

Tabela 3. Número de anti-HCV realizado, reagente esperado e notificado por DRS de residência, Estado de São Paulo - 2008 a 2015*

DRS de residência	Total			Diferença notificado-esperado (%)
	AntiHCV realizado	Reagentes esperados	Notificado	
Piracicaba	69.827	908	2364	160,4
Barretos	59.073	768	1703	121,8
São João da Boa Vista	73.798	959	2028	111,4
Araçatuba	59.081	768	1072	39,6
Sorocaba	156.025	2.028	2519	24,2
Taubaté	294.691	3.831	3903	1,9
Ribeirão Preto	226.791	2.948	2917	-1,1
Araraquara	99.152	1.289	1236	-4,1
Grande São Paulo	3.330.396	43.295	40612	-6,2
São José do Rio Preto	321.952	4.185	3777	-9,8
Baixada Santista	341.301	4.437	3907	-11,9
Campinas	709.953	9.229	7931	-14,1
Bauru	227.978	2.964	2436	-17,8
Marília	137.564	1.788	1408	-21,3
Presidente Prudente	98.808	1.285	980	-23,7
Franca	73.533	956	713	-25,4
Registro	35.903	467	124	-73,4
Total	6.315.826	82.106	79.630	-3,0

Notas:

Anti-HCV realizados = Situação da base de dados nacional em 24/07/2015. Dados de junho de 2014 até junho de 2015 sujeitos a retificação.

Reagentes esperados= 1,3% na população de 10 a 69 anos - região Sudeste. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil. Relatório de Pesquisa. Brasil, 2010.

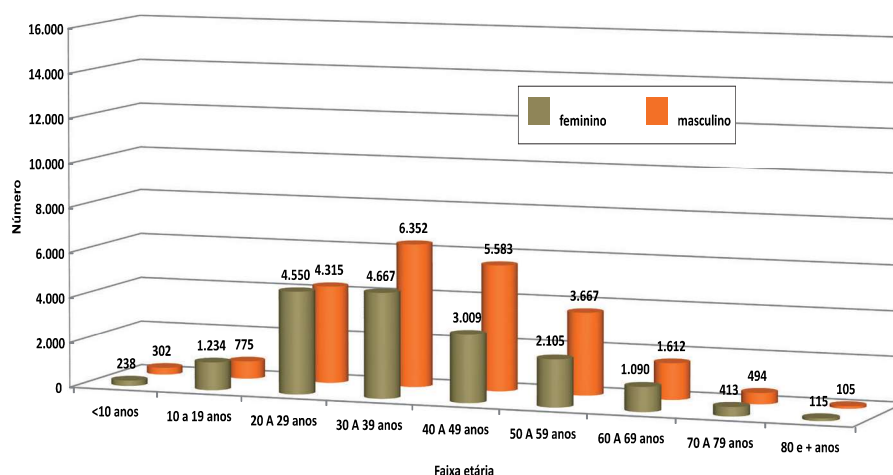
Notificados= número de notificações com anti-HCV reagente.

DRS= Departamento Regional de Saúde

Fontes: Anti-HCV realizados= Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) - acessado em 13/08/2015

Reagentes esperados= Universidade de Pernambuco. Núcleo de Pós-Graduação

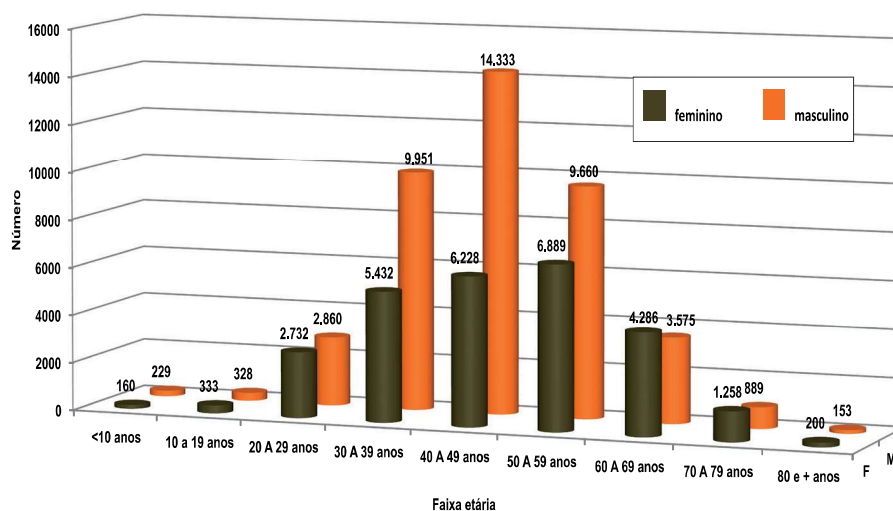
Notificados= Sinan CVE - dados até 04/08/2015 sujeitos a correção



*Dados provisórios até 04/08/2015, sujeitos a correção

Fonte: Sinan CVE

Gráfico 3. Número de casos de Hepatite B notificados de acordo com a faixa etária e sexo -Estado de São Paulo -2000 a 2015*



Dados provisórios até 04/08/2015, sujeitos a correção
Fonte: Sinan CVE

Gráfico 4. Número de casos de Hepatite C notificados de acordo com a faixa etária e sexo -Estado de São Paulo -2000 a 2015

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de Vigilância das hepatites virais B e C mostra aumento da adesão pelos serviços ao longo do tempo, pelo aumento de número de notificações. Esses dados não refletem a prevalência ou incidência da doença, mas a captação de casos, diagnóstico e notificação ao longo dos anos.

No entanto, alguns desafios impõem-se, como o aumento da detecção de casos e da notificação ao Sinan, aprimoramento dos registros em todos

os sistemas de informação, para que se possa, de forma eficiente, acompanhar a tendência do agravamento no Estado de São Paulo.

O Estado apresenta uma eficiente rede de atenção e de biologia molecular construída ao longo da implementação do Programa Estadual de Hepatites Virais, considerada a maior do país. Essa Rede deverá ser aprimorada com a implantação da linha de cuidados em hepatites virais no estado.

BIBLIOGRAFIA

1. Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. *Journal of Viral Hepatitis* 2004; 11 (2):97-107.
2. WHO. Hepatitis B Fact Sheet nº 204 (update July 2015). [acesso em 04.08.15] Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
3. WHO. Hepatitis C Fact Sheet nº 164 (update July 2015). [acesso em 04.08.15]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (VHC) infection and VHC-related chronic disease; *MMWR*, 47: 1-40, 1998.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Aids, DST e Hepatites Virais. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais; ano II, nº 01. Brasília - DF, 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Aids, DST e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais; ano IV nº 01. Brasília- DF, 2015.
-
-

Correspondência/Correspondence to:

Divisão de Hepatites Virais B e C. Centro de Vigilância Epidemiológica "Profº Alexandre Veranjac. Coordenadoria de Controle de Doenças
Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º Andar – Pacaembú, São Paulo – SP
CEP: 01246-000
Tel.: 55 11 3066-8875 fax: (11) 3081-9161
E-mail: dvhepa@saude.sp.gov.br

O plano de segurança da água no contexto sanitário paulista

The water safety plan in São Paulo healthcare setting

Luís Sérgio Ozório Valentim

Centro de Vigilância Sanitária. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo – Brasil.

Assegurar à população o fornecimento de água com constância e qualidade é uma medida que não pode estar ausente das políticas públicas de Saúde. Há muito a legislação expressa a preocupação da sociedade em regrar os modos de produzir e de consumir água potável.

Pelo senso comum, potável é a água que se pode beber. Pode-se beber porque isenta de substâncias que causam mal à saúde. Pode-se bebê-la porque segura. Quem dela faz uso está a salvo. Nela se pode confiar, não se sujeita a enganar quem se expõe à água potável, quem com ela trava relações íntimas ao aceita-la no interior do próprio corpo.

Mas, tanto o seguro quanto o potável são conceitos relativos. Aquilo que hoje nos trás confiança no correr da vida há muito se desgarrou do divino, do absoluto, do doutrinário. Assim é com a água e suas relações com o humano. Se antes o sagrado e o sublime mediavam o vínculo do homem com a natureza, já há algum tempo a ciência e a tecnologia se impõem nesta tarefa.

Antes, a tradição a ditar a água a se beber. Água boa era a que os costumes diziam boa. Numa sociedade estável, quando as intervenções humanas no ambiente eram limitadas, a herança imperava como medida subjetiva de conduta da vida. A valoração da vida e dos elementos da natureza se estabeleciam sob o lento construir de saberes. O saber ancorado no imaginário

coletivo, no fantástico, no imensurável. Daí a estreita relação histórica da água com a lenda, o rito, o mitológico.

A ciência moderna, a revolução tecnológica, os regramentos sanitários descortinaram esse cenário, lançando luzes profiláticas sobre o que então se julgava trevas e incertezas. John Snow, em meados do século 19, ao associar a cólera com a qualidade da água dos poços e dos rios da insalubre Londres, é ilustre exemplo deste despertar.

O potável, a água segura, é cria da modernidade. A potabilidade se sustenta na ciência e na técnica. Ela depende de um conjunto de parâmetros e de padrões de qualidade. Ela escapa dos sentidos e sentimentos humanos, se desvia do quimérico e das ideias difusas, e adentra o campo do racional e do mensurável. É o pensar objetivo a desencantar o mundo.

Mas, como para a ciência o conhecimento não é absoluto, o potável não se compromete com o absolutamente seguro. A potabilidade é, portanto, fruto de um contexto, ela reflete um estágio de conhecimento científico, um grau de civilização, um pacto social que se equilibra entre o cauteloso e o razoável. A potabilidade é, assim, instável, dinâmica, como a vida e a ciência dos homens. A água segura de ontem não é a água segura de hoje, a potabilidade de amanhã será outra que não a de hoje.

A legislação sanitária paulista¹ já reconhece a água como elemento essencial à vida e como fator de risco à saúde há, ao menos, 120 anos. As normas federais passaram a dar atenção diferenciada à potabilidade da água há quase 40 anos. A Constituição Federal de 1988 assegurou competências ao Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade da água de consumo humano. Nas décadas de 1980³ e 1990⁴ foram instituídos programas federais e estaduais específicos para vigilância da qualidade de água. Nesse largo período de tempo, muito se alterou o entendimento técnico e da sociedade em geral a respeito do que é uma água segura para consumo humano.

Atualmente, estamos um tanto mais exigentes. Não se admite mais consumidores urbanos sem acesso à água da rede pública, aquela mais sujeita à vigilância e controle de qualidade, embora ainda restem grupos populacionais sem o benefício, especialmente nas franjas periféricas das cidades. Não toleramos mais as doenças de veiculação hídrica, os surtos diarreicos, a cólera, as gastroenterites em geral, ainda que elas perdurem, à espreita ou em incidências mais brandas, se consideradas as tragédias sanitárias passadas. Em 1920, uma em cada cinco crianças nascidas no Estado de São Paulo não resistia ao primeiro ano de vida, hoje, esta relação está próxima a uma a cada 100⁵. Muito da mudança pode ser atribuída à melhoria do acesso e da qualidade da água ofertada à população.

Mas o progresso humano é permeado por contradições. Morremos menos, vivemos por mais tempo. Construímos grandes cidades, metrópoles – juntas, aqui em São Paulo, elas hoje formam uma macrometrópole, onde se concentram quase 30 milhões de habitantes. Deslocamos as pessoas para as cidades, provemos acesso à água para quase todos, aumentamos em muito a cobertura de esgoto – ainda que longe de tratar o todo do coletado –, quase universalizamos a coleta de lixo, estamos por abolir por completo os degradantes lixões e seus catadores. Há menos doenças infectocontagiosas ligadas às insuficiências do saneamento. Mas ainda perduram a dengue e as precariedades urbanas, as doenças respiratórias e o ar poluído, as enchentes e as leptospiroses, a poluição difusa e os cânceres mal explicados.

Neste contexto, a segurança da água vai além da aferição tecnológica da potabilidade. Vale lembrar que o progresso nos afastou da valoração sensível da água, transferindo ao ambiente asséptico dos laboratórios a responsabilidade por afirmar a segurança do produto, aquele que podemos de fato confiar, aquele que se pode beber. No mundo do potável, não há muito a se esperar da frágil percepção humana, pois toda atenção se volta à mensuração (os padrões) rigorosa das substâncias microscópicas (os parâmetros), distantes do olhar humano, na água.

Se a água potável é aquela que nos dá certa – relativa – segurança ao beber, o termo segurança da água tende a exprimir não apenas

¹O Decreto Estadual 233, de 1894, que instituiu o primeiro Código Sanitário Paulista, é ilustrativo das relações entre a ciência, o estado regulador e os riscos sanitários associados à água destinada ao consumo humano.

²A primeira norma federal mais abrangente de potabilidade passou a vigorar com a publicação do decreto federal nº 79.367, de 9 de março de 1977.

³As primeiras diretrizes que orientaram o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano datam de 1986, por meio do Decreto Federal 92.752.

⁴O Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no Estado de São Paulo (Proágua) foi instituído em 1992 pela Resolução SS 45. A respeito do Proágua, ver: VALENTIM, Luís Sérgio Ozório, ELMEC, Arnaldo Mauro, MARIO JÚNIOR, Rubens José, BATAIERO, Marcel Oliveira.

Novos cenários de produção e de vigilância da qualidade da água para consumo humano – 20 anos de Proágua no Estado de São Paulo – Parte I. Boletim Epidemiológico Paulista, São Paulo, volume 9, número 100, julho de 2012.

⁵MENDES, José Dinio Vaz. *A redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo. BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online)* [online]. 2009, vol.6, n.69, pp. 1-11. ISSN 1806-4272.

a intrínseca condição da água enquanto produto incapaz de alterar negativamente a saúde dos consumidores, mas também as habilidades e atributos necessários, no decorrer do processo de produção de água de consumo humano, para garantir a permanente transformação da matéria prima, a água bruta presente nos mananciais, em mercadoria dotada de potabilidade e de acesso facilitado. A segurança da água expressa, assim, o repertório disponível durante o processo de produção para eliminar agentes estranhos ao líquido⁶, capazes de causar doenças, bem como de suportar, resistir, às instabilidades externas, no ambiente natural ou construído, motivadas por causas vinculadas aos fenômenos da natureza ou aos de origem antropogênica.

A legislação sanitária que define as condições de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano no país evoluiu muito nessas últimas décadas. A mais recente, a Portaria Federal 2914/2011, tem por referência cerca de 80 parâmetros de potabilidade e um rigoroso conjunto de procedimentos padronizados para monitorar a potabilidade. Mas, uma das principais inovações de legislação vigente foi a maior ênfase na necessidade de avaliação metódica, crítica e ampliada dos sistemas ou soluções alternativas de abastecimento, na qual ganham destaque o histórico e o contexto geral onde se dá a produção da água, referenciados pela bacia hidrográfica, para além da potabilidade e das características físicas e operacionais do sistema ou da solução alternativa.

Como orientação para que se implemente uma abordagem mais ampla do processo de produção de água potável e um conjunto de ações ordenadas para minimizar riscos associados à água ofertada à população, a Portaria 2914 faz

menção, no artigo 13, aos *Planos de Segurança da Água (PSA)*, cujos princípios devem ser levados em consideração durante todas as fases de produção da água para consumo humano.

O PSA é uma ferramenta metodológica para avaliar e gerenciar riscos em sistemas de abastecimento público (SAA) ou soluções alternativas de água (SAC), reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e com experiências, ainda que incipientes, de implementação em diferentes países do mundo. O Brasil é um das nações que, nos últimos anos e a partir de referências internacionais, tem incentivado a assimilação gradual dos princípios de abordagem ampliada do processo de produção da água a partir do preconizado no PSA.

O PSA pode ser definido, em suma, como um conjunto organizado de ações e procedimentos de avaliação e gerenciamento dos riscos envolvidos no abastecimento de água, desde o manancial até o consumidor. Em síntese, tais planos visam garantir a qualidade da água para consumo humano por meio da (I) identificação e minimização do risco de contaminação dos mananciais superficiais e subterrâneos, da (II) redução ou remoção da contaminação pelo tratamento da água, e da (III) prevenção da contaminação durante a reservação e a distribuição da água.

Para que esta ferramenta metodológica se estabeleça, de fato, como elemento transformador, como instrumento de referência para controle de riscos sanitários àqueles que produzem ou que regulam a produção de água para consumo humano no país, é aconselhável não deixar de lado a imensa diversidade de cenários de produção e de padrões de consumo de água no território nacional.

⁶Ou de incorporar agentes de proteção à água, como no caso do cloro e do fluoreto.