambientes fechados ou parcialmente fechados, onde é proibido o uso de produtos fumígenos.



Figuras 8 e 9. Estratégias de identidade visual e comunicação social: Portal de lei antifumo e folheto com conteúdo da lei e com referências para denúncias da população

- Mobilização do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária

As ações de orientação, esclarecimento e fiscalização da lei antifumo, inicialmente executadas em 28 cidades representativas do estado, tinham o intuito de demonstrar a viabilidade de se garantir ambientes livres do tabaco, propiciando a posterior expansão das ações para os 645 municípios de São Paulo, todos com serviços estruturados de Vigilância Sanitária.

Para garantir a cobertura de fiscalização em todo o estado, o programa estabeleceu, além da coordenação central, a cargo do Centro de Vigilância Sanitária, coordenações regionais,

sob responsabilidade dos GVS, que atuam em 28 diferentes regiões do estado. A medida garantiu uma atuação homogênea da Vigilância Sanitária por todo o território paulista e fomentou o diálogo das esferas estaduais e municipais, propiciando a desejada inserção das ações antifumo na rotina dos serviços de Vigilância Sanitária.



Foto 06. Técnicos da Vigilância Sanitária em treinamento para qualificação como agentes de campo da campanha antifumo

- Seleção e capacitação dos profissionais técnicos

Cerca de 400 agentes de campo de Vigilância Sanitária participaram da Campanha. Eles foram escolhidos dentre o conjunto de profissionais técnicos do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária por intermédio de processo seletivo amplamente divulgado e transparente, no qual se definiu os atributos e perfil desejado dos agentes, que envolveu, dentre outros, experiência em inspeções sanitárias, assim como capacidade de diálogo e argumentação.

O ciclo de capacitação dos agentes de campo contou com a colaboração de diversas instituições, reunindo profissionais de notório saber da academia e do serviço. Os eventos ocorreram entre maio e junho de 2009 em São Paulo, Ribeirão Preto e Bauru, contemplando temas como os impactos do tabagismo sobre a saúde, sociedade e controle do tabagismo, legislação e aspectos jurídicos das normas antitabagismo, experiências de vigilância, a *Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco* e atribuições, referências e procedimentos da campanha. Em junho de 2009, ao final do ciclo de capacitação, ocorreu cerimônia coletiva, com a presença do governador, para entrega dos certificados e do lançamento oficial da Campanha, que contou com extensa cobertura da imprensa.



Foto 07. Cerimônia coletiva, em junho de 2009, de entrega pelo governador de certificados aos agentes de campo e de lançamento oficial da campanha antifumo

- Elaboração de Sistema de Informações

A intensa fiscalização da lei antifumo nas diferentes regiões do estado requereu a elaboração de um sistema de informações para subsídio à avaliação e controle da produção, o necessário ajuste das estratégias e das ações, a informação à mídia, a prestação de contas do desempenho do programa ao secretário de Estado da Saúde, ao governador e à sociedade em geral. O sistema é alimentado diretamente pelos agentes de campo e permite a obtenção de diferentes relatórios, informando o total de inspeções e o recorte dos dados por período de tempo, área geográfica e tipo de estabelecimento, a produção de cada agente de campo em termos de cumprimento de etapas e estabelecimentos inspecionados, o número de autuações, dentre outras informações.

Foi necessário, também, elaborar sistema de informações específico para o acolhimento de denúncias da população, que exigiu estreita interação

com a Coordenadoria de Planejamento de Saúde da SES, e um sistema 24 horas de atendimento telefônico (Disque Antifumo) franqueado à população, cuja implementação envolveu interlocução com a Companhia de Processamento de Dados (Prodesp/Poupatempo), vinculada à Secretaria de Gestão Pública.

- Elaboração de escalas e estratégias de inspeção

A necessidade de atuação ostensiva do poder público para fazer valer o disposto na lei antifumo, de maneira a reverter expectativas negativas quanto à capacidade de se eliminar o uso do tabaco de ambientes coletivos, impôs que as inspeções ocorressem de maneira sistemática, cobrindo locais e horários diversos, onde e quando o hábito de consumir produtos fumígenos estava tradicionalmente presente e a sensação de impunidade era maior.

Diante da demanda, foi necessário elaborar escalas criteriosas de inspeção, de acordo com o porte dos municípios, às características e vocações de seus bairros, a disponibilidade dos agentes de campo e dos recursos logísticos, às peculiaridades dos estabelecimentos pesquisados, aos horários e dias de maior produção das equipes e às denúncias oferecidas pela população. Importou também o equilíbrio da cobertura das inspeções, de forma a contemplar tanto regiões centrais como periféricas das cidades e os espaços de maior afluxo de público, onde se acentua a sensação da presença ostensiva do estado para garantir o cumprimento da lei.

As escalas de ações de campo foram elaboradas pelas coordenações central e regional do programa, discriminando diariamente as regiões a serem cobertas e respectivas equipes de inspeção, os roteiros mais eficientes em termos de produção, o apoio logístico necessário, o volume de denúncias a serem atendidas e as eventuais pendências em termos de cobertura da região contemplada.



Figura 10. Ações dos profissionais de Vigilância Sanitária para divulgação e fiscalização da campanha antifumo.

- Operações especiais

Datas especiais, como o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), Dia Estadual de Combate ao Fumo (07 de maio), vigência da Lei Antifumo (07 de agosto), início das temporadas de verão e de inverno, carnaval, réveillon, eventos esportivos (GP Brasil de Fórmula 1 e Fórmula Indy), volta às aulas, dentre outras, exigiram estratégias de fiscalização diferenciadas e mais intensivas, adaptáveis às circunstâncias do calendário, demonstrando à população o firme empenho do poder público em garantir o cumprimento da lei.

- Apoio à produção de pesquisas acadêmicas

O ineditismo das ações antifumo em São Paulo despertou o interesse de diversas instituições nacionais e mesmo internacionais a respeito da viabilidade e dos impactos da iniciativa. Ainda no início do programa, o Centro de Vigilância Sanitária manteve entendimentos com o Instituto do Coração, vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP para viabilizar pesquisas a respeito dos impactos das ações previstas. Tais entendimentos resultaram em pesquisa acadêmica sobre os efeitos da lei paulista antifumo na redução das concentrações de monóxido de carbono no ambiente e no organismo de trabalhadores de bares, restaurantes e outros estabelecimentos similares. A qualidade da pesquisa possibilitou sua publicação na revista *Tobacco Control*, referência internacional sobre o assunto, com o título *The effect of São Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers*.

RESULTADOS

As ações do programa foram desencadeadas três meses antes da lei antifumo entrar em vigor, consistindo, na primeira fase, em atividades de orientação e esclarecimentos e, na segunda fase, em efetiva fiscalização dos espaços contemplados pela legislação.

Após intenso processo de diálogo com segmentos representativos e com a sociedade

em geral, as ações resultaram, no período de maio de 2009 até meados de 2013, em cerca de um milhão de inspeções de orientação, esclarecimento e fiscalização, abrangendo não só as 28 sedes regionais, mas todos os 645 municípios do estado, motivadas por ações rotineiras de cobertura programática ou pelas 24 mil denúncias oferecidas pela população por meio do portal antifumo ou pelo telefone 0800. Embora tenham sido realizadas um milhão de inspeções nesses quatro anos, foi necessária a lavratura de apenas 2,4 mil autos de infração, demonstrando que 99,7% dos estabelecimentos inspecionados atendiam às disposições legais referentes ao controle do tabaco em São Paulo.

Como consequência da intensa vigilância, não se observa mais o fumo em ambientes fechados ou parcialmente fechados no Estado de São Paulo, tendo sido, assim, eliminado um importante fator de risco à população para moléstias graves, incapacitantes e fatais.

LIÇÕES APRENDIDAS

Promoção de participação e controle social

A aprovação da lei antifumo na Assembleia Legislativa foi precedida por amplo debate democrático, quando se explicitaram e se confrontaram as opiniões dos diferentes segmentos da sociedade a respeito da oportunidade de regulação pelo poder público do consumo de cigarros e outros produtos fumígenos em ambientes coletivos fechados. Tais embates evidenciaram o desejo da sociedade de controlar os riscos associados ao consumo do tabaco. A lei e seu decreto regulamentador garantiram ampla participação popular, seja ao promover acesso a canais de denúncias de infrações à lei e a eventuais falhas ou lacunas de fiscalização, assim como em

outros aspectos associados aos direitos e auxílio aos tabagistas, previstos na Política Estadual de Controle do Fumo.

A transparência das ações da Campanha foram também garantidas pela ampla cobertura da mídia e pelas opiniões favoráveis e contrárias à lei que tiveram farto espaço na imprensa. A garantia do cumprimento da lei, por meio da ostensiva fiscalização, foi enfaticamente noticiada, bem como todas as informações a respeito dos resultados das ações fiscalizatórias e das autuações contra os infratores. Todos os cidadãos que ofertaram denúncias têm à disposição informações a respeito das medidas adotadas pelos agentes fiscais.

Desenvolvimento de parcerias

A magnitude e os desafios das ações antifumo exigiram articulação sistemática com outras instituições e construção de parcerias estratégicas para o enfrentamento da questão. O envolvimento da Fundação Procon na Campanha foi fundamental para ampliar a capacidade fiscalizatória e direcionar esforços conforme as atribuições e competências das instâncias de Vigilância Sanitária e de Defesa do Consumidor. A Fundação Procon teve atuação mais destacada na capital, embora também tenha promovido fiscalizações em algumas cidades do interior.

A parceria com o Instituto do Coração, vinculado ao Hospital das Clínicas da FMUSP, permitiu a aquisição de aparelhos de avaliação da concentração de monóxido de carbono no ambiente e no organismo humano e o desenvolvimento de métodos de trabalho e de investigação científica dos reais impactos da campanha.

A intensa colaboração entre a coordenação da campanha e organizações atuantes da sociedade civil, em especial com a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) e Associação Brasileira do Câncer (ABCâncer) propiciaram conhecimento especializado e maior sensibilidade à Vigilância Sanitária a respeito às demandas sociais.

Gestão de pessoas

A Campanha envolveu profissionais técnicos já atuantes nos serviços estaduais e municipais de Vigilância Sanitária. O processo seletivo transparente e amplamente divulgado em Diário Oficial e na imprensa em geral, com critérios pré-estabelecidos, e a capacitação criteriosa dos agentes de campo permitiu que as centenas de milhares de inspeções até o momento registradas transcorressem de forma tranquila e equilibrada, com grande aceitação por parte dos donos de estabelecimentos e da população em geral, e com reduzido número de infrações constatadas. A elaboração das escalas de trabalho, baseadas em critérios de demanda e do emprego racional dos recursos humanos e logísticos favoreceu o equilíbrio entre as ações de rotina e as ações adicionais previstas na Campanha.

Processos

A Campanha tem como principal atividade a orientação à população e a fiscalização dos ambientes coletivos abrangidos pela lei antifumo para coibir eventuais infrações à norma legal, eliminando, assim, a concentração de fumaça em espaços fechados e a consequente exposição da população à poluição tabagística ambiental. Para isso, foi necessário estruturar um conjunto de iniciativas de vigilância que

extrapolam as ações já incorporadas na rotina do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária e exigem um planejamento baseado em ações abrangentes, intensas e flexíveis, conforme as peculiaridades regionais e no ritmo ditado pelas demandas da população.

Aprendizado organizacional

A Campanha demonstra ser o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária uma instância da administração pública que possibilita respostas eficazes a políticas de promoção e proteção da saúde coletiva.

A despeito de muito da regulação de riscos sanitários estar necessariamente atrelado a ações rotineiras, que envolvem o cadastramento, licenciamento e fiscalização de atividades de interesse à saúde, as estruturas de Vigilância Sanitária devem contar com flexibilidade, capacidade de adaptação às circunstâncias e aos novos contextos, bem como poder de articulação e criatividade suficientes para responder às demandas que a sociedade apresenta e impõe, em diferentes momentos, como desafio ao Sistema Único de Saúde.

A cessação do uso de produtos fumígenos em ambientes coletivos fechados, comprovada pelo número ínfimo de infrações e denúncias atualmente observadas, indica que os objetivos da Campanha foram atendidos e que ações de Vigilância Sanitária são importantes para garantir a execução de políticas de saúde pública. Desse modo, a campanha é referência para o enfrentamento de outros problemas relevantes que envolvem fatores de risco à saúde da população.

Ética e sustentabilidade

As condutas contempladas na Campanha procuram sintonia com os princípios constitucionais da administração pública, com destaque para a eficiência e publicidade dos atos. O banimento do fumo em ambientes coletivos fechados do Estado de São Paulo e o amplo debate que permeou a implementação da lei indicam que a Campanha atendeu a esses princípios com sucesso.

Outro princípio prevaleceu de forma notória no transcorrer da Campanha: a supremacia do interesse público sobre o privado. Do confronto transparente das ideias surgiu patente a prevalência de um compromisso coletivo que ultrapassa a realização imediata de satisfações – ou vícios – particulares, assim como a convicção de que um estado atuante, fiscalizador, não guarda parentesco direto – como a princípio se fez supor – com um estado autoritário.

Muito da argumentação que sustentou a lei antifumo está ancorada no consenso internacional de que a tolerância ao fumo em ambientes coletivos fechados é indefensável em termos de saúde pública. Eis o mérito do governo paulista: adiantar-se à legislação federal e colocar-se em sintonia com o movimento global para enfrentamento dos males do tabaco.

A descentralização das ações da Campanha, por meio de sua incorporação às rotinas fiscalizatórias das esferas regionais e municipais do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, permitem conferir permanência e sustentabilidade às ações antifumo, demonstrando que iniciativas do poder público podem mudar, de fato, contextos desfavoráveis à saúde e à qualidade de vida da coletividade.

Bibliografia

1. Associação Médica Brasileira. Evidências científicas sobre tabagismo para subsídios ao Poder Judiciário. São Paulo: AMB; 2013.
2. Issa J, Abe T, Pereira A, Megid MC, Shimabukuro C, Valentin LSO et al. The effect of Sao Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers. *Tob. control.* 2011;20(2):156-162.
3. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Brazil: health warnings on tobacco products 2009. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
4. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Convenção-quadro para o controle do tabaco. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. São Paulo respira melhor: adoção de ambientes fechados livres do tabaco no maior estado brasileiro. Brasília: OPAS; 2010.
6. Secretaria da Saúde, Centro de Vigilância Sanitária, Coordenadoria de Controle de Doenças. Vigilância sanitária do tabaco no estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2012;46(2):395-7.

Correspondência/Correspondence to:

Divisão de Ações Sobre o Meio Ambiente (SAMA)
Centro de Vigilância Sanitária/CCD/SES-SP
Av. Dr. Arnaldo, 351 - Anexo III, Pacaembu, São Paulo, Brasil
CEP: 01027-000
Email: sama@cvs.saude.sp.gov.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>

Dados epidemiológicos

Indicadores de infestação vetorial no controle de dengue *Indicators of vectorial infestation in the control of dengue*

Superintendência de Controle de Endemias (Sucen)

Aedes aegypti encontra no ambiente urbano condições propícias para manter-se, como abundante fonte de alimentação devido à elevada concentração demográfica e disponibilidade de grande variedade e quantidade de recipientes, necessários ao desenvolvimento das fases aquáticas deste vetor. Os hábitos culturais da população, bem como a falta de saneamento doméstico e aspectos estruturais das edificações, potencializam tais condições. Esses fatores evidenciam a importância da atuação do poder público e da efetiva participação da população para minimizar essas condições favoráveis que implicam na proliferação do vetor da dengue.

A dispersão de *Aedes aegypti*, desde sua reintrodução no Estado de São Paulo em 1985, promoveu ampla ocupação do território paulista, que pode ser observada na infestação dessa espécie em 2013.

As atividades de vigilância e controle da dengue são realizadas no Estado de São Paulo pelos municípios, por meio de suas equipes de controle de vetores, e coordenação estadual, por meio da Superintendência de Controle de

Endemias. As ações das duas instâncias, com finalidade de acompanhar e reduzir os níveis de infestação por *Aedes aegypti*, permitem a obtenção de informações a partir dos registros das visitas realizadas e da observação das condições nas diferentes edificações. Estes dados são úteis aos gestores e profissionais envolvidos com essa questão possibilitando, por exemplo:

- Acompanhar a variação sazonal da infestação, identificando períodos nos quais as atividades devem ser intensificadas;
- Identificar locais no espaço urbano com problemática específica, direcionando as atividades;
- Identificar problemas na forma de execução das atividades, propiciando sua correção ou minimização;
- Detectar variações no comportamento do vetor, identificando alterações e possíveis adaptações que possam interferir na metodologia das atividades de vigilância e controle.

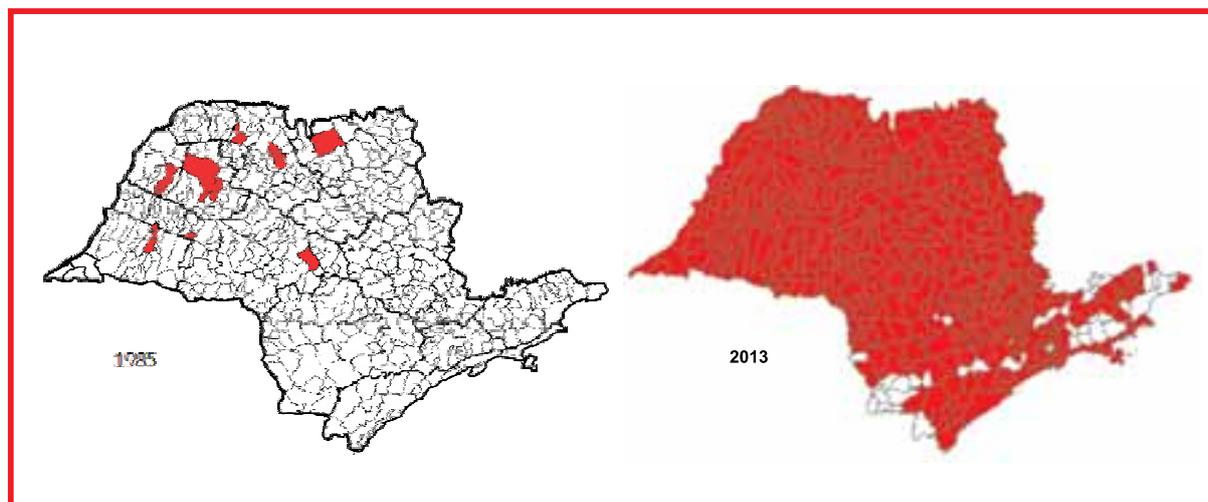


Figura 1. Distribuição da infestação por *Aedes aegypti* no Estado de São Paulo, 1985 e 2013

As alterações no tamanho das populações de mosquitos podem ocorrer em espaço de tempo muito curto, implicando a utilização dos indicadores que devem ser acompanhados constantemente. Os indicadores largamente empregados decorrem de levantamentos larvários, dado que a maioria dos criadouros dessa espécie é facilmente localizada e possibilita a coleta dos exemplares confinados nesses locais. Do ponto de vista operacional, aspectos importantes devem ser contemplados, uma vez que a determinação do nível de infestação, para ser adotada nos Programas de Controle, requer a utilização de metodologias passíveis de reprodutividade, comparações no tempo e no espaço, e que sejam economicamente viáveis.

Além da reconhecida importância na execução de atividades previstas no Programa em sua periodicidade e forma preconizadas, a análise das informações geradas constitui outra importante ferramenta quando localmente utilizada pelos gestores dos programas. Da mesma forma, a divulgação de resultados obtidos para aqueles que coletam os dados é fundamental para a melhoria do trabalho.

Foi utilizado indicador com base na detecção da presença de *Aedes aegypti* em recipientes para estimar a infestação por *Aedes aegypti*, no Estado de São Paulo, em diferentes tipos de imóveis, como segue:

Imóveis especiais – São imóveis não residenciais (de médio e grande porte) que apresentam importância na disseminação do vírus da dengue, em situações de transmissão da doença, em função de elevado fluxo e/ou permanência de pessoas nesses locais. Correspondem a imóveis como serviços de saúde, estabelecimentos de ensino, quartéis, penitenciárias, hotéis, templos religiosos, casas comerciais e indústrias, selecionados mediante avaliação cadastral.

As ações de vigilância e controle vetorial que precisam ser implementadas nestes locais são, geralmente, mais trabalhosas e complexas que em outros imóveis. Portanto, eles devem ser cadastrados para facilitar a operacionalização de atividades específicas. A positividade desses imóveis é expressa na relação entre aqueles em que a presença do vetor foi detectada e o total trabalhado.

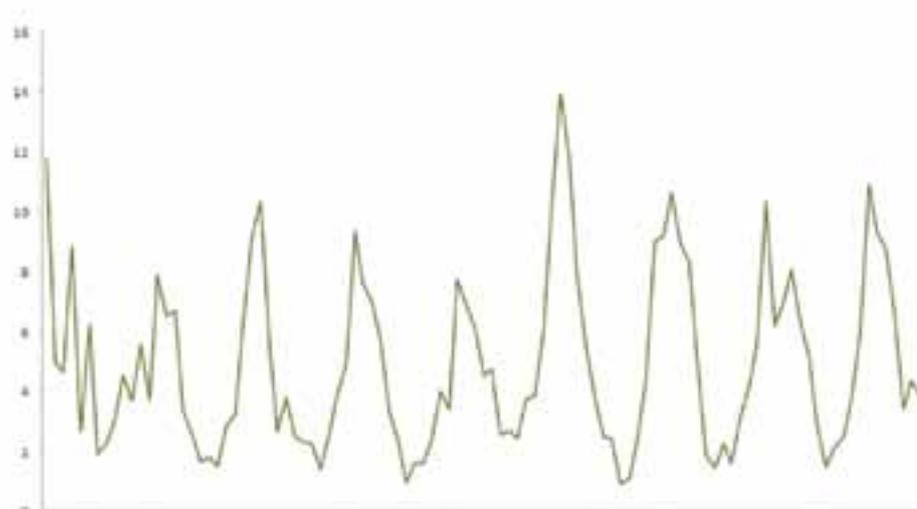


Figura 2. Valores médios de positividade para *Aedes aegypti* em Imóveis Especiais. Estado de São Paulo, 2005 a 2013

Pontos estratégicos – São imóveis considerados importantes na geração e dispersão ativa e passiva de *Aedes aegypti*, devido à elevada oferta de recipientes em seu espaço físico e à troca desses recipientes entre diferentes locais. São exemplos os depósitos de pneus usados e de ferro velho, oficinas de desmanche de veículos, borracharias, oficinas de funilaria, cemitérios e indústrias, entre outros.

Além da dispersão das formas imaturas, esses locais podem favorecer a dispersão da forma adulta do mosquito, principalmente aqueles cuja atividade comercial esteja ligada ao transporte de mercadorias e passageiros, como transportadoras, estações rodoviárias e ferroviárias, portos e aeroportos.

Os Pontos Estratégicos também devem ser cadastrados para trabalho de controle vetorial com atividades específicas, tanto na adoção de medidas como na periodicidade de visita. O resultado dessas visitas permite acompanhar a positividade destes imóveis, assim como é realizado para os Imóveis Especiais.

Avaliação de Densidade Larvária

Consiste na determinação dos níveis de infestação vetorial de uma determinada área geográfica, em um dado momento, constituída por um conjunto de edificações que inclui, principalmente, residências e pequenos imóveis comerciais. O indicador adotado no Estado de São Paulo é o Índice de Breteau (IB) e distintas medições devem ser realizadas, segundo objetivos específicos, considerando a realização da atividade pelos municípios e pela Sucen no Estado.

Por ser um indicador resultante do trabalho desenvolvido principalmente nos domicílios, locais que favorecem o contato do vetor com as pessoas e exposição ao risco da doença, é o mais utilizado para a divulgação dos resultados e identificação de áreas de maior risco para a transmissão de dengue.

A avaliação da densidade larvária no Estado de São Paulo, realizada pela Sucen, está apresentada segundo medidas realizadas em regiões específicas (DRS).

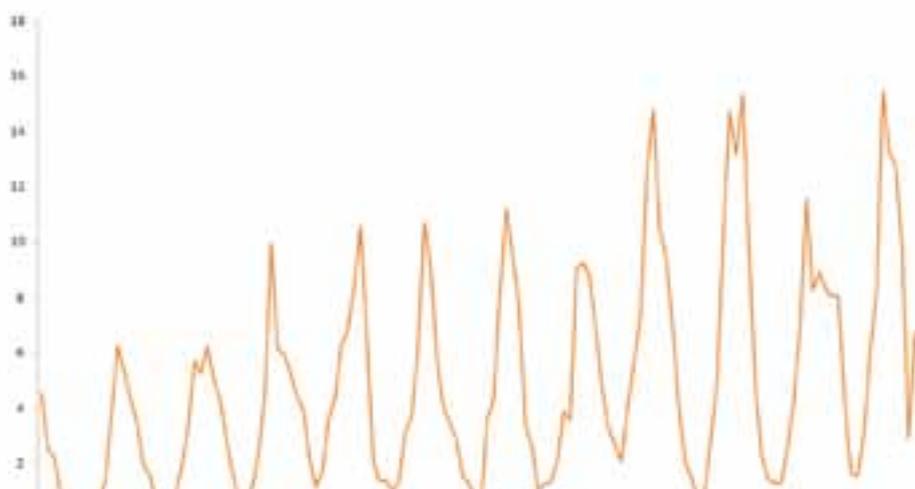


Figura 3. Valores médios de positividade para *Aedes aegypti* em Pontos Estratégicos. Estado de São Paulo, 2002 a 2013

Devido à importância do acompanhamento de indicadores entomológicos e das ações de controle realizadas, não apenas por parte daqueles profissionalmente envolvidos, mas também de qualquer membro da sociedade, a Secretaria de Estado da Saúde disponibiliza

acesso às informações geradas pelos programas de controle na página eletrônica Sucen: <http://www.sucen.sp.gov.br>; mais detalhes podem ser visualizados no Manual de Vigilância Entomológica de *Aedes aegypti*, disponível na área de downloads deste mesmo sítio eletrônico.

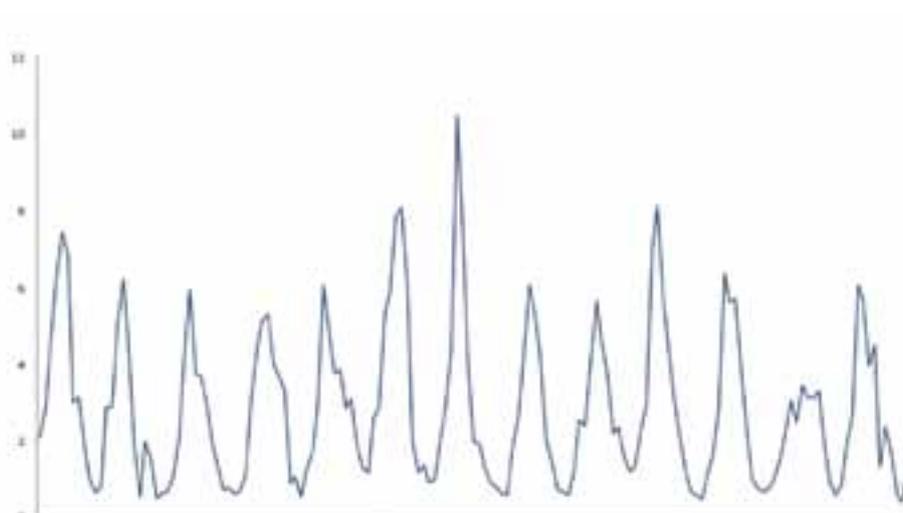


Figura 4. Valores médios de Índice de Breteau para *Aedes aegypti*. Estado de São Paulo, 2000 a 2013

Correspondência/Correspondence to:
Diretoria de Controle de Vetor/Sucen/SES-SP
Rua Paula Souza, 166, Luz, São Paulo, Brasil
CEP: 01027-000
Tel.: 55 11 3311-1100
Email: sucen@dev@sucen.sp.gov.br

Recortes Históricos

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP (CRT/Aids)



Programa Estadual DST/Aids-SP faz 30 anos *Estadual STD/AIDS Program SP- turns 30 years old*



Pioneiro na resposta brasileira à epidemia, o Programa Estadual DST/Aids-SP faz 30 anos. Reconhecido por sua política pública com foco nas pessoas que vivem com HIV/Aids e populações mais vulneráveis, o sucesso do programa brasileiro pode ser atribuído a uma série de mudanças sociais e políticas na década de 80, como a redemocratização do país e a construção do SUS, à participação da sociedade civil, à mobilização de diversos setores, ao equilíbrio entre prevenção e tratamento e à promoção sistemática dos direitos humanos em todas as estratégias e ações.

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no Brasil surgiram no início da década de 80, em São Paulo. “Na época, não se conhecia o agente causador da doença, nem sua forma de transmissão, o que gerou certo pânico entre os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), primeiras vítimas da Aids”, lembra o médico Paulo Roberto Teixeira, que participou das primeiras reuniões que deram origem ao Programa Estadual DST/Aids.

Nesse contexto, para dar conta da urgência em termos de saúde pública, foi criado, em 1983, o Programa Estadual de DST/Aids (PE-DST/Aids), com quatro objetivos básicos: vigilância epidemiológica, esclarecimento à população para evitar o pânico e discriminação dos grupos considerados vulneráveis na época, garantia de atendimento aos casos verificados e orientação aos profissionais de saúde.

No primeiro momento, a Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária, órgão do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), sediou o Programa e a organização inicial do que seria posteriormente o serviço de referência. O Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) e o Instituto Adolfo Lutz (IAL) foram designados, respectivamente, como retaguardas hospitalar e laboratorial.

Em 1988, à medida que a epidemia crescia e novas providências se tornavam imprescindíveis,

foi criado o Centro de Referência e Treinamento em Aids (CRT-A), vinculado ao gabinete do Secretário da Saúde. Este tinha como metas prioritárias, além da referência técnica, atuar como capacitador e gerador de normas técnicas, com vistas a um processo de descentralização das atividades de prevenção, vigilância e assistência no Estado de São Paulo. Nessa época, além de capacitação e monitorização técnica, o CRT-A teve um importante papel na implementação de alternativas assistenciais, como hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica. Em 1993, ocorre a junção dos programas de Aids e DST e a transformação do CRT em Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids).

Em 1995, o CRT-DST/Aids consolida-se como sede da Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids. Em 1996, o CRT-DST/Aids passa a ser vinculado à Coordenação dos Institutos de Pesquisa (CIP), órgão então responsável pela definição das políticas de saúde pública no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. Com a mudança de estrutura ocorrida na Secretaria de Estado da Saúde em 2005, a Coordenação dos Institutos de Pesquisa passou a chamar-se Coordenadoria de Controle de Doenças. “A Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids, apoiada na estrutura do CRT DST/Aids, é responsável pela implementação, articulação, supervisão e monitoramento das políticas e estratégias relativas às DST/Aids, nas áreas de Prevenção, Assistência, Vigilância Epidemiológica, Apoio às Organizações da Sociedade Civil e Casas de Apoio, em todo o Estado de São Paulo”, explica Maria Clara Gianna Garcia Ribeiro, coordenadora do Programa Estadual DST/Aids.

Desde seu princípio, o PE-DST/Aids adota como referências éticas e políticas a luta pelos direitos de cidadania das pessoas que vivem com HIV e populações mais vulneráveis e

contra o estigma e a discriminação, a garantia do acesso universal à assistência gratuita, incluindo medicamentos específicos, e o direito de acesso aos meios adequados de promoção da saúde integral. Atua de forma coordenada com as demais secretarias governamentais, como Justiça e Cidadania, Educação e Desenvolvimento Social, e em estreita colaboração com as ONGs.

A promoção da participação social na construção, manutenção e monitoramento das ações públicas para a redução do risco de novas infecções por DST/HIV/Aids, o aprimoramento dos mecanismos que garantam a melhoria do acesso à saúde integral e o respeito aos direitos humanos, estão no bojo da missão do CRT DST/Aids. O CRT DST/Aids sempre contou com representantes da sociedade civil atuando nos GTs (grupos de trabalho), Comitês Técnicos e na definição da lógica para apoio/financiamento de projetos desenvolvidos por ONG e no acolhimento/abrigo de crianças, adolescentes, jovens, adultos vivendo com HIV/Aids em Casas de Apoio.

O Conselho Gestor do CRT DST/Aids (Coges) é outro exemplo de participação e controle social. Iniciou suas atividades em janeiro de 2006, com o objetivo de aprimorar as ações desenvolvidas pela Instituição, monitorando os procedimentos e indicando novas estratégias, como canal privilegiado de comunicação e participação dos usuários e trabalhadores na gestão institucional. Trata-se de um órgão de caráter permanente e deliberativo que tem poder decisório dentro daquilo que pertence à sua esfera de competências, constituindo-se no órgão colegiado máximo do CRT-DST/Aids-SP. Compõem o Coges 16 membros titulares e 16 membros suplentes: 50% são representantes dos usuários (entre eles 01 do Fórum ONGs/Aids e 01 da RNP Aids), 25% dos trabalhadores (01 SindSaúde) e 25% do

Poder Público. A atividade não é remunerada. As reuniões ordinárias ocorrem uma vez a cada mês (última terça-feira).

As várias fases da epidemia

Os primeiros casos de Aids no país foram descritos no início da década de 1980, em São Paulo. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual.

Segundo Ângela Tayra, gerente do Serviço de Vigilância Epidemiológica, essa disseminação ocorreu não somente por via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela transmissão vertical (transmissão da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), à medida que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

No Estado de São Paulo (ESP), os padrões de transmissão são distintos nas diversas regiões e, a partir do final da década de 1990, houve um predomínio de casos de Aids com categoria de exposição heterossexual no estado como um todo e um declínio de casos UDI. “Atualmente, embora haja mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, houve um incremento importante das mulheres na epidemia. Em 1987, a proporção homem/mulher era de 9/1; em 2011, 2/1”, observa Ângela Tayra.

Apesar das condições socioeconômicas pouco privilegiadas da maioria da população atingida pela epidemia, a mortalidade por Aids

vem apresentando queda acentuada a partir de 1996. “Este resultado deve-se à introdução dos antirretrovirais na rede pública, associada à descentralização do atendimento, o que possibilita o diagnóstico precoce e a intervenção adequada sobre as infecções oportunistas, ou seja, maior probabilidade de sobrevivência do paciente”, comenta Rosa Alencar, Gerente da área de Assistência Integral de Saúde.

É importante lembrar que o Estado de São Paulo foi pioneiro na utilização e distribuição gratuita de medicamentos para portadores de infecção pelo HIV/Aids. Em 1990, adquiriu a Zidovudina (AZT), primeira droga usada no tratamento dos portadores de HIV/Aids. Em outubro de 1996, com o surgimento dos Inibidores de Proteases, o Programa Estadual DST/Aids (PE-DST/Aids) passou a adquirir esses antirretrovirais e a fornecê-los para os pacientes que tinham indicação de uso em todo o Estado. Os primeiros locais a distribuírem as drogas foram os municípios de Santos e São Paulo. Com a aprovação da Lei 9.313, em 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV/Aids, garantiu-se a obrigatoriedade de aquisição de novas drogas antirretrovirais disponíveis, para se adequar ao conhecimento científico atualizado. As aquisições dos medicamentos desde então ficaram a cargo do Ministério da Saúde.

Atualmente, o Programa Nacional DST/AIDS fornece 21 medicamentos antirretrovirais (Abacavir, Atazanavir, Darunavir, Didanosina EC, Efavirenz, Enfuvirtida, Estavudina, Etravirina, Fosamprenavir, Indinavir, Lamivudina, Lopinavir/R, Maraviroque, Nevirapina, Raltegravir, Ritonavir, Saquinavir, Tenofovir, Tipranavir, Zidovudina e Zidovudina + Lamivudina) totalizando 39 apresentações, incluindo-se formulações pediátricas. Esses medicamentos são gerenciados

pelo Núcleo de Controle e Distribuição de Medicamentos (NCDM), responsável por todo o gerenciamento logístico dos medicamentos de DST/AIDS do Estado, que conta com 43 polos de distribuição e 159 Unidades Dispensadoras de Medicamentos. “O número de pacientes que recebe medicamentos antirretrovirais no Estado de São Paulo passou de poucas centenas no início dos anos 90, para 85 mil em julho de 2013”, observa Alexandre Gonçalves, da gerência de Apoio Técnico e Logístico.



Reflexo dessa política é que, em 2011, ocorreram 3.006 óbitos por Aids no Estado, que corresponde a uma taxa de mortalidade (TM) de 7,2 óbitos por 100 mil habitantes, representando um decréscimo de 56,5% comparando-se com o ano de 1995, quando ocorreu o maior número de óbitos por Aids (7.739 óbitos e TM igual a 22,9). A sobrevida mediana, no Brasil, nos pacientes com Aids maiores de 12 anos, no período de

1982 a 1989, era de apenas 5,1 meses. O estudo realizado por Marins e cols, mostrou que os pacientes com diagnóstico em 1995 tiveram sobrevida mediana de 16 meses e os de 1996, 58 meses. Estudo brasileiro mais recente, realizado nas regiões Sul e Sudeste, entre pacientes adultos com Aids, diagnosticados em 1998 e 1999, revelou que 59% deles sobreviveram 108 meses (Guibu et al., 2008).

Assistência aos portadores de HIV/Aids no Estado

Os grandes avanços observados nos últimos anos, a exemplo da queda da mortalidade e a diminuição da transmissão materno-infantil estão relacionados à melhoria e ampliação da estrutura assistencial ao longo desses 25 anos. A assistência aos portadores de HIV/Aids no Estado de São Paulo evoluiu em termos técnicos, numéricos (quantitativos), e principalmente em qualidade. No início da epidemia havia poucos serviços destinados aos portadores de HIV/Aids. Hoje, o estado de São Paulo conta com 201 serviços de assistência especializada em DST/Aids, 130 centros de testagem e aconselhamento em 95 municípios, 31 hospitais-dia, 26 serviços de assistência domiciliar terapêutica e 580 leitos para portadores de HIV/Aids, além de 6 hospitais de referência para tratamento cirúrgico reparador de lipodistrofia e 35 serviços ambulatoriais para preenchimento facial e mais de 350 serviços cadastrados que oferecem profilaxia pós-exposição para profissionais e vítimas de violência sexual. Em alguns municípios o atendimento às DSTs foi incorporado à rede de atenção básica.

Durante todo esse período, em especial nos últimos quinze anos, a Gerência de Assistência Integral à Saúde do CRT DST/Aids priorizou

o investimento na estruturação de uma rede de serviços descentralizada, na perspectiva de ampliar o acesso dos portadores de DST/Aids à saúde. Para cumprir este objetivo, a coordenação do CRT DST/Aids apoiou técnica e financeiramente os municípios na implantação/implementação dos serviços, por meio da aquisição de equipamentos médico-hospitalares e mobiliário, permitindo a criação e/ou melhoria da infraestrutura de apoio diagnóstico e prestação de assistência nas diversas modalidades de serviços. “A necessidade premente era implantar ou implementar serviços, e para tanto, tornou-se imperativa a ação combinada de capacitação de recursos humanos, com a finalidade, entre outras, de aprimorar o sistema de referência e contrarreferência no Estado de São Paulo e a prestação de um serviço de assistência especializada de qualidade”, declara Artur Kalichman, coordenador adjunto do Programa Estadual DST/Aids.

Com a rede de assistência estruturada, as preocupações voltaram-se para o estabelecimento de diretrizes orientadoras da abordagem do indivíduo portador de DST/Aids, assumindo, portanto, um caráter mais qualitativo. Desse modo, a área de Assistência Integral concentrou esforços no aperfeiçoamento e especialização da assistência prestada, por meio da incorporação de questões que se mostraram cruciais para a intervenção – estas decorreram fundamentalmente da evolução do conhecimento da patologia e da ampliação dos recursos terapêuticos, levando ao aumento da sobrevida, à mudança do perfil epidemiológico, com aumento do número de mulheres e suas implicações na assistência a esta população.

Do ponto de vista qualitativo, foi dada ênfase ao aprimoramento do trabalho da equipe

multiprofissional, buscando a articulação e a integração das atividades; a organização dos serviços para estimular a adesão aos antirretrovirais (capacitação de equipe multiprofissional para utilização do consenso de terapia antirretroviral e formação de grupos de adesão); ampliação das atividades de aconselhamento para os portadores de HIV/Aids para além do pré e pós-teste; elaboração de proposta de abordagem ao dependente de drogas lícitas e ilícitas; implantação de uma rede de serviços realizando preenchimento facial e uma referência hospitalar para tratamento cirúrgico das lipodistrofias; desenvolvimento de ações para a redução da transmissão vertical do HIV e implementação das ações de abordagem da sífilis durante a gestação e no momento do parto, visando a redução da sífilis congênita; implementação de ações voltadas para crianças e adolescentes; implantação/implementação de atividades de redução de danos nos serviços assistenciais para os portadores de HIV/Aids; elaboração de proposta de abordagem ao paciente dependente de drogas lícitas e ilícitas e ampliação da assistência à mulher HIV positiva.

O paciente sob perspectiva multidisciplinar

Desde o início da epidemia, o CRT DST/Aids tem trabalhado numa perspectiva multidisciplinar para que possa melhor compreender e responder às necessidades dos seus usuários nos diferentes aspectos, principalmente, por compreender que esse é um aspecto fundamental para a promoção da saúde. Isso implicou em definição de processos de trabalho, tais como formação de equipe interdisciplinar e equipes de referência para o paciente. Após o advento dos medicamentos antirretrovirais na década de 1990, o cenário da infecção pelo HIV entra

em profunda transformação, a perspectiva da fatalidade diminui e, com o aumento da sobrevivência dos pacientes, identificam-se novos rumos da epidemia e observam-se, também, importantes mudanças no contexto social da epidemia.

A experiência tem mostrado que a sobrevivência dos pacientes, a dimensão de cronicidade da doença, a necessidade de adesão aos tratamentos e os quadros de lipodistrofia trouxeram novos desafios no campo psicossocial ou ainda relativos à saúde mental dos portadores de HIV/Aids. “Muitos pacientes apresentam questões da experiência humana comuns a todos, porém atravessadas pela soropositividade, entre elas, o exercício da sexualidade, conjugalidade, autoimagem e prejuízos neurocognitivos decorrentes da presença do HIV, além de efeitos medicamentosos”, relata Ricardo Martins, coordenador de Saúde Mental do CRT DST/Aids.



Crianças, adolescentes e adultos jovens que nasceram com o vírus também trouxeram novos desafios e necessidades por parte das instituições e profissionais de saúde. Um grande avanço nos últimos anos foi o desenvolvimento de um processo de revelação diagnóstica. Muitas crianças não sabiam ao certo o motivo de sua frequência ao serviço de saúde e também muitos profissionais que as atendiam tinham dúvidas sobre até que

ponto podiam abordar o tema com elas; isso trazia grande dificuldade para o atendimento e para a vida mental desses pacientes. A revelação diagnóstica, fundamentada na psicologia infantil, veio agregar, sistematizar e introduzir esse novo tema, até então, pouco discutido.

Diante das novas e complexas demandas psicossociais no cuidado relacionado à saúde mental aos portadores de HIV/Aids, nos últimos anos, formalizou-se uma coordenação de saúde mental, grupo que se reúne mensalmente para discutir, fazer propostas e pensar diretrizes para o campo de atuação em saúde mental na Instituição.

Conquistas no campo das doenças sexualmente transmissíveis

No final da década de 1990, o Ministério da Saúde adotou o tratamento sindrômico para as DSTs. Evidências científicas levaram à fusão dos programas de DST e Aids em 1995. Com isso, as ações programáticas passaram a convergir em direção às interfaces entre as duas epidemias. O controle das DSTs passou a ser uma ação estratégica para o controle da infecção HIV e, consequentemente, da Aids.

Nesses últimos 18 anos, a principal estratégia do Programa Estadual DST/Aids para o enfrentamento das DSTs tem sido a descentralização da assistência dos casos sintomáticos para a atenção básica, por intermédio da implementação dessa abordagem nos casos de úlceras genitais, corrimentos uretrais, corrimentos cervicovaginais e desconforto e dor pélvicas.

Inúmeros treinamentos descentralizados vêm sendo realizados para os profissionais médicos, enfermeiros, para a equipe multiprofissional e, inclusive, para membros da sociedade civil organizada que desenvolvem trabalhos para

populações vulneráveis, por meio de oficinas de atenção integral às DSTs, abrangendo todas as regiões do estado, com formação de polos regionais de capacitação.

Apesar da alta rotatividade de profissionais na atenção básica, dos entraves das diferentes políticas municipais, em particular quanto ao diagnóstico síndrômico e à prescrição de medicamentos pelos enfermeiros, e da resistência das unidades básicas de saúde em aplicar a penicilina, obtivemos algumas vitórias ao longo desse tempo.

A redução da resistência ao manejo síndrômico das DSTs, a demanda persistente e crescente de treinamento para o manejo síndrômico das DSTs por parte dos municípios e o interesse pela “abordagem síndrômica” de sociedades médicas com interface para DST (Dermatologia, Ginecologia, Urologia, Infectologia e Sociedade Brasileira e Regional São Paulo de DST) em congressos estaduais, regionais e nacionais, retratam o fruto do trabalho construído arduamente em todo estado.

Outro indicador positivo é o aumento da produção científica de técnicos do Programa Estadual de DST/Aids, por iniciativa própria ou em colaboração com outras entidades em projetos de pesquisa. Entre eles, podemos citar a “história natural da infecção HPV no homem”, projeto de prevalência da sífilis e viabilidade do uso de testes rápidos para pessoas em situação de rua e o projeto para avaliar a resistência microbiana do gonococo em São Paulo.

Uma das grandes conquistas obtidas pela Coordenação Estadual DST/Aids foi a produção, em 2011, de uma publicação técnica pioneira no país, para orientar o manejo das DSTs nas pessoas vivendo com HIV e facilitar a assistência às DSTs nos Serviços Especializados (SAE).

Para os próximos anos, pretendemos estabelecer uma estratégia para diagnóstico e tratamento precoce das DSTs assintomáticas, particularmente a infecção por clamídia. Esperamos também contribuir de modo decisivo na redução da transmissão vertical da sífilis por meio do controle da sífilis adquirida, em especial em gestantes.

Nova modalidade de atendimento

Para atender às necessidades da população mais vulnerável, a Coordenação Estadual DST/Aids-SP inaugurou em junho de 2009, em suas dependências, o primeiro ambulatório de saúde do Brasil dedicado exclusivamente a travestis e transexuais. O serviço é uma referência nacional, com profissionais especializados, preparados para lidar com as dificuldades e demandas específicas desses grupos sociais.

O serviço disponibiliza assistência integral a travestis e transexuais, e conta com atendimento especializado em cardiologia, oftalmologia, endocrinologia, urologia, proctologia, ginecologia, fonoaudiologia, otorrinolaringologia, além de psicólogos e psiquiatras, clínica médica, enfermagem, vacinação, serviço de orientação relacionado à saúde, geração de renda e assessoria jurídica. O ambulatório realiza, também, avaliação e encaminhamento para cirurgia para redesignação sexual.

O local é responsável pela elaboração de protocolos clínicos, por desenvolver e avaliar tecnologias e modelos assistenciais e promover atividades integrando movimentos sociais, e também de treinamento para profissionais de saúde nessa área de atuação.

A médio prazo pretende-se descentralizar e facilitar o acesso dessa população aos serviços

de saúde, capacitar profissionais e equipes multidisciplinares do Estado, desenvolver pesquisas na área da sexualidade com objetivo de criar e multiplicar novas tecnologias de saúde e desenvolver e apoiar projetos no âmbito da intersetorialidade, contribuindo para o estabelecimento de políticas públicas que ampliem o acesso à educação, saúde, justiça e cidadania.

Tire o peso da dúvida: Fique Sabendo



A fim de reduzir a taxa de diagnóstico tardio do HIV, a Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo desenvolveu o Plano Estadual de Ampliação do Diagnóstico Precoce do HIV (2009-2015), tendo como uma de suas principais estratégias a realização de campanhas anuais de testagem com o objetivo de aumentar a proporção de pessoas testadas no estado, que era de 39,7% em 2004, e reduzir o percentual de pessoas com diagnóstico tardio de infecção pelo HIV (42% em 2009).

Foram realizadas cinco campanhas de testagem no período de 2008 a 2012, em parceria com o Instituto Adolfo Lutz. As campanhas são realizadas anualmente, e se encerram no dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a Aids. A duração da campanha variou de 9 a 15 dias (2011; 2010). Em 2009 foi, excepcionalmente, de 30 dias.

Em termos de abrangência, a participação dos municípios foi progressiva: iniciou com 376, em 2008, chegando a 526, em 2012, respectivamente 58% e 82% dos municípios do estado. Considerando a população que habita os municípios participantes, a cobertura inicial foi de 87%, chegando ao pico de 95% em 2010, patamar mantido até 2012.

Quanto à participação nos municípios, em 2008, iniciou-se envolvendo 1.557 unidades da rede de atenção básica e especializada. Esse número aumentou progressivamente, chegando a 3.314 em 2012, um aumento de 112%. O pico de participação foi em 2009, com 3.468 unidades.

O suporte estadual representado pelo fornecimento de *kits* de exames via rede Lutz (100 mil) representou 83% do total de exames de HIV realizados. Nas campanhas subsequentes, os municípios participaram realizando exames com recursos próprios em maior proporção. Desta forma, a contribuição do estado ficou proporcionalmente menor, chegando a 47% em 2010 e 2011.

A realização de diagnósticos de HIV pelo método rápido aumentou ano a ano nas campanhas, acompanhando o processo de capacitação e implantação dessa metodologia diagnóstica no estado. Em 2008, foram realizados apenas 7 mil testes rápidos, representando 7% dos exames realizados e, em 2012, essa proporção chegou a 27%, com 40 mil testes rápidos.

A prevalência de HIV encontrada varia conforme a estratégia utilizada, seja pelo método convencional ou rápido. Em todas as campanhas, a prevalência entre as testagens rápidas foi sempre maior que entre os exames convencionais de HIV. A prevalência de exames positivos na testagem convencional variou entre

0,2 e 0,4, sempre abaixo da esperada para a população geral no estado de São Paulo (0,5). Já a testagem rápida teve outro comportamento, com um pico de 1,7% em 2009, e um posterior decréscimo, mantendo em 2011 e 2012 os respectivos patamares de 0,6% e 0,7%. Importante destacar que a proporção de pessoas do sexo masculino entre os casos diagnosticados é sempre maior, chegando a 80% em 2012.

As campanhas têm favorecido a diminuição do estigma e o preconceito em relação ao teste e têm favorecido a descentralização da oferta da testagem por meio da implantação dos “fique-sabendo” permanentes nos serviços. Entretanto, ainda não têm favorecido expressivamente a ampliação de acesso ao teste às populações vulneráveis (homens que fazem sexo com homens, travestis, usuários de drogas, profissionais do sexo) mais atingidas pela epidemia.

Testagem em outros contextos de vulnerabilidade

Entre 2012 e 2013, a Secretaria de Estado da Saúde realizou, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária, atividade de testagem para HIV e sífilis no sistema prisional feminino do Estado de São Paulo. Ao todo, 8.914 mulheres aceitaram realizar o teste, destas, 2.947 encontram-se em presídios da capital e 5.967, do interior. Dentre os dados preliminares apresentados, observou-se que 2,8% delas apresentaram resultado reagente para HIV e 7,0% para testagem rápida de triagem para sífilis. A taxa de prevalência de HIV na população geral é de 0,4 e de sífilis 1,6%.

O mutirão foi realizado em todas as penitenciárias do estado: Capital, Santana, Tremembé I e II, Tupi Paulista, Campinas,

Pirajuí, Ribeirão, além dos Centros Penitenciários Provisórios Butantã, São Miguel, Casas de Detenção Provisórias Franco da Rocha, Hospital de Custódia e Tratamento Penitenciário Franco da Rocha I e II, Centros de Reabilitação Itapetininga, Piracicaba, Rio Claro, Araraquara, São José dos Campos e São José do Rio Preto. O projeto teve por objetivo conhecer a soroprevalência do HIV e da sífilis nesta população, traçar o perfil das mulheres privadas de liberdade em relação a informações sobre sífilis e HIV, dar orientação de qualidade sobre o assunto para as presas, além de dar maior assistência em saúde para DST/HIV/Aids. Até 2015, pretende-se elaborar e implementar, de forma escalonada e regionalizada, o projeto de DST/Aids da Proposta Integrada de Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária.

Avaliação e atualização constantes

A expansão dos serviços assistenciais para o interior do Estado, a disponibilização dos marcadores imunológicos CD4/CD8, carga viral e exames de genotipagem e, principalmente, a distribuição dos medicamentos antirretrovirais com alta cobertura da população vulnerável, proporcionaram resultados de impacto significativo na morbidade e nos índices de mortalidade dos portadores de HIV/Aids. É importante ressaltar que desde a criação do Programa Estadual DST/Aids, em 1983, o Instituto Adolfo Lutz (IAL-Central) tem atuado nas ações referentes a padronização, implantação e implementação de procedimentos para a determinação de marcadores laboratoriais (imunológicos, virológicos, parasitológicos, celulares e moleculares) para diagnóstico, prognóstico e monitoramento de tratamento da infecção por HIV e Aids, assim como das

infecções oportunistas (IO) associadas à Aids. Ao longo desses 30 anos, IAL-Central responde pela coordenação técnico-científica da rede laboratorial e tem atuado na padronização de novas técnicas e implementado tecnologias mais avançadas, bem como tem sido responsável pela capacitação de recursos humanos da rede pública e das unidades laboratoriais envolvidas com assistência aos portadores de HIV/Aids.

A redução da morbidade ficou evidenciada pela diminuição da ocorrência de doenças oportunistas, como retinite por citomegalovírus, meningite por criptococos e sarcoma de Kaposi, que variou de 56% a 80% no Instituto de Infectologia Emílio Ribas no período de 1996/1997 (Casseb et al., 1999), pela diminuição no número de internações em 40% no Estado de São Paulo de 1996/2000 (Basso, 2002) e de 70% no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT-DST/Aids) em 1996/1998 (Boletim Epidemiológico V.E/CRT-DST/Aids, 2001), bem como indiretamente, pela diminuição do consumo dos medicamentos: Ganciclovir, Foscarnet, Aciclovir, Anfotericina B usados para o tratamento das doenças oportunistas.

A mortalidade por HIV/Aids foi reduzida em 41% no Estado de São Paulo no período 1996/1999 e a de tuberculose em infectados pelo HIV em acompanhamento no CRT-DST/Aids caiu em 75,67% entre 1996/2000. Concomitantemente, houve um aumento da sobrevida dos portadores de HIV/Aids de 5,1 meses em 1989 (Chequer, 1999) para 58 meses em pacientes com diagnóstico de Aids em 1996 (Marins, 2002). No CRT-DST/Aids, a análise da sobrevida de pacientes diagnosticados em 1992 apontou que apenas 22,8% sobreviveram após 36 meses de acompanhamento, porcentual que subiu para 79,2% para os diagnosticados em 1997 (Kalichman, 2002).

No caso da transmissão vertical do HIV, o impacto positivo das intervenções assistenciais, laboratoriais, profiláticas e medicamentosas no Estado de São Paulo é demonstrado pela redução de casos notificados de Aids por transmissão vertical, no período de 1997 a 2003, que caiu de 413 casos para 152 casos respectivamente (63,2%); pela redução da taxa de transmissão de 16% em 1997 (Tess, 1998) para uma taxa de 3,2% em 2002 (Succi, 2003); e também pelo significativo aumento da sobrevida média de 6,7 meses em 1991 (Grangeiro, 1995) para uma sobrevida mediana de 84,4 meses nos casos diagnosticados até o ano de 1998 (Matida, 2003). A probabilidade de sobrevida em 9 anos, para crianças diagnosticadas no período de 1999 a 2002 e seguidas ambulatorialmente até março/2007, foi de 0,9023 (IC de 95% [0,8376 - 0,9421]) (Matida, 2009).

Com o aumento da sobrevida, infecções como as hepatites B e C passaram a ocupar lugar importante entre as patologias prevalentes na era pós-terapia antirretroviral potente, especialmente porque a evolução destas parece estar modificada nos portadores de HIV/Aids, com potencial de evolução para formas mais graves em prazo mais exíguo. Portanto, é imperiosa a necessidade de estruturar os serviços para atender à coinfeção de hepatites/HIV. Em relação às DSTs, Rosa Alencar, gerente da Área de Assistência Integral à Saúde, observa que “ainda há necessidade de expandir o acesso da população à prevenção, diagnóstico e tratamento por meio da implantação das atividades de abordagem síndrome na rede básica, e ainda aprimorar as condições técnicas nos serviços de referência para a realização do diagnóstico etiológico e vigilância de resistência bacteriana aos fármacos”.

Pesquisa da Coordenação Nacional DST/Aids, Ministério da Saúde (CN-DST/Aids-MS),

sobre a qualidade dos serviços ambulatoriais, realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP, mostrou que o Estado de São Paulo possui serviços classificados em diversas estratificações de qualidade. Embora os serviços mal classificados representem um percentual pequeno, supervisões constantes se fazem necessárias para fornecer a esses serviços suporte técnico e infraestrutura adequados. “As maiores fragilidades identificadas nestes serviços referem-se a sua organização, notadamente nos aspectos gerenciais e de funcionamento da equipe multiprofissional”, observa Rosa de Alencar.

Desafios da assistência para a quarta década da epidemia

Paralelamente aos grandes avanços, outras questões surgem e demandam atenção, como os efeitos adversos da terapia antirretroviral potente, a exemplo das dislipidemias (aumento de colesterol e triglicérides), a lipodistrofia/lipoatrofia (alterações na distribuição da gordura corporal), a resistência periférica à insulina (acarretando aumento do açúcar no sangue) e a acidose metabólica (por disfunção mitocondrial).

A Coordenação Estadual de DST/Aids, em parceria com o Programa Nacional, treinou diversos profissionais médicos de vários serviços e vem disponibilizando o medicamento polimetilmetacrilato para preenchimento facial, diminuindo o estigma para as pessoas que vivem com HIV/Aids. “Entretanto, ainda há campo para estudar com profundidade as consequências desses distúrbios, e investir simultaneamente na ampliação de serviços hospitalares para tratamento cirúrgico da lipodistrofia para minimizar os efeitos indesejáveis da terapia”, ressalta Rosa Alencar.

A própria terapia antirretroviral, em razão de sua complexidade, da diversidade de medicamentos e suas interações, requer apoio técnico permanente, na forma de atualizações constantes aos profissionais de saúde envolvidos com a prescrição e a orientação para sua utilização. Do mesmo modo, as questões relativas ao desenvolvimento de medidas de estímulo à adesão aos serviços e à terapia antirretroviral continuam sendo prioritárias para intervenção e devem ser objeto de ações contínuas e duradouras. Prescrições de alta qualidade e adesão à terapia antirretroviral asseguradas são condições fundamentais para a eficácia e efetividade da política de atenção aos portadores de HIV/Aids e certamente contribuirão para o fortalecimento da política de saúde em DST/HIV/Aids no Estado.

O difícil manejo da falência terapêutica decorrente do uso dos antirretrovirais resultou na implantação pela Coordenação Nacional DST/Aids-MS, em 2001, da Rede Nacional de Genotipagem (Projeto Renageno), que vem disponibilizando aos serviços públicos de saúde a realização de exames de genotipagem do HIV, bem como a análise dos resultados destes exames de detecção de resistências do HIV aos antirretrovirais por médicos treinados. Atualmente, oito laboratórios executores e 58 médicos de referência em genotipagem (17 deles pediatras ou infecto-pediatras) compõem essa rede no Estado de São Paulo. O desafio atual é a incorporação de outros exames auxiliares para a definição de terapias de resgate para os casos em que a genotipagem é insuficiente para a sugestão de um esquema eficaz e duradouro.

Para Rosa Alencar, entre os pontos a serem aprimorados estão: as ações de aconselhamento para os portadores de HIV/Aids nos aspectos relacionados à prevenção secundária, à sexualidade, concepção-contracepção, pares sorodiferentes e

efeitos colaterais dos medicamentos; embora as ações de redução de danos dirigidas aos usuários de drogas tenham se ampliado, ainda não há uma proposta abrangente que responda às necessidades dos portadores de HIV/Aids acometidos de outros sofrimentos mentais.

As mulheres, um dos grupos mais vulneráveis da atualidade no curso da evolução da epidemia pelo HIV, merecem atenção especial. É fundamental que seja assegurado o atendimento ginecológico a todas as portadoras de HIV/Aids de forma programada e não só mediante “queixa conduta”, e sejam obedecidos os preceitos éticos e de direito à concepção e anticoncepção, com qualidade e de acordo com o desejo da mulher e de seu companheiro. Em função desta importante vulnerabilidade das mulheres, e considerando a faixa etária reprodutiva, assim como a eficiente profilaxia (redução para até 2% da possibilidade de transmissão materno-infantil do HIV), que pode ser fornecida às mulheres que se apresentarem positivas ao HIV, a CE-DST/Aids, em parceria com a área da Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde, almeja oferecer a pesquisa do HIV a 100% das gestantes do Estado.

A violência sexual contra mulheres, homens e crianças também se configura como problema a ser enfrentado do ponto de vista do risco de exposição às infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV. No tocante a este último, a prevenção inclui o uso de medicamentos antirretrovirais, tornando o manejo da situação um tanto mais complexa. Daí a necessidade de organizar a atenção a estes segmentos tornados vulneráveis às DSTs, nos quais se incluem também os pares sorodiferentes para a infecção pelo HIV.

Embora resultados satisfatórios tenham sido conquistados na rede de assistência às pessoas

vivendo com HIV/Aids e portadoras de DSTs nos últimos anos, a ampliação do acesso do diagnóstico da infecção pelo HIV e a consolidação do uso da abordagem sindrômica para tratamento das DSTs na rede básica de saúde, assim como a melhoria da qualidade da assistência nos serviços especializados em DST/HIV/Aids são os mais importantes desafios a serem equacionados.

A oferta de tratamento precoce e os desafios da adesão apontam para a necessidade de adotar modelo de atenção e arranjos organizacionais que promovam o vínculo, e a corresponsabilização, além da ampliação da clínica, da gestão participativa, autonomia do sujeito e maior integração da rede de atenção.

Pesquisa, em dia com a tecnologia

A realização de pesquisas clínicas, sócio-comportamentais e epidemiológicas nas áreas de DST, Hepatites Virais e HIV/Aids faz parte da missão do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT-DST/Aids), sede da Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo. Há anos a instituição vem sediando e realizando protocolos de pesquisas nessas áreas, e vários de seus profissionais atuam como coordenadores de estudos nacionais ou estaduais. Desde 1995, a instituição realiza ensaios clínicos, participa de estudos multicêntricos internacionais para avaliação da eficácia e segurança de novos medicamentos antirretrovirais. Esse processo permitiu a capacitação dos técnicos na condução de diversos outros estudos que se seguiram, seja de novos fármacos ou de diferentes formas de apresentação ou administração deles. Em 1997, foi criado o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CRT-DST/Aids segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

No campo de ensaios clínicos, o CRT iniciou atividades em 1995, com a participação no estudo multicêntrico que avaliou a eficácia e segurança do Indinavir, na época, uma nova e promissora droga antirretroviral. O estudo contou com a participação de 84 voluntários recrutados pelo CRT, que colaboraram para a aprovação do medicamento, um dos primeiros na classe de inibidores de protease, que se juntaria a outras duas drogas formando o arsenal do coquetel. “Muitos pacientes estão vivos até hoje porque tiveram a oportunidade de usar este medicamento, informa José Valdez Madruga, responsável pela área de pesquisa clínica no CRT DST/Aids-SP.

A participação nesse ensaio clínico, além de contribuir para a comprovação da eficácia do medicamento, capacitou a instituição e seus técnicos para a condução de outras pesquisas. Foram realizados, a partir de então, mais 40 estudos. Atualmente, sete pesquisas de medicamentos estão em andamento, envolvendo 230 voluntários. Entre elas está a Start, financiada pelo National Institutes of Health (NIH), dos Estados Unidos, que conta com a participação de 223 centros de saúde, em 35 nações de todos os continentes. “Esse estudo avalia qual é o melhor momento para iniciar tratamento antirretroviral nos pacientes soropositivos, conforme o nível de CD4”, conta Valdez. A Instituição também participa de estudos de duas novas drogas para tratamento de hepatite C em pacientes coinfectados com HIV: o faldaprevir e o telaprevir, ambos inibidores de protease do vírus da hepatite C.

Em busca da vacina contra a Aids

O mundo aguarda a vacina que irá conferir proteção ao vírus responsável pela pandemia de Aids. O CRT participa desde 2001 da Rede

Mundial de Ensaios de Vacina (HVTN), financiada pelo National Institutes of Health (EUA). Entre os projetos patrocinados pela HVTN está o estudo realizado em diversos países para avaliar a segurança de uma vacina anti-HIV. No Brasil, o CRT, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal de São Paulo conduzem a pesquisa, integrando esforços mundiais para a descoberta de um método seguro de prevenção da doença. Mas o vírus é desafiador. “Não vejo perspectivas animadoras, pelo menos para os próximos dez anos. Um dos grandes entraves para a descoberta da vacina é o poder de mutação do vírus e a dificuldade do organismo humano em desenvolver uma defesa efetiva contra o HIV”, esclarece Artur Kalichman, coordenador adjunto do CRT DST/Aids-SP.



Enquanto a vacina não chega, é preciso monitorar o tratamento e seus efeitos adversos. Para isso, o Ministério da Saúde deu início, em 2003, ao estudo Coorte Brasil, com a perspectiva de acompanhar por dez anos 5.313 pacientes de todas as regiões do país, em tratamento com antirretrovirais. O estudo em andamento avalia a efetividade das drogas, eventos clínicos e epidemiológicos, tempo de sobrevida e o surgimento de efeitos colaterais ou doenças relacionadas.

No âmbito nacional, esse projeto é coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde. O CRT DST/Aids-SP encabeça o estudo no Estado de São Paulo e dele também participam os programas municipais DST/Aids de São Paulo e de São José do Rio Preto. “Esse é um estudo multicêntrico envolvendo 11 cidades das quatro regiões brasileiras, e 13 serviços ambulatoriais para a Aids. São Paulo contribui com 31,4% de voluntários”, informa Artur Kalichman.

A credibilidade do trabalho realizado pelo CRT DST/Aids-SP facilita a adesão de voluntários. Além de contar com um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) próprio, o CRT DST/Aids-SP tem em seu corpo técnico profissionais comprometidos com essa questão. O Brasil tem uma legislação entre as mais avançadas do mundo, que estruturou os organismos responsáveis por garantir a ética na pesquisa. Por meio de uma resolução federal de 1996, foi criado o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), ao qual estão subordinados os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições de ensino e serviços de saúde. “Além de preservar princípios éticos, como garantia de sigilo, a legislação garante ao voluntário o acesso aos medicamentos pós-estudos”, esclarece Eduardo Lagonegro, coordenador do CEP do CRT DST/Aids-SP.

Exemplo de projeto cujo sucesso se deve à adesão de voluntários é o Sampa Centro, que reúne pesquisadores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, Unicamp, USP, Instituto Adolfo Lutz e Fundação Oswaldo Cruz, coordenado pela pesquisadora do CRT DST/Aids-SP Gabriela Calazans. “Trata-se de um estudo sobre comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção do HIV e prevalência da

infecção pelo vírus entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens, frequentadores de espaços de encontro social na região central do município de São Paulo”, conta Gabriela. Ao todo, foram entrevistadas 1.217 pessoas, de novembro de 2011 a janeiro de 2012. Do total dos entrevistados, 778 aceitaram fazer o teste e, destes, 16% tiveram resultado positivo para o vírus da Aids.

Prevenção: tecnologias de ontem e de hoje

Prevenção e assistência sempre andaram de mãos dadas no combate à epidemia de HIV/Aids no país. Em 1983, em São Paulo, foi implantada a primeira medida de combate à Aids: o Disque DST/Aids (0800 16 25 50), o primeiro serviço desta natureza criado na América Latina e a primeira resposta governamental para o enfrentamento da epidemia. Até 1998, o serviço era oferecido por linhas telefônicas comuns.

A partir dessa data, foi implantado o sistema de atendimento gratuito (0800), oferecendo à população do Estado de São Paulo um canal gratuito de escuta, acesso a informações, orientações e aconselhamento sobre práticas de sexo seguro, serviços especializados para realização de teste anti-HIV e instituições governamentais e não governamentais que atuam na defesa dos direitos dos portadores de HIV/Aids. A implantação do serviço gratuito aumentou a possibilidade de acesso das populações mais vulneráveis à informação. Estes continuam em atividade até os dias de hoje com cerca de 1.000 ligações registradas por mês, aumentadas nos momentos de Campanha. Outra fonte de comunicação com a população é por e-mails, pelos quais as pessoas encaminham suas dúvidas. O disque DST/Aids também realiza atendimento presencial em escolas, empresas e com usuários

que desejam aprofundar a conversa sobre seu diagnóstico ou outra questão pertinente. Ressalta-se o alcance deste serviço que, apesar de estar organizado para atender ao estado de São Paulo, recebe diariamente ligações de estados de todo o país e eventualmente ligações internacionais. Além disso, por se tratar de canal gratuito via telefone e, por isso, a população ter condições de ligar de qualquer telefone fixo, celular ou orelhão, realiza oferta de informações para populações que não têm acesso a internet e têm dificuldades em acessar a rede de serviços de saúde.

Outra medida importante para o enfrentamento da epidemia foi a aprovação, em 1986, da lei nº 5/90 de 20/06/86, no Estado de São Paulo, que obrigou a realização de testes sorológicos para HIV em todos os bancos de sangue do Estado. No entanto, até o final de 1987, a aplicação da lei era bastante irregular e, somente em 1988, a lei nº 7.649, de 25/01/88, tornou obrigatória a triagem sorológica em todo o país.

Nesse período, as ações de prevenção eram direcionadas principalmente aos chamados grupos de risco – homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis – e consistiam basicamente em transmitir informações sobre as vias de transmissão e os meios de não se infectar. Como a doença ainda era nova e havia poucos recursos financeiros, essas ações estavam restritas a reuniões, palestras, distribuição de folhetos e informações veiculadas pelos meios de comunicação.

Em 1988, com a criação do CRT-Aids, houve importante expansão, descentralização e consolidação das ações voltadas à prevenção. Nessa época, foi criada a área de “Educação e Treinamento”, e uma equipe para trabalhar especificamente com prevenção e capacitação

dos profissionais de saúde do Estado. O caráter das ações foi focado no desenvolvimento de atividades relacionadas à divulgação de informações por meio de campanhas, palestras e oficinas de trabalho para estimular e ensinar o uso de preservativo, já que naquele momento era importante estimular práticas sexuais seguras. Simultaneamente, passou-se a realizar ações direcionadas aos chamados grupos de risco.

A partir de 1988, o conceito de grupos de risco passou a ser criticado tanto pelos profissionais de saúde que trabalhavam com Aids, quanto pelos grupos mais atingidos pela doença, e pelo estigma e exclusão que ela acarretava. Esse conceito mostrava-se insuficiente para explicar as possibilidades de risco/infecção pelo HIV e optou-se então pelo conceito de comportamento de risco, considerado mais amplo e apropriado. As estratégias de prevenção passaram a ter caráter de redução dos comportamentos de risco, baseadas na difusão de informações, controle dos bancos de sangue e estímulo ao uso de preservativos (Ayres et al., 1999).

Na década de 1990, iniciou-se em São Paulo um intenso programa de treinamentos das diversas instâncias estaduais, as cinco Coordenadorias de Saúde e os 65 Escritórios Regionais de Saúde, com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde para serem interlocutores de DST/Aids junto aos municípios. Esse trabalho tornou-se possível devido ao recurso financeiro do POA I, II e III (Plano Operativo Anual), elaborado para execução de 1994 a 1998.

A área de Prevenção do CRT DST/Aids passou então a desenvolver e implementar ações programáticas no Estado de São Paulo, fundamentadas na noção de vulnerabilidade. Com a possibilidade dos recursos do Aids I (acordo de empréstimo de recursos financeiros entre o

Banco Mundial e o governo brasileiro) tornou-se possível contratar profissionais especializados para lidar com os aspectos culturais e sociais das DST/Aids, o que possibilitou a ampliação do trabalho de prevenção.

A equipe da área de Prevenção firmou seu compromisso com as populações de risco acrescido para a infecção pelo HIV (usuários de drogas, homossexuais e profissionais do sexo) e sob influência do modelo de construção de projetos, trazido pelos instrumentos de execução do POA, organizou-se para buscar respostas a fim de reduzir o impacto da epidemia de Aids nessas populações. O planejamento das ações de prevenção passou a ser organizado a partir da definição de populações prioritárias com o desenvolvimento de modelos de trabalho específicos para cada segmento. As intervenções resultantes desses modelos envolveram um intenso trabalho de campo e o estabelecimento de parcerias com outras áreas governamentais e sociedade civil organizada.

No decorrer dos anos 90, a área de prevenção apropriou-se dos mecanismos necessários para a construção de políticas públicas articuladas com os princípios do SUS, buscando equidade e universalização da atenção à saúde, o que culminou, em 2002, com a criação de três núcleos: atenção básica, populações mais vulneráveis e articulação institucional. O primeiro foi criado para integrar as ações de prevenção às DST/Aids com a rede de serviços de saúde da Atenção Básica.

O Núcleo de Populações mais Vulneráveis foi criado para ampliar e implementar políticas de prevenção para as populações que, historicamente, apresentam uma maior vulnerabilidade ao HIV/Aids. Esse fato demanda uma visão de trabalho profundamente vinculado à questão dos direitos sociais e a aspectos individuais.

O Núcleo de Articulação Institucional, por sua vez, foi constituído para estabelecer parcerias e articulações interinstitucionais visando desenvolver políticas e programas de prevenção às DST/Aids em diferentes instituições. Entre os principais parceiros estão as Secretarias de Educação e Administração Penitenciária. A partir de 2004, este núcleo foi absorvido pelo de populações mais vulneráveis.

Nos anos 2000, o trabalho da Prevenção utilizou-se dos conceitos de vulnerabilidade programática, social e individual para dirigir suas ações. Assim, temas que perpassam todos os segmentos da população como as questões étnico-raciais e religiosas passam a ser objeto de ações específicas.

O Núcleo de Populações Mais Vulneráveis, por meio de uma ação denominada de “Projetos Estratégicos” levou aos municípios a discussão sobre vulnerabilidades locais e, mediante repasse financeiro advindo do Ministério da Saúde (MS), instrumentalizou municípios e ONGs para a realização de ações e prevenção às DST/Aids, direcionadas aos segmentos de gays, travestis, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Esses projetos foram monitorados e muitas das ações previstas foram incorporadas nos planejamentos municipais por meio do então Planejamento de Ações e Metas (PAM), que se iniciaram em 2003 com a incorporação da Aids na política de incentivo do MS. Essa experiência foi sistematizada e resultou em uma publicação intitulada: “Vulnerabilidade – projetos estratégicos com populações vulneráveis”.

Outra publicação importante do Núcleo de Vulneráveis teve como foco a população de adolescentes – “Prevenção das DST/Aids em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde”.

Nessa época, a criação de Grupos Técnicos de Trabalho (GT) foi uma estratégia bastante utilizada pela Gerência de Prevenção para o encaminhamento de questões específicas. Foi criado o GT etnias, que no processo de implantação da coleta do quesito raça-cor nos serviços de DST/Aids levou aos municípios a discussão sobre as questões étnico-raciais e suas vulnerabilidades, assim como a discussão sobre racismo-institucional. Um dos produtos do trabalho deste GT foi a publicação, em 2009, do livro “Qual é a sua cor ou raça/etnia? Perguntar não ofende, responder ajuda a prevenir” voltada para profissionais da rede de serviços do Estado, discutindo a importância, as formas de coleta do quesito raça/cor e o racismo institucional.

A estratégia utilizada para trabalhar a prevenção das DST/Aids junto às empresas foi a parceria com o Conselho Empresarial de Prevenção ao HIV/Aids do estado de São Paulo (Ceaid-SP), que atua mobilizando o segmento empresarial no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, pela realização de eventos regionais, participação em campanhas, grupos de trabalho, fóruns, discussões técnicas e elaboração de notas técnicas, como a do Pré-Natal do Homem.

O Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids – Nepaids, da Universidade de São Paulo, elaborou – em parceria com o Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids – o curso “Especialização em Prevenção às DSTs/Aids no quadro da vulnerabilidade e dos Direitos Humanos”, com o intuito de estimular a formação de especialistas em prevenção para trabalhar na rede de serviços. Esse curso foi ministrado para cerca de 60 pessoas, no período de agosto de 2010 a janeiro de 2012.

Desde 2011, o Programa Estadual de DST/Aids, por meio da Área de Prevenção e do termo

de cooperação técnica entre OPAS e SES, vem desenvolvendo o projeto “Prevenção às DSTs/Aids em contextos de Vulnerabilidade” com o propósito de criar, testar e divulgar estratégias que possam ser aplicadas nos bolsões de pobreza e sejam adaptáveis para todo território do estado de São Paulo. Inicialmente, o projeto está sendo executado em conjunto com o Programa Municipal de DST/Aids de Itaquaquecetuba e, entre outras ações previstas pelo projeto, especialmente no que se refere à ampliação da disponibilização de preservativos, foram implantadas Estações de Prevenção, caracterizadas no projeto como pontos de distribuição de materiais educativos e insumos de prevenção. As Estações de Prevenção são reconhecidas pela comunidade como local para aquisição dos insumos e informações básicas por meio de cartazes informativos expostos. Entre as Estações de Prevenção implantadas, podemos contar com a parceria de bares, *lan houses* e pesqueiros, ou seja, estabelecimentos comerciais localizados próximos a vielas, escolas e em áreas onde há socialização de homens que fazem sexo com homens e locais de trabalho de profissionais do sexo, tanto do gênero feminino quanto do gênero masculino.

Ainda no ano de 2011, técnicos das Secretarias Estaduais da Saúde (SES) e Educação (SEE) trabalharam na elaboração de projetos conjuntos. Um dos projetos relaciona-se com as ações de Prevenção às DSTs/Aids nas escolas. Um dos produtos das discussões conjuntas da SES e SEE foi a elaboração da Resolução Conjunta SS/SE – 1, de 11 de outubro de 2011 (Diário Oficial, Poder Executivo – Seção I – quarta-feira, 12 de outubro de 2011, página 49) que dispõe sobre a implementação de projetos educativos nas escolas públicas estaduais para a promoção e preservação da saúde. Em seu Artigo 1º, essa resolução estabelece que uma dessas ações conjuntas diz

respeito ao fortalecimento da Prevenção às DSTs/Aids e à Gravidez na Adolescência, nos Ensinos Fundamental e Médio.

Com o avanço da epidemia entre usuários de drogas não injetáveis, foi necessária a criação de novas estratégias de prevenção voltadas a essa população. Elaborou-se, em 2012, uma proposta de trabalho para dar acesso e atender às gestantes usuárias de crack e outras drogas, com o objetivo de diminuir a transmissão vertical da sífilis e do HIV. Essa proposta foi pensada em conjunto com alguns municípios e, por sua complexidade, trouxe a necessidade de novas integrações, além das realizadas dentro do setor saúde, como com as Secretarias de Justiça e Desenvolvimento Social. Propõe diversas ações como pré-natal adequado a essas gestantes; oferecimento de anticoncepcionais injetáveis (Implanon, com duração média de 3 anos) e a criação de casas de acolhimento onde estas gestantes possam receber apoio e tratamento – durante a gestação e nos primeiros meses após o nascimento da criança –, e traz em seu cerne a proposta de manutenção do binômio mãe-filho como estratégia de fortalecimento dessas mulheres.

Com o passar dos anos, o perfil da epidemia de Aids foi se modificando e as ações de prevenção foram adequando-se às novas realidades. Assim, a prevenção, que inicialmente voltava-se aos então chamados “grupos de risco” da epidemia, ampliou-se, voltou-se para as mulheres, para a prevenção vertical, para os jovens e, em determinados momentos, até para a população de idosos.

Atualmente, por meio de estudos epidemiológicos, cientes de estar lidando, em nosso meio, com uma epidemia concentrada, retoma-se a proposta de centrar as ações de prevenção em grupos prioritários, como HSH e profissionais do sexo,

populações estas que apresentam incidência do HIV muitas vezes maior do que a população geral, buscando reduzir a incidência do HIV nesses segmentos populacionais e impactar a epidemia como um todo.

Buscando dar respostas a essas necessidades, o PE DST/Aids, em consonância com o DN DST/Aids, elaborou os planos de enfrentamento da epidemia em segmentos com risco acrescido à infecção. Em conjunto com os municípios, sociedade civil e outros parceiros governamentais, sendo coordenados pela Gerência de Prevenção, temos o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids entre as Mulheres e o Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia de Aids e controle das DSTs entre Gays, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis. Estes planos estão em vigência desde 2008 (mulheres) e 2009 (gays e travestis) e embora tenham sido pensados para um período de execução em quatro anos, estão sendo monitorados e estrategicamente já foram prorrogados até 2015.

O Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids entre as Mulheres vem desenvolvendo ações no sentido de diminuir a incidência das DSTs/Aids, assim como as vulnerabilidades das mulheres, focando especialmente as gestantes, mulheres profissionais do sexo, mulheres privadas de liberdade, mulheres negras e mulheres em situação de violência. Em 2013, foram realizados três fóruns regionais (Ribeirão Preto, Registro e Baixada Santista) para discussão de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids, com municípios e ONGs.

Dentre as ações que vêm sendo desenvolvidas no bojo do plano, direcionado aos gays e travestis, podemos destacar o investimento em um plano de comunicação que passa não só pela criação de materiais informativos, como também

pela realização de uma campanha de visibilidade positiva das travestis, intitulada “Travesti e Respeito: Olhe e veja além do preconceito”, a qual comporta além de materiais impressos a criação de um *hotsite* e *web banner* para sites parceiros.

Outra frente de trabalho tem sido o incentivo à testagem ao HIV com vistas ao diagnóstico precoce e a ampliação do acesso aos insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante) com indicação de buscar parcerias para colocá-los em locais de sociabilidade como bares, boates etc. e locais de sexo como saunas, cinemas de pegação etc. Investimentos na ampliação da divulgação e do acesso à profilaxia pós-exposição (PEP) também têm sido realizados. Criou-se um *hotsite* para a PEP, em que a rede credenciada de referência para o atendimento pode ser localizada, além de informações sobre o procedimento e espaço para tirar dúvidas. Materiais informativos direcionados ao público-alvo, aos profissionais de saúde e aos serviços de referência estão sendo produzidos. Tem se buscado parcerias com universidades para a realização de pesquisas com o objetivo de conhecer melhor esses grupos populacionais, suas demandas, necessidades em saúde e sua vulnerabilidade às DSTs e Aids. Há, paralelamente, um esforço no sentido de combater a homofobia, sabidamente um fator de vulnerabilidade para esta população. Isto tem sido possível por meio da parceria com a Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania (SJDC), na qual se insere a Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. Várias ações conjuntas têm ocorrido e, mais recentemente, a assinatura de um Termo de Cooperação entre SES e SJDC permitirá o oferecimento de um curso de educação à distância (EAD) em Diversidade Sexual e Cidadania para os profissionais da saúde do SUS no Estado de São Paulo.

Outras parcerias governamentais se colocam como importantes para o alcance dos objetivos propostos como a Educação, Assistência Social, Trabalho e Renda, Segurança Pública, entre outras. Atualmente, está em elaboração o 2º Plano Estadual de Combate a Homofobia por parte do Comitê Intersecretarial de Defesa da Diversidade Sexual do qual a SES faz parte e juntamente com mais 10 secretarias de governo divide a tarefa de propor metas e ações no âmbito de sua secretaria e outras transversais que contribuam para a diminuição das vulnerabilidades dos LGBT.

Observa-se, ainda, com o passar do tempo, que as clássicas tecnologias de prevenção já não são capazes de avançar, sozinhas, na redução da incidência das DSTs/Aids. Acrescem-se novas tecnologias, chamadas biomédicas, como o uso de antirretrovirais com a finalidade de prevenção, tanto como tratamento de indivíduos HIV positivo para diminuição da carga viral e redução da transmissão sexual, quanto como profilaxia pós-exposição sexual (PEP) para indivíduos que se expuseram a uma relação de maior risco para aquisição do HIV. Há outras tecnologias biomédicas que não foram definidas como política pública no Brasil, como a proposta de circuncisão.

Aliadas às tecnologias biomédicas, novas formas de abordagem das pessoas – como a proposta de ampliar o leque de discussões e opções de prevenção, partindo da utilização em larga escala do teste anti-HIV e do princípio da autonomia dos indivíduos – são colocadas como estratégias de prevenção às DSTs/Aids.

A realização de Fóruns Regionais de Prevenção tem sido utilizada como uma importante forma de levar aos municípios e regionais de saúde a discussão sobre as diretrizes e ações de prevenção às DSTs/Aids propostas

pelo Programa, mediante sua Gerência de Prevenção. Nesse momento, compartilha-se com a rede ações e propostas trazidas pelos municípios e regionais de saúde, oportunizando a troca de conhecimento e experiências entre os diversos níveis de coordenação dos programas de DST/Aids.

É preciso planejar, monitorar e treinar

As respostas obtidas dentro do CRT DST/Aids e nos serviços de saúde municipais e estaduais que atendem portadores de HIV/Aids devem-se a um conjunto de fatores, entre eles investimento em formação e capacitação de técnicos de todos os níveis, áreas e unidades que compõem o Programa Estadual DST/Aids. Para coordenar o treinamento dos profissionais da instituição e do Estado, a área de RH do CRT DST/Aids é composta por uma equipe matricial, com profissionais das diversas gerências, com ações centradas na formação de profissionais que trabalham com portadores de HIV/Aids de forma mais ampla possível, desde a capacitação para o manejo de antirretrovirais a questões como acolhimento, adesão, qualidade, humanização e outros temas.

Esta gerência tem por objetivos desenvolver, implantar e acompanhar estratégias políticas e metodologias abrangentes e estabelecer dispositivos administrativos, atitudes gerenciais que reconheçam: a importância intrínseca das pessoas; a interdisciplinaridade das ações; a motivação, o compromisso e a saúde psicossocial; o envolvimento dos profissionais, equipes e gestores; dispositivos democráticos de participação dos usuários; humanização e qualidade dos serviços prestados. A Gerência de RH conta também com os seguintes setores: comunicação interna, estágios, qualidade,

educação e desenvolvimento. Nos últimos anos, a Gerência de RH foi responsável ainda pela tarefa de coordenar a criação de dispositivos para ampliar a participação dos usuários e dos trabalhadores da instituição com a criação do Conselho Gestor. É importante citar também a participação desta área na constituição do Conselho de Bioética da Instituição.

“Ao longo do processo, a equipe da Gerência de RH aprendeu que para fazer gestão de pessoas é preciso uni-las em torno de um projeto coletivo, buscar novos sonhos, uma nova visão de mundo. Para isso, foi preciso investir em comunicação interna e externa, sensibilizar e integrar os mais diversos atores sociais em torno de um ideal comum”, observa André Correa, gerente de Recursos Humanos. Para atingir as metas é preciso autorreconhecimento e dedicação à missão da Instituição. É necessária atenção aos processos e condições de trabalho, ou seja, cuidar dos colaboradores, tanto no aspecto da saúde do trabalhador como na sua formação. “Esse cuidado deve ser diariamente reforçado por meio de investimentos realizados em capacitação e desenvolvimento internos, criação de dispositivos de participação, realização de atividades de lazer, assistência social a colaboradores, novas estratégias de comunicação e estímulo à produção de conhecimento técnico”, conclui. Nesse sentido, diversas ferramentas tecnológicas e de gestão vêm sendo desenvolvidas ao longo desses anos, tendo como diretriz os conceitos de interdisciplinaridade, matricialidade, intersetorialidade e humanização no serviço. “São muitos os desafios dentro do serviço público de saúde, no que se refere à gestão e formação dos profissionais”.

Para assessorar a Coordenação Estadual DST/Aids na gestão e planejamento das ações em

DST/Aids no Estado de São Paulo, no âmbito do SUS e da articulação com a sociedade civil, foi criada em 2002, a área de Planejamento. Entre as atribuições dessa assessoria destacam-se o monitoramento e avaliação das Programações Anuais de Metas dos municípios e do Estado, o estímulo à formulação do planejamento estratégico nas Coordenações Municipais de DST/Aids, a articulação com as demais instâncias da SES para implementação de ações em DST/Aids e por fim, a articulação com a sociedade civil para o aprimoramento das formas de parcerias e alianças estratégicas entre as organizações da sociedade civil e o poder público. Atualmente, o Programa Estadual conta com o Fórum de Gestores para aprimoramento das Políticas de DST/Aids. O Fórum de Dirigentes é formado por 145 municípios qualificados na Política de Incentivo, os 27 GVEs e representantes da Sociedade Civil Organizada e parceiros estratégicos. Conta ainda com uma instância intermediária, a Comissão de Gestão Participativa com representações regionais de municípios, sociedade civil e interlocutores dos Grupos de Vigilância Epidemiológica da SES. “Esses mecanismos permitem uma gestão articulada e aberta na formulação e viabilização das grandes linhas de ação desenvolvidas no Estado”, explica a gerente da Área, Vilma Cervantes.

Experiências compartilhadas

Na última década, a resposta brasileira à epidemia de Aids ganhou o mundo. O Brasil foi convidado a compartilhar sua experiência em vários fóruns de discussão internacionais e houve uma intensa troca com vários países. Inúmeras delegações internacionais vieram a São Paulo conhecer de perto as estratégias de prevenção e assistência que reduziram a

transmissão vertical do HIV e a mortalidade por Aids em adultos.

O Ministério da Saúde promoveu a visita de parlamentares, gestores e técnicos de quase 40 países ao CRT DST/Aids-SP: África do Sul, Angola, Argentina, Bolívia, Barbados, Botsuana, Chile, China, Colômbia, Congo, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Gana, Guatemala, Holanda, Honduras, Índia, Japão, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nicarágua, Panamá, Peru, Quênia, República Dominicana, Rússia, Senegal, Suriname, Tailândia, Tanzânia, Ucrânia, Uruguai e Zâmbia. Algumas visitas consistiram em treinamentos de 15 a 30 dias, organizados pelo CRT, nos quais se apresentou a gestão pública, a organização dos serviços no Brasil e em São Paulo e o relacionamento entre governo e sociedade civil no enfrentamento da epidemia.

Especialistas brasileiros também têm levado sua experiência a outros países. Maria Clara Gianna, coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP, por exemplo, esteve em Angola em 2003, 2004, 2005 e 2008, para auxiliar na elaboração de um plano estratégico nacional para HIV e uma proposta para o Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária. Em 2007, esteve em Moçambique para dar consultoria na área de saúde e prevenção das DSTs/HIV/Aids nas escolas. Técnicos das áreas de assistência, planejamento e recursos humanos estiveram em vários países africanos e sul-americanos compartilhando conhecimentos e experiências.

Trabalho em parceria com a sociedade civil

Para ampliar ainda mais o campo de ação, em 2002, foi construída e sistematizada a articulação entre Governo e sociedade civil organizada no

Estado de São Paulo, que se consolidou com a constituição do Núcleo de Articulação com ONG e com a criação de um Grupo de Trabalho assessor para a Articulação OG/ONG (Organizações Governamentais/Não Governamentais). Naquele ano existiam aproximadamente 300 ONG (filiadas e não filiadas) realizando trabalhos de atenção e prevenção relacionados às DSTs/Aids. Com isso, surgiu a necessidade de acompanhar o andamento desses trabalhos, em especial as ações financiadas com recursos do Programa Nacional de DST/Aids – Ministério da Saúde.

O Núcleo de Articulação com ONG tem como principais atribuições: coordenar o Grupo de Trabalho OG-ONG, em que são debatidas e formuladas propostas pactuadas entre gestores municipais, estaduais e a sociedade civil; oferecer apoio técnico para elaboração e execução de projetos; acompanhar os processos de seleção pública de projetos e, principalmente, promover, ampliar a aprimorar a interlocução e a efetivação de parcerias institucionais da sociedade civil com os programas governamentais Municipais, e Estaduais, do Fórum de ONG/Aids do Estado, da Rede Estadual de Pessoas Vivendo com HIV/Aids e do Fórum Paulista LGBT e Movimento Nacional de Cidadãs Positivas.

Ao longo dos últimos cinco anos, o Grupo de Trabalho, composto por representantes de Gestores e da sociedade civil, tem sido um espaço democrático no sentido de construir conjuntamente respostas à epidemia de HIV/Aids. Ele promove com esta prática a melhor qualificação dos projetos aprovados nas seleções, uma vez que aproxima Municípios e ONG para a construção de respostas locais e o seu acompanhamento mais próximo e individualizado.

Ao todo, os processos de seleção pública de projetos de DST/HIV/Aids apresentados por organizações da sociedade civil, realizados desde o ano 2000 já envolveram a apresentação de mais de mil projetos. Destes, foram selecionados cerca de 400 projetos. O processo de seleção é aberto, com a publicação de um Edital no Diário Oficial do Estado e amplamente divulgado. A seleção dos projetos a serem financiados é realizada por um Comitê Seletivo Externo de Especialistas, indicado pelos integrantes do Grupo de Trabalho, em que os diferentes olhares se somam, resultando em ações criativas e efetivas frente às necessidades cotidianas trazidas pela resposta a ser dada à epidemia no Estado. A partir de 2003, consolidou-se esse movimento com o repasse de recursos do Ministério da Saúde para as ações em DST e Aids, por meio do Incentivo Fundo a Fundo para os Estados.

Além dos projetos financiados pela seleção, o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo elabora e monitora o Plano Estadual para casas de apoio para adultos vivendo com HIV/Aids, recursos provenientes da política de incentivo (Portaria GM nº 1824). Atualmente, são 38 casas de apoio de adultos vivendo com HIV/Aids distribuídas em 17 municípios, além de 20 casas de crianças e adolescentes com HIV/Aids. “Essa descentralização do financiamento das ações para o nível estadual possibilitou a construção coletiva de políticas públicas, envolvendo diversos atores, o que enriqueceu o processo de trabalho, tornando-o mais legítimo, e possibilitou a participação ativa da Sociedade Civil Organizada nas propostas de políticas públicas de controle das DSTs”, observa Jean Dantas, do Núcleo de Articulação com ONG.

Resumo

Obtenção de peptídeos bioativos (criptídeos) pela ação da tripsina e serinoproteases do veneno de *Bothrops jararaca* sobre substratos endógenos

Aline Vivian Vatti Auada, Ivo Lebrun (Orientador)

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil – 2011.

RESUMO

As serinoproteases e metaloproteases são as principais enzimas do veneno de *Bothrops jararaca*, elas agem sobre as proteínas dos tecidos das vítimas ou presas, e como resultado de suas ações diretas, essas proteases podem gerar peptídeos com ações específicas em células ou ainda afetar mecanismos fisiológicos. As fontes mais comuns de peptídeos bioativos são as proteínas precursoras naturais. No entanto, estudos recentes têm mostrado que existem outras fontes de peptídeos bioativos, as criptéinas, que fazem parte de uma nova classe de proteínas que não são consideradas precursoras, mas sob certas condições, originam peptídeos bioativos, assim eles são denominados criptídeos. Os criptídeos podem provocar efeitos relevantes na questão do envenenamento, causando efeitos secundários ou indiretos. Neste trabalho, esses criptídeos gerados pela ação das serinoproteases do veneno e pela ação da tripsina sobre substratos endógenos foram isolados e, em seguida, foram caracterizados bioquimicamente e biologicamente de acordo com suas ações em células. As serinoproteases do veneno de *B. jararaca* foram separadas do veneno total utilizando CLAE com uma coluna de exclusão molecular, estas serinoproteases foram então incubadas com o substrato mioglobina. Como também utilizou-se a tripsina, foram escolhidos os seguintes substratos: mioglobina, hemoglobina, imunoglobulina G e colágeno, que foram incubados com a tripsina. Os criptídeos gerados foram separados por fracionamento por CLAE e as frações testadas em culturas de células para observar efeitos citotóxicos ou proliferativos. As frações ativas foram repurificadas para obter criptídeos puros. Com a atividade desses criptídeos confirmada, estes foram sequenciados e sintetizados. A ação da tripsina sobre a mioglobina gerou criptídeos (ALELFR, TGHPETLEK, GLSDGEWQQVLNVWGK) que apresentaram atividade proliferativa em células do tipo fibroblastos e endoteliais. Utilizando um programa de bioinformática, Cn3D, observou-se que os criptídeos gerados pela hidrólise da mioglobina com a tripsina estão localizados na parte externa da proteína íntegra. Também foram encontradas frações bioativas depois da incubação dos outros substratos, mencionados acima, utilizando a tripsina, mas não foi possível sequenciá-los. A incubação da mioglobina com as serinoproteases isoladas do veneno de *B. jararaca* gerou um cromatograma similar ao obtido com a incubação da tripsina, mostrando que estas serinoproteases possivelmente gerem criptídeos que podem ter efeitos secundários não neutralizados por soroterapia. Este estudo sugere que as serinoproteases do veneno de *Bothrops jararaca* podem gerar criptídeos com efeitos relevantes por meio de suas ações nas proteínas (substratos) que estão altamente disponíveis no local da picada.

PALAVRAS-CHAVE: Veneno de serpente. *Bothrops*. Peptídeos. Peptídeos/classificação. Serinas proteases.

*Resume****Obtention of bioactive peptides (cryptides) by the action of trypsin and serine proteases from the venom of Bothrops jararaca on endogenous substrates*****Aline Vivian Vatti Auada, Ivo Lebrun (Orientador)**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil – 2011.

RESUME

Serineproteases and metalloproteases are the main *Bothrops jararaca* venom enzymes acting on the victim's tissues and proteins. As a result of their direct actions on tissue proteins, these proteases could generate peptides with specific actions in cells or other mechanisms. The most common sources for bioactive peptides are natural precursor proteins. Recent studies have shown that a new class of proteins not named as precursors, the crypteins, may, in some conditions, originate bioactive peptides, or cryptides. New cryptides generated by the action of the venom serineproteases and by commercial trypsin on endogenous substrates, were isolated, then biochemically and biologically characterized. Serineproteases from *B. jararaca* venom were separated from the whole venom using an HPLC molecular exclusion column, verifying the activity of the fractions on the chosen substrates (myoglobin, hemoglobin, immunoglobulin G and collagen). These substrates were incubated with the venom serineproteases as well as with trypsin. The resulting peptides were separated by fractionation by HPLC and the fractions were tested on cell cultures for proliferative or cytotoxic effects. Active fractions were rechromatographed in order to obtain the pure bioactive peptides. After the activity was confirmed, the peptides were sequenced and synthesized. Trypsin activity on myoglobin generated peptides (ALELFR, TGHPETLEK, GLSDGEWQQVLNVWGK) presenting proliferative activity on fibroblasts and endothelial cells. 3D modeling of myoglobin, using Cn3D software, showed that the three peptides are located on the surface of the protein. Bioactive fractions were also found after digestion of the other substrates mentioned above with trypsin, but they were not yet isolated and sequenced. Digestion of myoglobin with the venom serineproteases generated an HPLC profile similar to the one obtained with trypsin. This suggests that the cryptides here described may indeed be generated at the snake bite site, causing secondary effects, not neutralized by serumtherapy. This study suggests that the venom serineproteases may generate cryptides with relevant effects through their actions on highly available protein substrates at the bite site.

KEYWORDS: Snake venom. *Bothrops*. Peptides. Peptides/classification. Serine proteases.

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 às ações de vigilância em saúde, de maneira rápida e precisa, estabelecendo um canal de comunicação entre as diversas áreas 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; resumo de até 150 palavras; entre três e seis palavras-chave; quatro ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); e 10 referências. É recomendável que os autores das comunicações rápidas apresentem, posteriormente, um artigo mais detalhado.

6. Informe epidemiológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças, agravos, 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 enfatizar 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. 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 Helsinki 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 131,
Pacaembu – São Paulo/SP – Brasil
CEP: 01246-000
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.
- Resultados – 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 research 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=pth

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.

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 aos Autores atualizada em janeiro de 2013

Instruções na íntegra no site da

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

