

Boletim Epidemiológico Paulista

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

BEPA 125

Volume 11 Número 125 maio/2014

Nesta edição

- O HIV e a sífilis no Sistema Prisional Feminino do estado de São Paulo
HIV and syphilis in the Female Prison System in the state of São Paulo..... 3
- Vigilância em Saúde de populações expostas a solo contaminado. Vigisolo no estado de São Paulo
Health Surveillance of exposed populations to a contaminated soil. Vigisolo in São Paulo state..... 25
- Alerta sarampo 2014. Casos confirmados no estado de São Paulo – Atualização 19/3/2014
Measles alert 2014. Confirmed cases in the state of São Paulo 33
- Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Ensaios Sorológicos Anti-HIV pelo Instituto Adolfo Lutz
External Quality Assessment Program on HIV Serologic Testing by Instituto Adolfo Lutz 37
- Instruções aos Autores
Author's Instructions..... 45

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

Av. Dr Amaldo, 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:

Aglæe Neri Gambirasio – ICF/CCD/SES-SP
Hélio Hehl Caiaffa Filho – IAL/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
Dalton Pereira Fonseca Junior – 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 Marli Valério Wanderley – SUCEN/SES-SP
Juliana Galera Castilho – IP/CCD/SES-SP
Maria Bernadete de Paula Eduardo – CVE/CCD/SES-SP
Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP
Patrícia Sanmarco Rosa – ILSL/SES-SP

Coordenação Editorial:

Sylia Rehder
Maria de Fátima Costa Pires
Lilian Nunes Schiavon
Constantino José Fernandes Jr

Revisão:

Kátia Rocini

Projeto gráfico/editoração:

Marcos Rosado

Maria Rita Negrão

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

Consultores Científicos:

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
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
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira – OMS
Ricardo Ishak – CNPQ/UF Pará
Roberto Focaccia – IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – OPAS

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo:

Lilian Nunes Schiavon
Eliete Candida de Lima Cortez
Sandra Alves de Moraes
Centro de Documentação – CCD/SES-SP

CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Disponível em:

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



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

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

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

Editorial

Os casos de transmissão vertical do HIV, de mãe para o filho durante a gestação ou parto, têm apresentado queda ano a ano no estado de São Paulo e caminha para sua eliminação, meta prevista para 2015. Pioneiro na adoção de medidas preventivas da transmissão vertical do HIV, desde meados dos anos 1990, a infecção por HIV em crianças no Estado de São Paulo vem se tornando um evento cada vez menos frequente.

Quando se fala em prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids e sífilis, um dos primeiros nomes que nos vem à mente é o de Luiza Harunari Matida, falecida em 19 de janeiro deste ano, após mais de dois anos de luta contra o câncer. Não há palavras suficientes para agradecer o trabalho árduo desenvolvido por Luiza para a eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis no estado de São Paulo. Este editorial é uma homenagem a esta profissional que nunca perdeu a capacidade de se indignar diante da possibilidade de algumas mães e crianças não terem acesso às medidas de prevenção para evitar a transmissão vertical.

Nos últimos 20 anos, Luiza Matida coordenou a elaboração e implantação de políticas públicas e estratégias para a eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis do Programa Estadual de DST/Aids. Profissional incansável, realizou treinamentos, seminários, oficinas, envolvendo vários atores e parceiros do Programa Estadual de DST/Aids, outros programas da Secretaria de Estado da Saúde, demais Secretarias de Estado e representantes da sociedade civil; esteve ainda à frente de pesquisas, nos âmbitos nacional e local, que muito contribuíram para o sucesso das respostas nacional e paulista na redução da transmissão vertical do HIV. Em 2013, em parceria com a agência japonesa Jica, fez parte de um grupo técnico para qualificação e fortalecimento da resposta moçambicana ao HIV/Aids.

Desde 2012, Luiza vinha se dedicando às ações de prevenção e assistência integral às pessoas privadas de liberdade, trabalho realizado por meio da Coordenação Estadual DST/Aids-SP em parceria com a Secretaria de Administração Penitenciária. O artigo “O HIV e a Sífilis no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo” (p.3) é fruto deste trabalho, que incluiu ampla atividade de testagem para HIV e sífilis no sistema prisional feminino, entre 2012 e 2013.

Determinada, persistente em seus objetivos e ideais e sempre com atitude, Luiza não se conformava com a presença de casos de transmissão vertical, sobretudo da sífilis no estado de São Paulo. A redução dos casos de TV do HIV e a organização das ações de controle da sífilis, no estado nos últimos anos devem-se em grande parte ao seu árduo e incansável trabalho.

Luiza Matida era graduada em Medicina pela Faculdade Bandeirante de Medicina-SP, com especialização em Pediatria, Saúde Pública, Administração Hospitalar e Serviços de Saúde, com Mestrado em Epidemiologia e Doutorado em Pediatria, ambos pela Universidade Federal de São Paulo.

Em homenagem a Luiza Matida, o Programa Estadual DST/Aids-SP lança o Prêmio Luiza Matida, dedicado aos municípios do Estado de São Paulo que alcançarem a meta de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis. Enquanto existir a possibilidade de uma criança nascer com HIV e sífilis a luta iniciada por Luiza permanecerá viva em cada um de nós.

*Maria Clara Gianna
Coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP*



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

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

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

Artigo especial

O HIV e a sífilis no Sistema Prisional Feminino do estado de São Paulo

HIV and syphilis in the Female Prison System in the state of São Paulo

Luiza Harunari Matida, Maria Cristina T. Lattari e Grupo de Trabalho HIV e Sífilis – Alberto Novaes Ramos Júnior; Anna Luiza Placco; Marcia T. Fernandes dos Santos; Maria Aparecida Silva; Maria Clara Gianna; Samantha Lamastro; Tânia Regina Correa de Souza; Wedja Sparinger

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo – Brasil.

“... a pena reside apenas na privação de liberdade, e não na privação dos direitos humanos fundamentais. Como todas as pessoas, portanto, a população privada de liberdade tem o direito de acesso ao mais alto padrão de saúde possível.”

WHO & UNIAIDS, NY, 2007

RESUMO

O Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizou ampla atividade de testagem para HIV e sífilis no sistema prisional feminino, entre 2012 e 2013, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária – SAP. Ao todo, 8.914 mulheres aceitaram realizar o teste. Destas, 2.947 encontram-se em presídios da capital e 5.967 do interior. Observou-se que 2,8% delas apresentaram resultado reagente para HIV e 7% 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%. A média de idade da população testada foi de 34,3 anos. As mulheres privadas de liberdade que participaram deste levantamento receberam informações pré e pós-teste para sífilis e HIV. Os profissionais dos serviços envolvidos foram capacitados para esta orientação. No caso de positividade para o HIV e ou sífilis, garantiram-se os procedimentos de acompanhamento e tratamento estabelecidos pelo SUS. 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 e oferecer maior assistência em saúde para DST/HIV/Aids mediante o estabelecimento, de maneira sustentável, de sistema de referência e contrarreferência. 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 SAP. É a primeira ação deste porte no estado de São Paulo. Trata-se de uma iniciativa que poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres, com repercussão no controle da transmissão vertical do HIV e sífilis.

PALAVRAS-CHAVE: DST/HIV/sífilis. Vigilância Epidemiológica. Presídios femininos.

ABSTRACT

The Centre for Reference and Training in Sexually Transmitted Diseases and Aids Secretariat of Health of São Paulo conducted extensive activity testing for HIV and syphilis in the female prison system between 2012 and 2013, in partnership with the Department of Corrections - SAP. 8,914 women were enrolled. Of these, 2,947 were in prison in the capital and 5,967 inside. It was found that 2.8% of them had a positive result for HIV and 7% for rapid screening test for syphilis. The prevalence rate of HIV in the general population is 0.4% and 1.6% for syphilis. The average age of the population tested was 34.3 years. Women deprived of liberty who participated in this survey received information pre and post test for syphilis and HIV. Service professionals involved were trained for this orientation. In the case of positivity for HIV or syphilis we guaranteed the procedures for monitoring and treatment established by SUS. The project aimed at determining the seroprevalence of HIV and syphilis in the studied population, tracing the profile of women deprived of their liberty in relation to the information about syphilis and HIV, giving good guidance related to the fangs and providing greater assistance for health STD/HIV/Aids by establishing a sustainable manner, the reference and counter system. By 2015, we intend to develop and implement regionally in a progressive way, the project of STD/Aids Proposal for Integrated Care of prisoners Health, in partnership with SAP. It is the first action of this size in the state of São Paulo. This is an initiative that can contribute to improve the quality of life of women, with effects on the control of vertical transmission of HIV and syphilis.

KEYWORDS: STD/HIV/syphilis. Epidemiological surveillance. Female penitentiary.

INTRODUÇÃO**Plano de Eliminação da transmissão vertical de HIV e da Sífilis**

O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (PEDST/Aids-SP) vem apoiando a ampliação e manutenção das ações de prevenção da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana e da sífilis na rede de serviços (atenção primária, unidades

de referência, maternidades) gerenciada diretamente pelos municípios e estado. Atualmente, todos os insumos utilizados para a prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis são financiados pelo Governo.

Em 2009, o PEDST/Aids lançou o “Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”, em consonância com as propostas do Ministério da Saúde, com metas escalonadas e regionalizadas de redução da transmissão vertical nas diferentes regiões do Estado.

Atualmente, constituem importantes desafios: o aumento na cobertura de testagem para HIV e sífilis no pré-natal, o tratamento da sífilis (gestantes e seus parceiros sexuais) no pré-natal e a ampliação do número de maternidades que efetivamente realizem todas as medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV e sífilis durante o parto e puerpério. Nos municípios onde houve sensibilização e empenho para reduzir essa via de transmissão para o HIV, observam-se números semelhantes aos dos países desenvolvidos.

A Organização Panamericana de Saúde define a eliminação da transmissão vertical do HIV quando são alcançadas taxas de incidência menores de dois casos de HIV para cada 100 mães infectadas e, para a sífilis congênita, considera que a doença é eliminada quando ocorre menos de um caso para cada 1.000 nascidos vivos – esta é a meta do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo no seu Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.

A taxa de infecção da transmissão vertical do HIV pode chegar a 1% e a sífilis congênita é uma doença que pode ser totalmente evitada se a mãe e o seu parceiro sexual forem diagnosticados e tratados adequadamente.¹

A ocorrência destes agravos entre crianças constitui evento sentinela da qualidade da atenção materno-infantil e/ou dos contextos de vulnerabilidade às DST/Aids (moradoras de rua, usuárias de drogas lícitas e ilícitas, privadas da liberdade, migrantes, parceiras sexuais de homens pertencentes a grupos de maior vulnerabilidade) que exigem medidas de intervenção de acordo com a realidade e necessidade locais.²

Como elemento fundamental de enfrentamento destes dois agravos, as ações de

prevenção e profilaxia precisam ser reforçadas na assistência ao pré-natal e ao parto, com a triagem laboratorial de todas as gestantes no pré-natal (na primeira consulta e no início do terceiro trimestre) e no parto, com o consequente tratamento oportuno e adequado de seu parceiro sexual.

É de fundamental importância o envolvimento das Áreas Técnicas da Atenção Básica, da Mulher, da Criança e DST/Aids, além da sociedade civil em todos os níveis de atuação, e a inclusão do tema na agenda dos gestores, pois os agravos têm diagnóstico e tratamento disponíveis.

O PEDST/Aids de São Paulo propõe que todo caso notificado de sífilis congênita, assim como todo caso diagnosticado de Aids em crianças, sejam investigados, a fim de que sejam detectadas todas as oportunidades perdidas que esta gestante, seu parceiro sexual e esta criança sofreram; a identificação destas oportunidades perdidas deverá orientar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações necessárias para o controle destes agravos.

No estado de São Paulo pretende-se amadurecer a ampliação do debate, nos vários segmentos da sociedade, em relação às doenças mais visíveis como um problema para a população em geral e para os profissionais de saúde, contribuindo assim para o tão almejado alcance da eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

A sífilis e o HIV

A sífilis congênita e a infecção por HIV transmitida de modo vertical (da mãe para o filho, seja intra-útero, no momento do parto ou pelo aleitamento materno/cruzado) são

agravos perfeitamente preveníveis (100% no caso da sífilis congênita e cerca de 98% no caso da transmissão vertical do HIV).³ Para a prevenção em momento oportuno, o diagnóstico destes agravos deve ser realizado precocemente, para a adequada abordagem profilática e terapêutica. Esta prevenção deve ser considerada não só no momento da gestação, mas fundamentalmente antes deste período reprodutivo, com ações informativas e diagnósticas com consequente tratamento e acompanhamento quando necessários.

O diagnóstico da infecção por HIV e pelo *Treponema pallidum* é feito em laboratórios, a partir da realização de testes sorológicos. No Brasil, o diagnóstico laboratorial da infecção por HIV é regulamentado por meio da Portaria de nº 151/SVS/MS, de 14 de outubro de 2009 e da sífilis pela Portaria da MS/GMS nº 3.242 de 30 de dezembro de 2011.

Hoje em dia, no mundo inteiro, são utilizadas técnicas dos testes rápidos: diagnóstico anti-HIV e de triagem da sífilis, que trazem vantagens significativas quanto ao método laboratorial, pois são de simples realização, dispensando a atuação de profissionais especializados e de equipamentos de laboratório. São técnicas que permitem o conhecimento imediato dos resultados, ou seja, em aproximadamente 15 minutos já se tem um resultado, e, assim, a possibilidade de assistência imediata aos pacientes, além da ampliação de acesso ao diagnóstico da infecção por HIV e da sífilis.

No estado de São Paulo, a presença de pessoas pertencentes a grupos considerados de maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis é cada vez mais importante e preocupante.² Entre estes grupos, estão as mulheres privadas de liberdade.

Altos índices de violência e criminalidade geram, conseqüentemente, o aumento de prisioneiros e o Brasil tem a quarta maior população carcerária do mundo.⁴ De acordo com o Sistema Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen,⁵ há atualmente 33.289 mulheres encarceradas no Brasil, o que representa cerca de 7% do total da população penitenciária brasileira. Ainda que seja a minoria, a média de crescimento populacional carcerário feminino, no último triênio, foi de 32,7%, enquanto a média de crescimento masculino no mesmo período foi de 15,4%.

Conforme os dados no Ministério da Justiça,⁶ no início de 2008, a população prisional feminina brasileira era de 27.000 mulheres, sendo que 1,2% das mulheres encontravam-se grávidas, 1% possuíam filhos em sua companhia e 0,9% de mulheres encarceradas estavam em período de amamentação. O tempo de permanência com a mãe na prisão variava entre quatro meses a 7 anos de idade. A maior parte das prisões, representada por 58%, autorizava a permanência de crianças até os seis meses de vida. Verificou-se que apenas 27,5% das prisões exclusivas para mulheres possuem estruturas específicas para custódia das mulheres grávidas.

Com relação à estrutura de atendimento à criança, há opiniões diversas quanto à permanência de crianças no ambiente prisional. Em um sentido, tem-se a necessidade primordial do amparo materno para com seus filhos, e em outro, tem-se a permanência de crianças em ambientes inadequados e muitas vezes insalubres. Também foi constatado que apenas 19,6% das prisões femininas possuem berçários ou estruturas separadas das galerias prisionais, e apenas 16,1% das prisões possuem creches.

Outro dado importante, é que 51,6% das prisões possuem locais improvisados para atendimento às crianças, em sua maioria, os espaços estão restritos à própria cela.⁷ A Constituição Federal menciona que será assegurada à mulher presa condições para que possa permanecer com seu filho durante o período de amamentação.^{8,9}

Há poucas pesquisas publicadas, no Brasil, a respeito da saúde das mulheres privadas de liberdade, especificamente em relação às doenças sexualmente transmissíveis.¹⁰ Alguns estudos identificaram maior prevalência de DST-HIV em pessoas encarceradas do que na população em geral.^{11,12}

Canazaro¹³ aponta que a mulher tem maior risco de ingressar na prisão com doenças sexualmente transmissíveis, como HIV/Aids, por causa de seu maior envolvimento com grupos de maior vulnerabilidade para a aquisição destes agravos. Strazza,¹² em estudo de vulnerabilidade das DST-Aids em uma penitenciária feminina de São Paulo, relata que a sífilis ocupa uma posição de destaque: 22,8% tiveram sorologia positiva para *Treponema pallidum* e 13,9% para o HIV.

Diante deste contexto e com o objetivo principal de estimar a soroprevalência do HIV e da Sífilis na população feminina do sistema prisional paulista, o PEDST/Aids em parceria com a Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária realizou um projeto cujos resultados preliminares foram apresentados em evento realizado em agosto de 2013 e encontram-se aqui descritos. Estes dados, além de propiciar conhecimento atualizado destes dois agravos neste grupo populacional, permitiu estabelecer um sistema de referência e contrarreferência para o adequado atendimento à saúde destas mulheres.

O sistema prisional feminino no estado de São Paulo

Para a garantia da assistência à saúde do custodiado, o Sistema Prisional do Estado de São Paulo organiza-se a partir de sua Coordenadoria de Saúde – Secretaria de Administração Penitenciária (SAP), criada pela Lei Complementar nº 897, de 9 de maio de 2001, organizada pelo Decreto Estadual nº 45.865, de 21 de junho de 2001, e conta com recursos da Secretaria da Administração Penitenciária em parceria com a Secretaria Estadual e Municipais de Saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

Todas as unidades prisionais que compõem o Sistema Prisional Paulista possuem um ambulatório e um consultório odontológico sob a responsabilidade gerencial de um Diretor de Saúde, com equipe multiprofissional constituída geralmente por: médico (clínico geral, ginecologista, psiquiatra), cirurgião dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social, voltada para o cumprimento do elenco de procedimentos e das metas estabelecidas para a Atenção Básica.^{14,15}

Além das Unidades de Atenção Básica, o Sistema Prisional do Estado conta com quatro unidades hospitalares para atenção a saúde, sendo uma delas o Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário, com a capacidade de 320 leitos, situado na capital do Estado, voltada para tratamento de patologias clínicas de baixa complexidade, administrado a partir de 2009 pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em contrato de gestão firmado com o Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde. Outros três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, voltados para o

tratamento de pacientes em medida de segurança, atendimento aos sentenciados que necessitam de cuidados psiquiátricos especializados e realização de laudos psiquiátrico-forenses da SAP estão localizados no interior do estado.

Nos casos de alta complexidade são utilizados os hospitais Estaduais referenciados pela Secretaria Estadual de Saúde, especialmente nos locais mais afastados da Capital. A internação ocorre em hospitais da rede pública local.

A referência, no caso de gestantes das Unidades Prisionais femininas localizadas na

capital, o atendimento e exames de pré-natal são realizados no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário, e, para as Unidades Prisionais localizadas em Municípios afastados da Capital, são realizados nas Unidades Básicas de Saúde de referência municipal.

Relatório da Coordenadoria de Saúde – SAP realizado em 2012 aponta, para esta Unidade Federada, 9.936 presidiárias distribuídas em 17 serviços, estabelecidos em 13 municípios, além de informações sobre alguns agravos de saúde.¹⁶ (Tabelas 1 e 2)

Tabela 1. Unidades prisionais femininas e respectiva população, estado de São Paulo, 2012.

UNIDADES PRISIONAIS	POPULAÇÃO	REGIONAL
Penitenciária Feminina Capital	699	CAPITAL
Penitenciária Feminina Sant'Ana	2574	
CPP Feminina Butantã – RSA	702	
CDP Franco da Rocha	1636	
CPP São Miguel Paulista	158	
SUBTOTAL	5769	
Penitenciária Feminina Campinas	1129	INTERIOR
Penitenciária Feminina Tremembé I	158	
Penitenciária Feminina Tremembé II	664	
CR Feminino Rio Claro	112	
CR Feminino Itapetininga	249	
CR Feminino Piracicaba	208	
CR Feminino São José dos Campos	88	
CR Feminino Araraquara	94	
Penitenciária Feminina Ribeirão Preto	349	
CR Feminino São José do Rio Preto	211	
Penitenciária Feminina Tupi Paulista	905	
TOTAL	9.936	

Tabela 2. Agravos selecionados, segundo unidades prisionais, Estado de São Paulo, 2012.

UNIDADES PRISIONAIS	ENFERMIDADE						
	Diabetes	DST	Hepatite	Hipertensão	HIV	TB	Sífilis
Penitenciária Feminina Capital	22	64	9	69	51	1	2
Penitenciária Feminina Sant'Ana	93	225	131	810	92	9	100
CPP Feminino Butantã – RSA	35	17	5	39	20	2	38
CDP Franco da Rocha	33	2	14	32	23	0	10
CPP São Miguel Paulista	4	7	0	7	5	0	0
Penitenciária Feminina Campinas	19	1	21	90	31	2	1
Penitenciária Feminina Tremembé I	5	0	1	23	5	0	0
Penitenciária Feminina Tremembé II	8	0	9	49	21	4	2
CR Feminino Rio Claro	1	4	1	31	3	2	2
CR Feminino Itapetininga	0	6	2	14	6	0	1
CR Feminino Piracicaba	5	0	5	12	2	0	0
CR Feminino São José dos Campos	4	10	5	15	5	1	0
CR Feminino Araraquara	2	2	1	10	1	0	1
Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto	7	0	7	47	13	2	0
CR Feminino São José do Rio Preto	0	14	5	19	3	0	0
Penitenciária Feminina Tupi Paulista	16	0	1	73	12	1	0
Penitenciária Feminina Pirajuj*	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	254	352	217	1340	293	24	157

*Unidade prisional inaugurada em 13/07/2012

†Fonte: Relatório de doenças epidemiológicas da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo de maio de 2012. CR = Centro de Ressocialização. CPP = Centro de Progressão Penitenciária. CDP = Centro de Detenção Provisória.

METODOLOGIA

O plano de trabalho foi desenvolvido com os seguintes objetivos:

- Conhecer a prevalência do HIV e da Sífilis, em todos os presídios femininos do estado de São Paulo e algumas características deste grupo populacional, em relação ao seu perfil sócio epidemiológico;
- Desenvolver ações de prevenção e de assistência às DSTs-HIV-Aids junto às mulheres privadas de liberdade;
- Implementar a educação continuada das equipes de saúde dos presídios femininos, em relação ao conhecimento das DSTs-HIV-Aids;
- Implementar o fluxo para o atendimento à saúde das mulheres privadas de liberdade;
- Implementar a vigilância epidemiológica das DSTs-HIV-Aids no sistema prisional do estado de São Paulo.

O total de mulheres para avaliação foi inicialmente de 8.914, conforme Relatório

SAP/2012, porém com a inauguração de mais duas unidades e com a dinâmica de entradas e saídas do total de serviços, o número final considerado foi de 11.525 mulheres privadas de liberdade (dados sujeitos a revisão).

A intervenção foi iniciada em agosto de 2012 com previsão de término em dezembro de 2013. Resultados parciais foram divulgados em agosto de 2013.

Para a agilização da coleta de amostras em uma população com características que requerem uma brevidade no período dos procedimentos deste projeto, foi utilizada uma versão modificada da campanha “Fique Sabendo” que contemplou as seguintes etapas:

- Oferecimento da testagem rápida diagnóstica para a pesquisa do HIV e a testagem rápida de triagem para a pesquisa do *T. pallidum*. Neste último, realizado teste confirmatório seguindo algoritmo recomendado pelo Ministério da Saúde;
- Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

- Aplicação de questionário estruturado, de forma voluntária, às mulheres privadas de liberdade que apresentarem resultado laboratorial reagente para o HIV e ou para a sífilis e para igual número de mulheres com resultado laboratorial negativo para estes agravos.

Os profissionais dos serviços envolvidos foram capacitados com informações sobre sífilis e infecção por HIV/Aids e sobre os procedimentos para orientar a população-alvo sobre estes agravos. Durante os treinamentos, todos os sítios envolvidos com a intervenção foram orientados quanto aos procedimentos para manutenção do sigilo com relação aos serviços prisionais e às mulheres privadas de liberdade incluídas no estudo.

Cada Unidade Prisional tem características físicas diferenciadas, não havendo um padrão para os diferentes ambientes destes serviços. Por esta razão, foi feito um contato específico e também durante o treinamento para este estudo, para que fossem resguardadas e seguidas todas as recomendações para: coleta das informações, atendimento clínico, coleta de material biológico, local de assinatura do TCLE, local para informar o resultado laboratorial – tendo como principal objetivo o sigilo individual.

Todas as mulheres privadas de liberdade, independentemente da participação no levantamento, receberam informações sobre sífilis e infecção por HIV/Aids.

As mulheres privadas de liberdade que participaram deste levantamento receberam informações pré e pós-teste para sífilis e infecção por HIV. No caso de positividade para infecção por HIV e/ou sífilis, foram garantidos os procedimentos de acompanhamento e tratamento estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de ações para assegurar o

aconselhamento, tratamento e acompanhamento dos participantes da pesquisa que vieram a ter problemas de saúde.

O tratamento e aconselhamento foram realizados de acordo com as normas técnicas e procedimentos operacionais definidos pelo Ministério da Saúde em vigor, assim como a notificação ao Sistema de Vigilância Epidemiológica, destes dois agravos.

Os testes rápidos positivos para sífilis tiveram amostras enviadas ao laboratório do CRT-DST/Aids, cadastradas na triagem no sistema informatizado (SI3/Salux), identificadas pelo local de coleta, e foram enviadas ao setor de sorologia, junto com os mapas de trabalho. Em todas as amostras foram realizados os testes de URS (Unheated Serum Reagin), que é um teste de VDRL modificado e pronto para o uso (V.D.R.L. test – Wiener lab.), e todas as amostras positivas foram tituladas. Foi realizado também, em todas as amostras, o teste de hemaglutinação indireta TPHA (Imuno – HAI – Wama), teste treponêmico, correspondente ao teste rápido para sífilis e que serve como confirmatório ao teste não treponêmico, que pode apresentar resultados falso positivos. Todos os resultados disponíveis no sistema SI3/Salux do laboratório foram impressos e encaminhados às unidades prisionais. Os resultados foram lançados e consolidados em planilhas em Excel e sistematizados em banco de dados.

Todos os dados coletados pelos profissionais envolvidos foram armazenados de modo a respeitar a integridade, a privacidade e o sigilo das informações sobre os indivíduos. Todas as instituições envolvidas foram informadas e participaram do processo deste levantamento.

Os nomes dos pacientes e dos profissionais não aparecerão em publicações nem serão acessíveis

a terceiros. Os dados somente foram utilizados para fins deste levantamento.

Os dados foram consolidados e posteriormente analisados no programa Stata (versão 11). Para a digitação e consolidação dos dados, foi adotado processo de dupla entrada. Neste relatório, é apresentada análise descritiva preliminar da base de dados consolidada.

RESULTADOS

Serão elencados, sob a forma de tabelas, os resultados preliminares apresentados em agosto de 2013 em reunião coordenada pelo CRT-DST/Aids e a Coordenadoria de Saúde da SAP com a participação dos profissionais da Saúde, estadual e municipais, e da Administração Penitenciária envolvidos no projeto.

Tabela 3. Distribuição das mulheres privadas de liberdade alcançadas pelo estudo e meta estabelecida, São Paulo*

LOCAL	MULHERES ESTUDO (Nº)	META (Nº)	%
CAPITAL	5.967	6.634	91,0
INTERIOR	2.947	4.181	75,2
TOTAL	8.914	11.525	83,2

*Dados sob revisão

Tabela 4. Proporção de mulheres privadas de liberdade segundo resultado do teste rápido para infecção por HIV, São Paulo*

TESTE RÁPIDO HIV	NÚMERO	PERCENTUAL
NÃO REAGENTE	8.514	95,5
REAGENTE	248	2,8
NÃO REALIZADO	140	1,6
INVÁLIDO	12	0,1
TOTAL	8.914	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 5. Proporção de mulheres privadas de liberdade segundo resultado do teste rápido para infecção por t. Pallidum, São Paulo*

TESTE RÁPIDO SÍFILIS	NÚMERO	PERCENTUAL
NÃO REAGENTE	8.151	91,4
REAGENTE	616	7,0
NÃO REALIZADO	145	1,6
INVÁLIDO	2	0,0
TOTAL	8.914	100,0

*Dados sob revisão

CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES ENTREVISTADAS

Tabela 6. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo regime prisional, São Paulo*

REGIME PRISIONAL	Nº ESTUDO	% ESTUDO
FECHADO	139	31,2
SEMIABERTO	132	29,6
ABERTO	4	0,9
OUTROS	14	3,1
IGNORADO	157	35,2

*Dados sob revisão

Tabela 7. Faixa etária e tempo de detenção das mulheres privadas de liberdade entrevistadas, São Paulo*

Variável	MÉDIA	MEDIANA	MODA	Desvio-padrão
IDADE (anos)	34,3	33	28	10,0
TEMPO DETENÇÃO (meses)	59,8	42	70	71,7

*Dados sob revisão

Tabela 8. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo local de origem, São Paulo*

PAÍS DE ORIGEM	% ESTUDO
São Paulo	75,3
Outras UF	4,7
BRASIL	80,0
África	9,2
América Latina	3,4
Europa	2,5
Ásia	2,0
América do Norte	0,2
OUTROS PAÍSES	17,3
IGNORADO	2,7
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 9. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo raça/cor, São Paulo*

RAÇA/COR	% ESTUDO
BRANCA	38,1
PARDA	36,8
PRETA	20,2
IGNORADO	3,4
AMARELA	1,6
INDÍGENA	0,0
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 10. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo anos de estudo concluído, São Paulo*

ANOS DE ESTUDO	% ESTUDO
ANALFABETA	3,6
NUNCA FOI A ESCOLA, MAS SABE LER E ESCREVER	1,8
1ª A 4ª SÉRIE DO 1º GRAU	16,8
5ª A 8ª SÉRIE DO 1º GRAU	40,4
2º GRAU INCOMPLETO	12,6
2º GRAU COMPLETO	13,0
3º GRAU INCOMPLETO	4,0
3º GRAU COMPLETO	5,4
IGNORADO	2,5
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 11. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo estado civil São Paulo*

ESTADO MARITAL	% ESTUDO
SOLTEIRA	49,6
CASADA/AMASIADA	30,5
SEPARADA/DIVORCIADA	11,0
VIÚVA	7,2
IGNORADO	1,8
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 12. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo ocupação/profissão antes de ser presa, São Paulo*

OCUPAÇÃO/PROFISSÃO	% ESTUDO
EMPREGADA DOMÉSTICA	12,1
DO LAR	10,1
VENDEDORA	6,5
COMERCIANTE	4,3
CABELEREIRA	3,8
COSTUREIRA	3,1
COZINHEIRA	2,7
FAXINEIRA	2,7
BALCONISTA	2,2
MANICURE	2,2
TRABALHADORA RURAL	2,2
DIARISTA	2,0
AJUDANTE GERAL	1,8
AJUDANTE DE COZINHA	1,6
BABÁ	1,3
ATENDENTE	1,3
AUXILIAR DE LIMPEZA	1,3
PROFISSIONAL DO SEXO	1,3
ARTESÃ	1,1
AUTÔNOMA	1,1
ESTUDANTE	1,1
MONITORA DE ESCOLA	1,1
NENHUMA	1,1
IGNORADA	9,9
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 13. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo presença de filhos, São Paulo*

POSSUI FILHOS	% ESTUDO
SIM	81,8
NÃO	15,5
IGNORADO	2,7
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 14. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo número de filhos, São Paulo*

NÚMERO DE FILHOS	% ESTUDO
1	18,2
2	22,0
3	16,8
4	11,7
5	6,5
6	2,9
7	2,2
8	0,4
9	0,9
10	0,4
TOTAL	100,0

O número de filhos variou de 1 a 10: média e mediana de 3 filhos (desvio-padrão 1,78).

*Dados sob revisão

Tabela 15. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo modalidade de relação sexual, São Paulo*

MODALIDADE RELAÇÕES SEXUAIS	% ESTUDO
SÓ COM HOMENS	71,7
COM HOMENS E COM MULHERES	10,5
SÓ COM MULHERES	8,7
IGNORADO	8,5
NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS	0,4
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 16. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo existência de relação sexual nos últimos 3 meses, São Paulo*

RELAÇÕES SEXUAIS ÚLTIMOS 3 MESES	% ESTUDO
NÃO	74,5
SIM	21,3
IGNORADO	4,2
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 17. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo utilização de preservativos nas relações sexuais, São Paulo*

USO DE PRESERVATIVOS	% ESTUDO
ÀS VEZES	35,9
NUNCA	28,5
SEMPRE	20,4
A MAIORIA DAS VEZES	8,1
IGNORADO	7,2
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 18. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo utilização de métodos anticoncepcionais, São Paulo*

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	% ESTUDO
NÃO	38,5
SIM	35,7
NÃO SE APLICA	17,3
IGNORADO	8,5
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 19. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo tipo de métodos anticoncepcionais, São Paulo*

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	% ESTUDO
IGNORADO	28,0
NÃO SE APLICA ¹	21,7
UTILIZA PÍLULA	15,7
É LAQUEADA (LAQUEADURA TUBÁRIA)	15,0
UTILIZA CAMISINHA MASCULINA	9,9
UTILIZA INJEÇÃO	6,1
UTILIZA DIU	1,1
UTILIZA CAMISINHA FEMININA	0,9
UTILIZA OUTROS MÉTODOS	0,7
PARCEIRO FEZ VASECTOMIA	0,4
UTILIZA "TABELINHA"	0,4
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

¹ – mulheres sem atividade sexual/climatério/histectomizada/com sexo com mulheres

Tabela 20. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo existência de orientação quanto ao planejamento familiar (métodos contraceptivos), São Paulo*

PLANEJAMENTO FAMILIAR	% ESTUDO
NÃO	46,2
SIM	42,6
IGNORADO	11,2
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 21. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo história de abortamento, São Paulo*

OCORRÊNCIA DE ABORTOS	% ESTUDO
NÃO	58,3
SIM, ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL)	29,6
SIM, ABORTO PROVOCADO	8,7
IGNORADO	3,4
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 22. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo história de doenças sexualmente transmissíveis, São Paulo*

OCORRÊNCIA DE DST	% ESTUDO
NÃO	59,2
SIM	28,5
IGNORADO	9,9
NÃO LEMBRA	1,1
NÃO SABE	0,9
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 23. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo realização anterior de teste anti-HIV, São Paulo*

TESTE ANTI-HIV	% ESTUDO
SIM	85,4
NÃO	11,7
IGNORADO	2,9
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 24. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo realização anterior de teste para sífilis, São Paulo*

TESTE PARA SÍFILIS	% ESTUDO
SIM	63,9
NÃO	29,8
IGNORADO	6,3
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 25. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo comunicação para a parceria sexual sobre resultado positivo (HIV ou sífilis), São Paulo*

COMUNICAÇÃO PARCERIA	% ESTUDO
NÃO	49,1
SIM	42,9
IGNORADO	8,0
TOTAL	100,0

*Dados sob revisão

Tabela 26. Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas infectada pelo HIV segundo situações vivenciadas, São Paulo*

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	% ESTUDO
TEVE OU TEM RELAÇÕES SEXUAIS SEM CAMISINHA	21,3
JÁ UTILIZOU OU UTILIZA DROGAS SEM SER NA VEIA	20,0
JÁ TEVE OU TEM VÁRIOS PARCEIROS SEXUAIS	14,3
PARCEIRO TEVE OU TEM MUITAS PARCEIRAS (MULHERES)	13,9
FOI VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	10,3
JÁ TEVE OU TEM PARCEIRO SEXUAL QUE USAVA OU USA DROGAS INJETÁVEIS (NA VEIA)	10,1
JÁ TEVE OU TEM PARCEIRO(A) BISEXUAL	8,7
JÁ TRABALHOU OU TRABALHA COMO PROFISSIONAL DO SEXO (PROSTITUTA)	7,8
JÁ TOMOU TRANSFUSÃO DE SANGUE	7,6
JÁ UTILIZOU OU UTILIZA DROGAS INJETÁVEIS (NA VEIA)	3,8

*Dados sob revisão

Experiências do grupo multidisciplinar:

Durante as atividades, o grupo multidisciplinar vivenciou experiências que propiciaram melhor conhecimento da população-alvo e identificação dos fatores que aumentam a vulnerabilidade. Relata-se a seguir algumas destas vivências e processos que foram adotados para desenvolvimento do projeto que certamente apoiarão outras intervenções semelhantes.

1. Acolhimento e Aconselhamento

No contexto da penitenciária, a maior preocupação foi garantir o sigilo e a confidencialidade, por isso, desde o princípio, foi assegurada a testagem associada ao aconselhamento.

Esse grupo de mulheres possui uma linguagem própria e foi necessária a apropriação destes aspectos de comunicação pelos pesquisadores para compreendê-las.

Exemplificando:

“sou portadora” = levar droga na vagina para alguém que está preso;

“pegar o bonde e parar de pagar pedágio” = sair da DP ou CDP e ir para uma penitenciária, que além de ser um lugar melhor elas não passam necessidades básicas.

Trabalhar com essas mulheres no aconselhamento ouvindo suas experiências, dúvidas e crenças, permitiu identificar os fatores que aumentam a vulnerabilidade dessa população:

- Visita íntima;
- “Saidinhas”;
- Dificuldade de acesso ao preservativo;
- Dificuldade de acesso a serviços de saúde;
- Confiança nos parceiros;
- Falta de percepção de risco;
- Falta de informação sobre DST/ Aids, principalmente das formas de transmissão/prevenção;
- Múltiplos parceiros na vida, ou parceiros com múltiplas parceiras;
- História de violência sexual;
- História de uso de drogas;
- História de DST;
- Compartilhamento de objetos perfurocortantes,
- História de vida com pouco acesso a recursos socioculturais, escolaridade, trabalho e saúde.

a) Aconselhamento pré-teste

O primeiro contato, realizado em grupo teve como objetivos acolher as reeducandas, dar as informações sobre a intervenção, orientar e informar sobre os testes e doenças e garantir o consentimento informado. As reeducandas foram bastante colaborativas e percebeu-se que estavam apreensivas com os possíveis resultados, pois em alguns casos tinham noção de sua vulnerabilidade, e em outros um desconhecimento das formas de transmissão tanto do HIV como da sífilis. Tinham alguma informação sobre teste rápido e Aids, porém a sífilis era desconhecida por muitas.

Após o grupo, todas eram encaminhadas para a testagem e orientadas a voltarem no período da tarde para pegarem os resultados.

b) Aconselhamento pós-teste

Realizado individualmente, como preconizado, teve como objetivo dar apoio educativo e emocional. Foi necessário desenvolver um atendimento objetivo, focando nas principais questões, pois as reeducandas não permaneciam muito tempo na sala e não havia muita disponibilidade para contar suas histórias.

Assim, esse momento foi dividido em:

Entrega do resultado: logo que entravam na sala queriam saber o resultado dos testes. Isso ajudava a diminuir a ansiedade e facilitava a avaliação de riscos.

O resultado negativo trazia alívio e orgulho como expresso no relato abaixo:

“quero uma cópia do exame (laudo) porque quero mostrar que apesar da cadeia estou saindo limpinha.”

Já no resultado positivo a religiosidade foi a principal estratégia de enfrentamento apresentada

pelas reeducandas. Havia muita esperança no tratamento para poderem sair dali e ter uma vida melhor.

Muitas que já conheciam sua soropositividade tinham dúvida com relação à doença, tratamento, algumas apresentavam dificuldade em aceitar a condição de portadora e demonstravam ter pouco suporte familiar:

“não consigo nem mesmo falar que tenho HIV no grupo (psicoterapia), apesar de outras já terem dito.”

“não quero ficar com o resultado (laudo do HIV positivo)”

Dificuldades encontradas no caso de resultados positivos:

- a condição de privação de liberdade interfere diretamente na tomada de decisão destas mulheres. Comunicar ou não ao parceiro, testar ou não a condição dos filhos, iniciar ou não o tratamento, são decisões intrínsecas ao grau de autonomia de um indivíduo, comprometida por normas e regras estabelecidas em sistemas prisionais.

- a garantia de direitos como: sigilo e confidencialidade, tratamento e seguimento no sistema de saúde, também esbarra nesta perda de autonomia, pois as reeducandas ficam sujeitas à organização do processo de trabalho ou mesmo dos recursos físicos e logísticos do presídio.

- dificuldade de articulação com órgãos importantes não só no suporte às questões de prevenção e assistência, mas também no apoio emocional e social à pessoa vivendo com HIV/ Aids, tais como as Organizações Governamentais (OG), Organizações Não Governamentais (ONG) e mesmos serviços de saúde de municípios onde se encontram estes presídios.

- acesso a aconselhamento continuado, já que nem sempre em um único atendimento é possível trabalhar as dúvidas e angústias decorrentes da descoberta de estar com uma doença sexualmente transmissível (DST), principalmente o impacto emocional causado pela descoberta do HIV.

Avaliação de Risco: para avaliar a janela imunológica, três aspectos foram focados: práticas sexuais, uso de drogas e tatuagens.

Práticas sexuais: investigamos as práticas sexuais realizadas nos últimos três meses, e descobrimos um número muito de alto de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM). Tal prática não era percebida como situação de risco. Identificou-se nomenclaturas diferenciadas entre elas que muito ajudou a compreender e orientar essas mulheres:

Sapatão – toca, faz sexo oral, não tira roupas íntimas e não deixa ser tocada

Lésbica – transa tirando a roupa, faz todo tipo de sexo com mulher ou “sapatão”

Entendida – só transa com mulher e não curte “sapatão”

As que se apresentavam como heterossexuais, muitas não têm contato sexual desde que ficaram reclusas. As mulheres casadas que recebem visita íntima não usam preservativos e apresentam um alto índice de confiança no parceiro e nunca fizeram pacto de fidelidade.

O risco oferecido pelo sexo oral também era desconhecido entre essas mulheres. Percebemos que possuem pouca informação sobre sexo seguro, principalmente as MSM.

Uso de drogas: número significativo de reeducandas afirmou ter feito uso ou ainda usar algum tipo de droga.

Tatuagem: prática frequente entre elas (realizada com agulha de costura). Foi investigado onde, quando e como foi realizada. Apresentavam como cuidado o uso da própria agulha e tinta individualizada.

Orientações: Após a abordagem e investigação inicial, orientou-se quanto à relação sexual e prática de sexo seguro, não compartilhamento de objetos pessoais (agulhas, aparelhos de barbear, escovas de dentes, alicates, tesouras, entre outros). Métodos eficazes para esterilização de materiais perfurocortantes (manicures esterilizam os instrumentos numa caixa forrada com papel alumínio e com uma luz dentro).

A participação nesta intervenção possibilitou uma experiência ímpar à equipe, já que se enfrentou o desafio de realizar o aconselhamento dentro de um contexto em que a segurança tem que ser soberana à saúde, e ao mesmo tempo, os direitos humanos precisam ser preservados. Ao mesmo tempo deparou-se com mulheres socialmente cruéis, mas intimamente carentes de informações e de afetos, com direitos que não podem ser excluídos, a saúde é um deles.

B) Coleta de Sangue para procedimento do teste rápido

O Programa Estadual de DST/Aids-SP, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária (SAP), capacitou aproximadamente 60 profissionais da SAP que, em conjunto com alguns Programas Municipais de DST/Aids, realizaram a intervenção.

Todas as coletas foram realizadas por punção digital, visto que desta forma o resultado é liberado no mesmo dia, podendo ser comunicado às reeducandas também no mesmo dia.

Optou-se por realizar a coleta em duplas, um profissional fazia a coleta e outro profissional a leitura e os laudos, no período da manhã. No período da tarde, o mesmo espaço era utilizado para comunicar os resultados individualmente a cada reeducanda. Um profissional do período da tarde foi capacitado para realizar a segunda coleta em caso de resultado de HIV positivo no primeiro teste (Portaria SVS-MS nº151 de 14/10/2009).

O Teste Rápido Diagnóstico de HIV não necessita ter seu resultado confirmado laboratorialmente, diferentemente do Teste Rápido de Triagem de Sífilis, no qual um resultado positivo tem que ser confirmado laboratorialmente (Portaria CCD - 11, de 3-5-2012).

As reeducandas eram chamadas por pavilhões e em grupos, eram informadas a respeito da intervenção e aguardavam a coleta dos testes sempre com muita curiosidade. Muitas já conheciam o teste e outras aproveitavam esse momento para perguntar sobre a transmissão da sífilis, já que a Aids era mais conhecida.

O grupo de profissionais de saúde foi auxiliado pelas Agentes de Segurança Penitenciária (ASP) e por outras reeducandas que já trabalhavam como auxiliares no Núcleo de Saúde. Desta forma, cada dupla conseguia coletar sangue de aproximadamente 25 reeducandas num período de três horas.

Muitas das reeducandas referiram terem sido tratadas para sífilis e outras relataram que tinham sífilis. Resultados estes confirmados durante o inquérito. Com relação à positividade para o HIV pudemos observar que poucas mulheres não conheciam o seu *status* sorológico.

Ao término de todas as coletas dos testes rápidos, um profissional da enfermagem realizou as coletas por punção venosa das amostras que

tiveram seus resultados positivos no Teste Rápido de Triagem de Sífilis.

c) Aplicação do questionário

A pesquisa continha um instrumento com questões sócio-demográficas, acesso a serviços de saúde, saúde da mulher, riscos para DST e exames laboratoriais.

O instrumento foi aplicado para aquelas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com os critérios metodológicos estabelecidos. As entrevistas foram realizadas por profissional de saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES), da SAP e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Reuniões prévias com estes técnicos foram realizadas para discussão da aplicação e entendimento do instrumento, bem como abordagem da reeducanda, reforçando o sigilo, a confidencialidade e a possibilidade da sua desistência em qualquer parte do processo. O cuidado com a linguagem utilizada e o esclarecimento dos objetivos da pesquisa também foram apontadas como relevantes.

A entrevista para aplicação do instrumento ocorreu em um espaço reservado, garantindo minimamente a privacidade das voluntárias.

O cuidado quanto à privacidade, sigilo e acolhimento possibilitou a algumas destas mulheres o aprofundamento no relato de algumas experiências de vida ou de suas angústias, apesar do instrumento contar, em sua grande parte, com perguntas fechadas. Alguns dos temas trazidos por elas referiam-se aos motivos que as levaram

a estar cumprindo pena, preocupações com os filhos e organização social interna entre as próprias reeducandas.

“Meu marido me largou com três filhos pequenos, então tive que me virar... Aí eu fui vender a droga e quem chamou a polícia foi quem me mandou vender”

Ou

“[...] usava droga e morava na rua, aí teve um dia que eu falei pra Deus ou você me tira desta vida ou me tira a vida... então eu tô aqui... ele me tirou daquela vida”.

Entre as questões formuladas percebeu-se que as perguntas referentes à realização de aborto, trabalho como profissional do sexo e relações sexuais quando a prática era homoafetiva, foram as que causaram maior constrangimento, talvez por serem temas diretamente relacionados a questões morais, ética, preconceitos e principalmente implicações legais (aborto e prostituição são considerados crime no Brasil).

As perguntas referentes ao acesso à saúde, principalmente relacionadas à saúde da mulher, trouxeram relatos referentes às dificuldades em conseguir consulta médica, realização do Papanicolau e disponibilidade de medicamento.

Ao final da entrevista, houve unanimidade das entrevistadas em relatar que não houve dificuldade em responder às questões, apesar de, no início da entrevista, elas relatarem pressa em responder, principalmente entre aquelas que trabalhavam; nenhuma delas se recusou a responder a qualquer uma das questões formuladas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: manual de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. São Paulo. Boletim Epidemiológico CRT-DST/Aids. CVE, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, Ano XXVIII – Nº 1 Dezembro 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 180 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
4. Kawaguti L. Brasil tem 4ª maior população carcerária do mundo e déficit de 200 mil vagas. BBC Brasil, 2012 maio 29. [acesso em 04 ago 2012]. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2012/05/120529_presos_onu_lk.shtml?print=1
5. Infopen – Sistema Nacional de Informação Penitenciária [base de dados na internet]. Brasília: Ministério da Justiça Sistema Prisional. 2011. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMID598A21D892E444B5943A0AEE5DB94226PTBRIE.htm>
6. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Mulheres encarceradas – diagnóstico nacional. Consolidação dos dados fornecidos pelas unidades da Federação, 2008.
7. Canazaro D, Gabriel G. Vivências da maternidade em uma prisão feminina no Estado do Rio Grande do Sul. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.3, p.113-121, 2011.
8. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Relatório final. Reorganização e reformulação do Sistema Prisional Feminino, 2007.
9. São Paulo. Secretaria da Administração Penitenciária. Manual de Ações em Reintegração Social. 2011. Disponível em: http://www.reintegracaosocial.sp.gov.br/download_gars.php. [Acessado em 27 de agosto de 2012].
10. Maestri E, Tagliari D, Prada GW. Prevenção do HIV/Aids: um desafio da enfermagem no processo de educar atrás das grades. 6ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão. Florianópolis; 16-19 maio 2007; Florianópolis, Santa Catarina. Florianópolis: UFSC; 2007. p. 153.
11. Lopes F, Latorre MRDO, Pignatari ACC, Buchalla CM. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):1473-80.
12. Strazza L, Massad E, Azevedo RS, Carvalho HB. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):197-205.
13. Canazaro D, Argimon III. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(7):1323-1333, jul, 2010.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2004.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Diário Oficial da União.
16. São Paulo. Secretaria de Estado da Administração Penitenciária. Relatório de doenças epidemiológicas da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo. Maio de 2012 (mimeo).

Vigilância em Saúde de populações expostas a solo contaminado Vigisolo no estado de São Paulo*

Health Surveillance of exposed populations to a contaminated soil Vigisolo in São Paulo state

Roseane Maria Garcia Lopes de Souza, Mirta Alcira Ferro Rodrigues Silva, Zaira Magda Borges Mancilha, Farida Conceição Pereira, Graziela Almeida da Silva, Rogério Araujo Christensen, Telma de Cássia dos Santos Nery

Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente – DOMA/Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo – Brasil.

Uma área contaminada pode ser definida como uma área, local ou terreno onde há comprovadamente poluição ou contaminação causada pela introdução de quaisquer substâncias ou resíduos que nela tenham sido depositados, acumulados, armazenados, enterrados ou infiltrados de forma planejada, acidental ou até mesmo natural. No Estado de São Paulo a confirmação das áreas contaminadas nas áreas urbanas, industriais e rurais, ação sob a responsabilidade da Companhia Ambiental do Estado de São Paulo/Secretaria do Meio Ambiente – Cetesb, aumenta a cada ano. A vigilância da saúde da população exposta aos

fatores ambientais de risco decorrentes da contaminação química natural ou antrópica do solo caracteriza o Vigisolo, ação programática instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS, integrante da Vigilância em Saúde das populações expostas a agentes químicos – Vigipeq. As ações desenvolvidas concentram-se nas populações expostas às áreas contaminadas, e têm como objetivo, dentre outros, a recomendação e instituição de medidas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e a atenção integral à saúde da população, conforme preconizado pelo SUS.



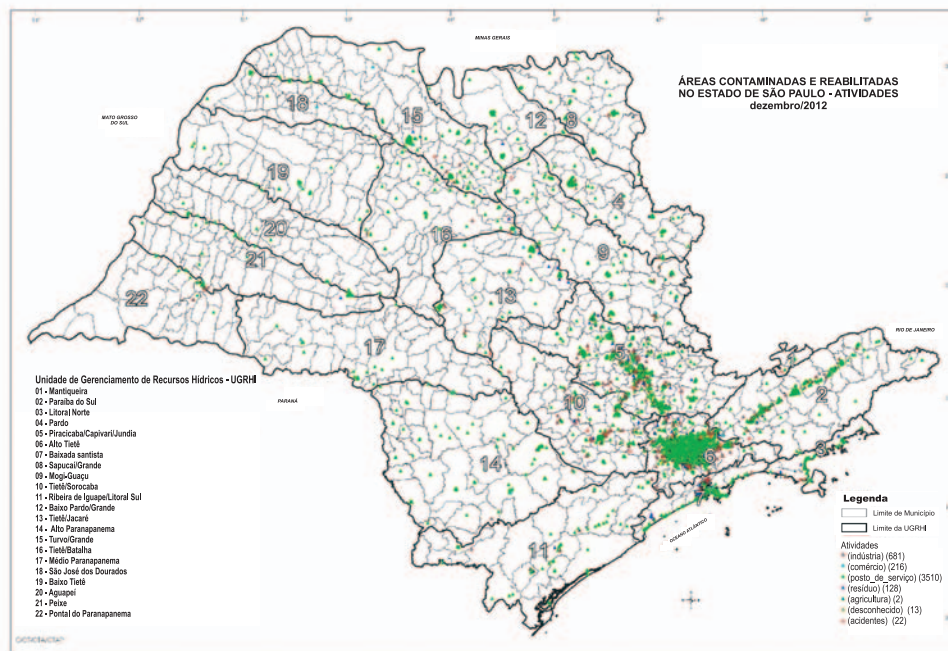
Fonte: Cetesb/ESP, 2012

Figura 1. Áreas contaminadas e reabilitadas no Estado de São Paulo, 2012

*Extraído e adaptado do Relatório Anual Vigisolo/MS

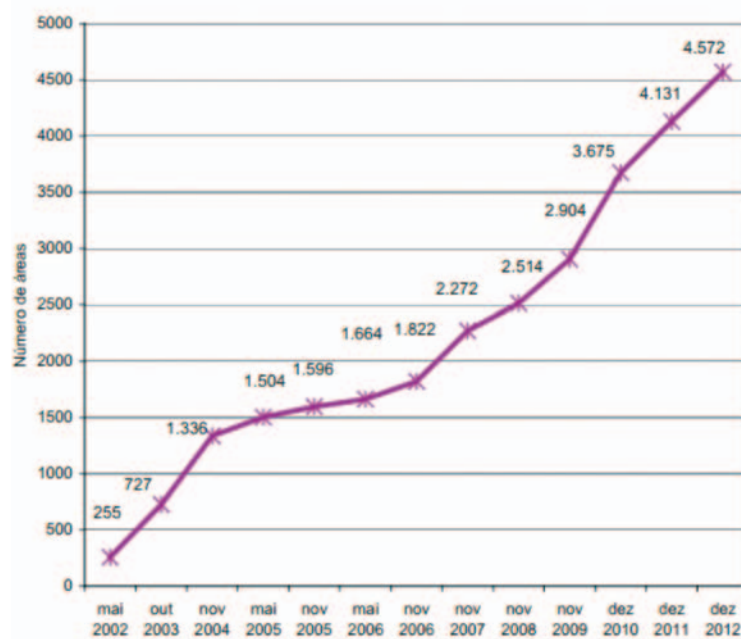
A Cetesb, desde o ano de 2002, registra anualmente as áreas contaminadas (figura 1 e 2), que passaram de 255 para 4.572 em 2012 (figura 3, tabela 1), com concentração nas regiões metropolitanas. Conseqüentemente, observa-se o aumento da população exposta

ou potencialmente exposta de trabalhadores e moradores do entorno destas áreas, resultando em problema de saúde pública que exige, para sua solução, a instituição de políticas públicas voltadas para promoção e prevenção da população em geral.



Fonte: Cetesb/ESP, 2012

Figura 2. Áreas contaminadas e rehabilitadas no Estado de São Paulo, 2012 – Segundo Atividades, 2012



Fonte: Cetesb/ESP, 2012

Figura 3. Áreas contaminadas no estado de São Paulo, 2002 a 2012

Tabela 1. Áreas contaminadas no estado de São Paulo, 2012

REGIÃO	ATIVIDADE					TOTAL
	Comercial	Industrial	Resíduos	Postos de Combustíveis	Acidentes/ Agricultura Desconhecida/	
São Paulo	67	194	31	1.239	8	1.539
RMSP - outros	43	177	22	527	12	781
Interior	74	217	45	1.296	14	1.646
Litoral	28	42	28	240	2	340
Vale do Paraíba	4	51	2	208	1	268
Total	216	681	128	3.510	37	4.572

Fonte: CETESB, ESP dez 2012

Diretrizes e procedimentos para a proteção da qualidade do solo e gerenciamento de áreas estão dispostas em Lei Estadual nº 13.577/2009 (RB) com vistas a assegurar políticas públicas mais efetivas na prevenção e no controle das áreas contaminadas. Entre seus objetivos está a garantia à saúde e à segurança da população exposta à contaminação.

Atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde, as ações do estado são pautadas pela descentralização, pactuação e apoio técnico aos municípios.

Referências básicas e procedimentos para atuação da vigilância sanitária em áreas contaminadas foram desenvolvidos pelo Centro de Vigilância Sanitária, por meio do Comunicado Técnico CVS/SAMA nº 204/2009. As orientações possibilitam identificar e fazer o reconhecimento local das áreas contaminadas existentes, a partir do cadastro da Cetesb, promovendo ações para eliminar eventuais rotas de exposição humana às substâncias tóxicas e prevenir riscos à saúde da população.

Vigilância em Saúde de populações expostas a solo contaminado – etapas

Para padronizar ações em Vigilância em Saúde relacionadas à população exposta a solo contaminado foi publicado, em 2010, o manual de "Vigilância Epidemiológica – Vigilância em Saúde relacionada à população exposta a solo contaminado", elaborado pela Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente/Centro de Vigilância Epidemiológica – Doma/CVE. O manual serve de guia para as ações regionais e locais, estabelecendo uma nova organização da forma de trabalho da vigilância em saúde, objetivando melhor resposta pela rede nas suas ações.

Referências em Vigilância em Saúde constam nos documentos técnicos do Centro de Vigilância Epidemiológica (Referência Bibliográfica 3 e 4).

Para desenvolvimento do trabalho foram criadas etapas (figura 4), que estão sintetizados na figura 5.

- **Etapa 1:** Criação de Grupo de Trabalho – GT regional, envolvendo a regional e os municípios, para definição de ações e fluxos e priorização de áreas contaminadas.

- **Etapa 2:** Levantamento das áreas contaminadas, a partir do banco de dados da Cetesb.
- **Etapa 3:** Visitas de campo para conhecimento da área, registro fotográfico, história da área e descrição das observações importantes sobre a relação da população com a fonte de contaminação.
- **Etapa 4:** Cadastro no Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Sissolo), ferramenta importante para cadastro e inclusão das observações de campo que constituirá o banco de dados nacional (Datusus).
- **Etapa 5:** Eleição das áreas críticas e prioritárias pelo setor saúde considerando:
 - caracterização toxicológica dos contaminantes de interesse;
- delimitação das plumas dos contaminantes (dentro/fora da área contaminada), extensão das contaminações e concentrações dos contaminantes;
- existência das rotas de exposição e de populações expostas ou potencialmente expostas;
- delimitação e caracterização das populações (suscetíveis e vulneráveis).
- **Etapa 6:** Definição do elenco das áreas críticas ou prioritárias que serão alvo para avaliação de risco à saúde humana com base na pluma de contaminação dos contaminantes de interesse e da população exposta/potencialmente exposta.
- **Etapa 7:** Escolha das áreas para estudos epidemiológicos com base no tempo de exposição e nas concentrações dos contaminantes de interesse

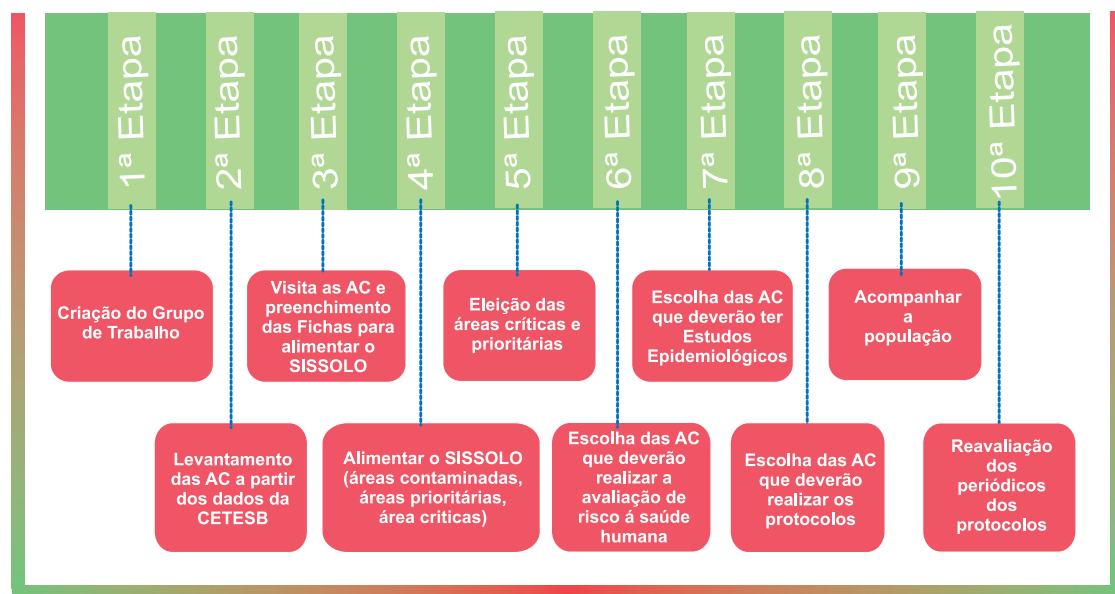


Figura 4. Etapas para organização do trabalho de vigilância em saúde de populações expostas a solo contaminado

- **Etapa 8:** Definição de Protocolos de Atenção à Saúde após a confirmação de rota completa de exposição da população. Os protocolos são específicos para a área e orientam o acompanhamento da saúde da população exposta.
- **Etapa 9:** Acompanhamento e avaliação dos protocolos.
- **Etapa 10:** Reavaliação periódica dos protocolos de Atenção à Saúde.

Metodologia para avaliação de riscos à saúde por exposição a contaminantes químicos

Utilizando como base a metodologia da Agência de Registro de Substâncias Tóxicas e Controle de Doenças – ATSDR/CDC (Agency for Toxic Substances and Disease Registry), o Ministério da Saúde, por meio do Vigipeq, e seus colaboradores elaboraram as diretrizes para a avaliação de riscos, as quais são descritas sucintamente a seguir.

- **Avaliação da Informação do Local**

Levantamento das informações do local onde ocorre a exposição/contaminação com sua descrição, incluindo aspectos históricos, avaliação preliminar das preocupações da comunidade, dados registrados sobre efeitos adversos à saúde, informação demográfica, uso do solo e de outros recursos naturais, informações preliminares sobre contaminação ambiental, rotas ambientais e existência de um ou mais compartimentos afetados.

- **Resposta às Preocupações da Comunidade**

Identificação dos membros da comunidade envolvidos, desenvolvimento de estratégias para

envolver a comunidade no processo de avaliação, manutenção da comunicação com a comunidade por meio de todo o processo de solicitação e resposta dos comentários da comunidade sobre os resultados da avaliação.

- **Seleção dos Contaminantes de Interesse**

Inclui o levantamento dos contaminantes presentes no local e fora desse, as concentrações no ambiente, níveis de concentrações basais, verificação da qualidade dos dados, tanto do processo de amostragem quanto das técnicas de análise, cálculo de valores de comparação, inventário das emissões dos compostos tóxicos, busca de informação toxicológica e a determinação dos contaminantes de interesse.

- **Identificação e Avaliação de Rotas de Exposição**

A partir da identificação das possíveis fontes de emissão dos contaminantes são realizadas determinações dos compartimentos ambientais contaminados, mecanismos de transporte, pontos de exposição humana, vias de exposição e populações receptoras. Estas informações permitem avaliar se as rotas de exposição são potenciais ou completas (quando todos os elementos são presentes).

- **Determinação de Implicações para a Saúde Pública**

A partir da avaliação toxicológica é realizada uma estimativa da exposição e a comparação com valores determinados como tolerável em normas de saúde, além da mensuração dos efeitos à saúde relacionados à exposição e avaliação de fatores que influem nos efeitos adversos para a saúde humana.

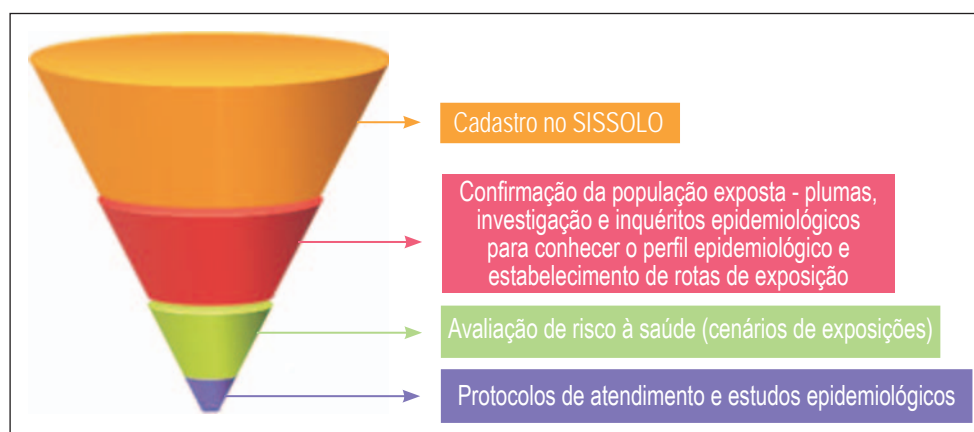


Figura 5. Funil do Vigisolo

▪ Conclusões e Recomendações

Nas conclusões serão incluídas: a seleção de categoria(s) de perigo(s), informações consideradas insuficientes, as preocupações da comunidade relativas à sua saúde e, por fim, as descrições sobre rotas de exposição. As recomendações têm objetivo de proteger a saúde dos membros da comunidade e elencar ações de saúde pública.

Capacitação de técnicos do Vigisolo

Nos últimos anos foram capacitados técnicos dos Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica – GVE e de municípios, atuantes

como interlocutores para o Vigisolo e facilitadores para as ações e treinamentos, totalizando 1.439 técnicos (figura 6)

Sistema de Informação - Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solos Contaminados - Sissolo

O Vigisolo utiliza como ferramenta o Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas (Sissolo) do Ministério da Saúde, instrumento importante para orientação e priorização das ações de vigilância em saúde de populações expostas ou potencialmente expostas em áreas

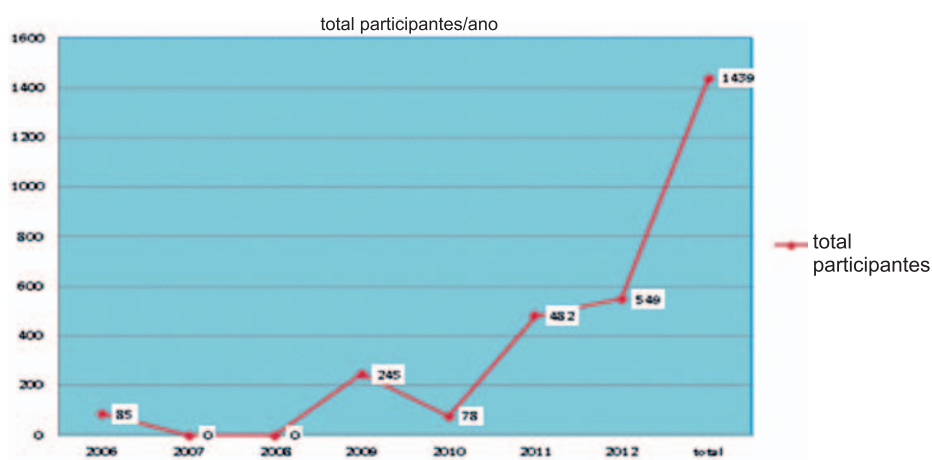


Figura 6. Capacitações Vigisolo, ESP 2006-2013

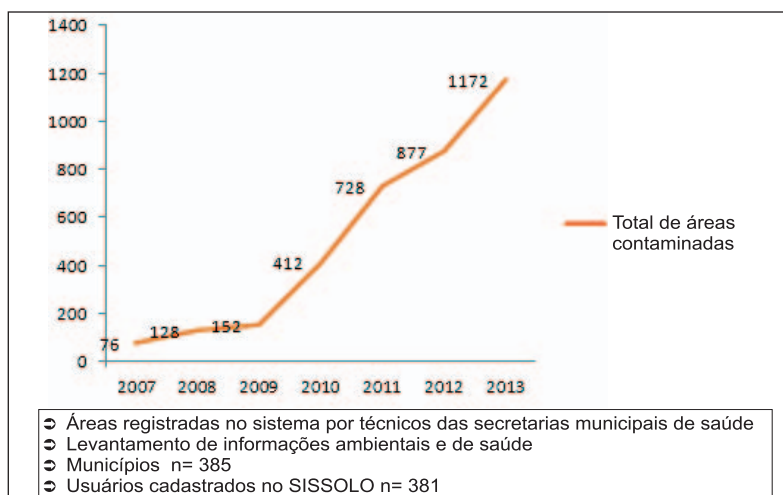
contaminadas. O sistema reúne informações dessas populações de forma contínua e permite a construção de indicadores de saúde e ambiente,

auxiliando na tomada de decisão dos dirigentes em cada esfera de gestão.

Tabela 2. Sissolo – Áreas contaminadas cadastradas por atividade geradora, estado de São Paulo, 2007-2013

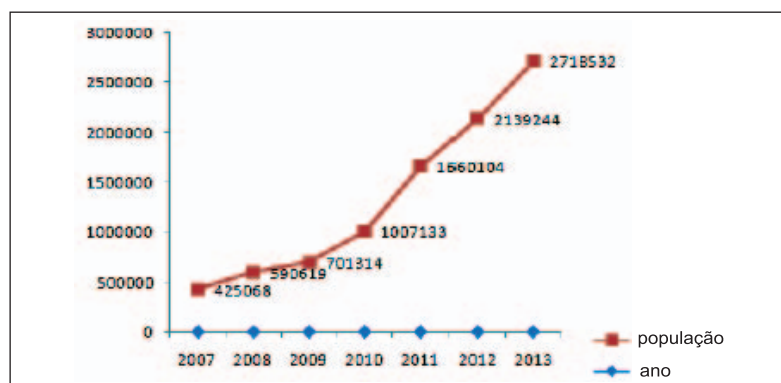
Classificação	Número	%
Postos de abastecimento e serviços	911	77,7
Área Industrial	127	10,8
Área desativada	96	8,2
Área de disposição de resíduos industriais	14	1,2
Acidente com produtos perigosos	11	0,9
Área de disposição de resíduos urbanos	10	0,9
Depósito de agrotóxicos	2	0,2
Área de mineração	1	0,1
TOTAL	1172	100,0

Fonte: Sissolo/Datasus/SE/MS, 2013



Fonte: Sissolo/Datasus/SE/MS dezembro 2013

Figura 7. Sissolo – Áreas contaminadas cadastradas por ano, estado de São Paulo, 2007-2013



Fonte: Sissolo/Datasus/SE/MS dezembro 2013

Figura 8. Sissolo – População exposta ou potencialmente exposta nas áreas contaminadas, estado de São Paulo, 2007-2013

No estado de São Paulo, dados do Sissolo registram a população de 2.718.532 pessoas expostas ou potencialmente expostas em 1.172 áreas cadastradas (figura 7 e 8). Os principais tipos de contaminantes encontrados nas áreas são os solventes, hidrocarbonetos aromáticos polinucleares – PAH, benzeno e metais pesados. As atividades de maior impacto são as unidades de posto de abastecimento e serviços e a área industrial (tabela 2).

A continuidade do processo de trabalho apoiará melhor compreensão dos cenários ambientais, desenvolvimento de planos de ação específicos e foco em populações mais vulneráveis.

Conceitos utilizados

Áreas contaminadas - área, terreno, local, instalação, edificação ou benfeitoria que contenha quantidades ou concentrações de matéria em

condições que causem ou possam causar danos à saúde humana, ao meio ambiente ou a outro bem a proteger.

Áreas contaminadas prioritárias - são aquelas que possuem um ou mais compartimentos ambientais (ar, água subterrânea, água superficial, sedimento e subsolo) contaminados fora do local afetado e população exposta ou potencialmente exposta ou população no entorno.

Áreas críticas - são aquelas que, em função dos danos causados ou dos riscos que oferecem, geram inquietação na população ou conflitos entre os atores envolvidos, havendo a necessidade de um procedimento de gerenciamento diferenciado que contemple a definição de estratégias de intervenção, de comunicação de risco e de gestão da informação.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria do Meio Ambiente. Companhia Ambiental do Estado de São Paulo. Áreas contaminadas. Relação das áreas contaminadas. São Paulo;2012. Disponível em: <http://www.cetesb.sp.gov.br/userfiles/file/areas-contaminadas/2012>
2. São Paulo (Estado). Lei nº 13.577, de 8 de julho de 2009. Dispõe sobre diretrizes e procedimentos para a proteção da qualidade do solo e gerenciamento de áreas contaminadas, e dá outras providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 9 jul. 2009; Seção 1:1.
3. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância em saúde ambiental para ações em vigilância em saúde relacionada à população exposta a solo contaminado. São Paulo; 2010. 136p.
4. Caderno De Vigilância Epidemiológica – Vigilância Epidemiológica Em Saúde Ambiental/ Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente – São Paulo, 2013.

Informe técnico

Alerta sarampo 2014

Casos confirmados no estado de São Paulo

Measles alert 2014

Confirmed cases in the state of São Paulo

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória e Divisão de Imunização, Centro de Vigilância Epidemiológica. Centro de Virologia, Instituto Adolfo Lutz.
Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo – Brasil.

O sarampo é altamente transmissível e praticamente todos os indivíduos suscetíveis adquirem a doença após serem expostos a um caso. A transmissão pode ocorrer por dispersão de gotículas com partículas virais no ar, principalmente em ambientes fechados como creches, escolas, clínicas e meios de transporte, incluindo aviões. O vírus pode ser transmitido cinco dias antes e cinco dias após a erupção cutânea.

A vacina tríplice viral é a medida de prevenção mais segura e eficaz contra o sarampo, protegendo também contra a rubéola e a caxumba. É recomendado aos participantes de eventos de massa e aos viajantes que estejam com suas vacinas atualizadas, antes do início do evento ou de viajar (preferencialmente 15 dias antes).

Em 2014, até a Semana Epidemiológica (SE) 10 – que termina em 8/3/2014 –, o Brasil apresentava 136 casos confirmados de sarampo, sendo 119 no Ceará, onde cerca de 44% dos casos ocorreram em menores de um ano; outros 11 casos foram registrados em Pernambuco e seis em São Paulo. A investigação laboratorial identificou o genótipo D8 relacionado aos casos atuais dos três estados, presente em quase todos os 211 casos da doença registrados no Brasil em 2013. A data de exantema do último caso confirmado no Brasil, até o momento, ocorreu na SE 10/2014.

Sarampo – Situação Epidemiológica em março de 2014 – Estado de São Paulo

Em 2014, até a SE 10, seis casos de sarampo foram confirmados no Estado de São Paulo (ESP), nos GVE – Santo André (um caso), GVE – Campinas (um caso) e no município de São Paulo – MSP (quatro casos: um caso isolado e três casos em um “cluster” familiar).

Os casos nos GVE – Santo André e GVE – Campinas apresentaram histórico de viagem recente (Sudeste Asiático e Ceará, respectivamente). Não há relato de deslocamentos ou fonte externa de infecção nos quatro casos no MSP.

Ocorreu internação em três casos (MSP) e não houve óbitos.

As faixas etárias acometidas foram oito meses, um ano, três anos, nove anos, 21 e 34 anos.

Nenhum deles possuía registro de vacina (TV ou DV) documentada.

Em cinco casos, o processamento de amostras clínicas resultou em RT-PCR positivo para sarampo, e o sequenciamento processado no IAL e Fiocruz identificaram o genótipo D8, circulante desde 2012, em países da Europa e Ásia, e desde 2013 no Brasil. Em um caso, houve aumento de IgG no pareamento de amostras.

A data de exantema do último caso confirmado no Estado de São Paulo, até o momento, é 17 de fevereiro de 2014.

Desta maneira, fica mantido o alerta a todos para que, frente a casos de febre e exantema, seja considerada a suspeita de sarampo.

A pronta detecção de casos e notificação oportuna possibilitam rápida resposta a qualquer introdução do vírus, com deflagração das medidas de controle para interromper e minimizar sua circulação e transmissão.

Recomenda-se fortemente às Vigilâncias Regionais e Municipais de Saúde:

- Alertar seus equipamentos públicos e principalmente privados (unidades de saúde de baixa, média e alta complexidade), por todos os meios de comunicação possíveis sobre a situação epidemiológica nacional do sarampo, para que os profissionais de saúde tenham especial atenção aos casos suspeitos de doença exantemática.
- Estes devem ser imediatamente notificados e investigados para verificar se são casos suspeitos de sarampo (e/ou rubéola).

Na detecção de casos suspeitos, as Secretarias Municipais devem:

- Proceder à notificação imediata, em até 24h, à Secretaria de Estado da Saúde (6);
- Proceder à coleta de sangue (soro) para a realização do diagnóstico laboratorial (sorologia);

- Adotar as medidas de controle (bloqueio vacinal seletivo frente aos casos suspeitos e sua ampliação na presença de sorologia reagente);
- Orientar isolamento social.

Recomendações importantes:

- Alertar os viajantes e os participantes de eventos de massa sobre a necessidade de assegurarem suas vacinas atualizadas, antes de viajar ou do início do evento (preferencialmente 15 dias antes).
- Recomendar a vacina SRC com especial atenção aos viajantes com destino à região nordeste do país, incluindo crianças de seis meses a um ano. A dose administrada nesta faixa etária não será considerada válida para o calendário estadual de vacinação, devendo ser agendada a administração de dose da SRC para os 12 meses e da tetraviral (SRCV) para os 15 meses de vida.
- Reforçar a vacinação de profissionais que atuem no setor de turismo, funcionários de companhias aéreas, de transporte rodoviário, motoristas de táxi, funcionários de hotéis e restaurantes, e outros que mantenham contato com viajantes.
- Avaliar/atualizar a situação vacinal nas diferentes faixas etárias, incluindo a dos participantes e voluntários (Copa 2014) nos eventos de massa.
- Fortalecer a vacinação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas e outros) e profissionais da educação.

- Reforçar a avaliação da cobertura vacinal e homogeneidade, da vacinação de rotina, a busca de faltosos e vacinação de bloqueio, identificando onde estão os possíveis suscetíveis, notadamente nos menores de sete anos.
- Buscar a integração setor público/privado (NHE, CCIH, laboratórios) para a uniformidade da notificação e de sua importância para deflagração das medidas de controle, reforçando a ocorrência de eventos de massa.
- Resgatar as amostras que apresentaram IgM Reagente para sarampo ou rubéola no setor público/privado e encaminhá-las para o laboratório de referência no ESP: Núcleo de Doenças Respiratórias, Centro de Virologia do Instituto Adolfo Lutz, para confirmação laboratorial.
- Na forte suspeita de um caso de sarampo ou rubéola, ou na presença de IgM Reagente, proceder a coleta de espécimes clínicos (sangue heparinizado, secreção de naso e orofaringe e urina), para isolamento e sequenciamento viral.
- Na presença de um caso com IgM Reagente ou indeterminado para sarampo ou rubéola é imprescindível a coleta de segunda amostra de sangue (soro), no mínimo 15 dias após a primeira coleta para o pareamento de IgG.
- Capacitar/reciclar os profissionais de saúde frente aos casos de doenças exantemáticas febris, conduta no atendimento inicial, confirmação diagnóstica dos casos e na efetuação das medidas de controle.
- Identificar possíveis áreas de transmissão: a partir da notificação de caso de suspeito de sarampo realizar Busca Ativa, para detecção de outros possíveis casos (serviços de saúde, laboratórios da rede pública e privada, etc.).

Atenção orientar a população:

Ao apresentar febre e exantema, evitar o contato com outras pessoas até ser avaliado por um profissional da saúde e procurar imediatamente serviço médico.

Notifique todo caso suspeito de sarampo e rubéola à:

Secretaria Municipal de Saúde e/ou à
Central de Vigilância/CIEVS/CVE/CCD/
SES-SP no

Telefone 0800 555 466
(plantão 24 horas, todos os dias)

On-line: www.cve.saude.sp.gov.br

e/ou nos e-mails:

notifica@saude.sp.gov.br

dvresp@saude.sp.gov.br

Correspondência/corresponde to:
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 6º andar – São Paulo
CEP:01246-000 - SP
Fone: (11)3082-0957 – Fax: 3066-8236
e-mail: dvresp@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>

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

Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Ensaios Sorológicos Anti-HIV pelo Instituto Adolfo Lutz
External Quality Assessment Program on HIV Serologic Testing by Instituto Adolfo Lutz

Márcia Jorge Castejon¹; Rosemeire Yamashiro¹; Carmem Aparecida de Freitas Oliveira¹; Camila Cardoso de Oliveira¹; Miriam Solange Fernandes Caruso¹; Alice Momoyo Sakuma¹

¹Centro de Imunologia - Instituto Adolfo Lutz

¹Centro de Materiais de Referência – Instituto Adolfo Lutz

Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo – Brasil.

RESUMO

O Instituto Adolfo Lutz (IAL) – Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) é reconhecido como referência estadual para o diagnóstico laboratorial de HIV/Aids, sendo uma das atribuições da instituição promover e implementar programas de garantia da qualidade aos laboratórios públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 2009, o Centro de Imunologia do Instituto Adolfo Lutz tem se empenhado na atividade de produção e distribuição de material de referência (MR) para o preparo do controle de qualidade interno nos ensaios sorológicos anti-HIV (CQI HIV) pelos laboratórios inscritos no Programa de Controle de Qualidade Interno da Rede de Laboratórios de Diagnóstico HIV/Aids do Estado de São Paulo. Agora, prepara-se para implementar o Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Ensaios Sorológicos Anti-HIV (AEQ HIV) com a finalidade de avaliar o desempenho dos laboratórios participantes. Propõe-se adesão voluntária e gratuita dos laboratórios que realizam sorologia para o HIV, garantindo imparcialidade e confidencialidade. Inicialmente, entre 2014 e 2015, serão incluídos laboratórios convidados (n=19). A partir de 2016, a participação será aberta aos laboratórios da rede pública e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de São Paulo.

PALAVRAS-CHAVE: Anticorpos anti-HIV. Controle de qualidade. Soro. Infecção HIV.

ABSTRACT

Instituto Adolfo Lutz (IAL) – Central Laboratory of Public Health (Lacen) has been recognized as state reference laboratory for HIV/Aids diagnosis, one of the tasks of the institution to promote and implement quality assurance programs to the public laboratories and those partaking in the Brazilian Unifed Health System. Since 2009, Immunology Center of IAL began the production and distribution of reference material (RM) to prepare of HIV internal quality control (IQC HIV) by laboratories of the sub-network of São Paulo State, enrolled in the Internal Quality Control Program coordinated by IAL. Now, he prepares to implement the External Quality assessment on HIV testing Program (EAQ HIV) in order to evaluate the performance of the quality of participating laboratory performance. The Program EAQ HIV proposes voluntary and no charge to laboratories that assessing HIV testing, ensuring impartiality and confidentiality. At first, between 2014 and 2015, invited laboratories (n = 19) are included. From 2016, the participation will be open to the public laboratories and those partaking in the Brazilian Unifed Health System of São Paulo State.

KEYWORDS: HIV antibody. Quality control. Serum. HIV infection.

INTRODUÇÃO

Inúmeros questionamentos têm sido levantados com relação à qualidade dos serviços de saúde, principalmente a partir do início desta década. Várias iniciativas foram implantadas com a intenção de melhorar os processos nesses serviços, com ênfase à segurança do paciente.¹

A avaliação regular do desempenho técnico de um laboratório é recomendada para assegurar a validade das medições analíticas e como parte integrante da estratégia global da qualidade.² O desempenho e a qualidade adequados dos testes laboratoriais são características primordiais e essenciais para

obtenção de resultados precisos e confiáveis. A confiabilidade dos exames laboratoriais é um dos componentes importantes no âmbito da assistência médica, pois os resultados possibilitam ao clínico o correto diagnóstico, tratamento e aconselhamento dos pacientes.

Diversos parâmetros e condutas têm sido adotados para avaliar a precisão e exatidão da metodologia utilizada em laboratórios clínicos. Uma das alternativas para essa avaliação é a participação em ensaio de proficiência,³ também conhecido na área médica como programa de avaliação externa da qualidade (AEQ).

O Instituto Adolfo Lutz (IAL) – Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) é reconhecido como referência estadual para o diagnóstico laboratorial de HIV/Aids, sendo uma das atribuições da instituição promover e implementar programas de garantia da qualidade aos laboratórios públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde 2009, o Centro de Imunologia do Instituto Adolfo Lutz tem se empenhado na atividade de produção e distribuição de material de referência (MR) para o preparo do controle de qualidade interno nos ensaios sorológicos anti-HIV (CQI HIV) pelos laboratórios inscritos no Programa de Controle de Qualidade Interno da Rede de Laboratórios de Diagnóstico HIV/Aids do Estado de São Paulo.⁴⁻⁶ Na produção do MR, vários procedimentos têm sido cumpridos para garantir a qualidade do produto, como a adequada homogeneidade e a estabilidade avaliada e controlada.⁷⁻⁹ O próximo passo será implementar o Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Ensaios Sorológicos Anti-HIV (AEQ HIV) com a finalidade de avaliar o desempenho dos laboratórios participantes. Os benefícios para a introdução deste programa são múltiplos e de interesse mútuo para ambos, provedor e laboratórios participantes.

OBJETIVOS

- Avaliar o desempenho dos laboratórios participantes em ensaios sorológicos utilizados na rotina diagnóstica para HIV/Aids;
- Propiciar subsídios aos laboratórios para a identificação e solução de problemas;
- Contribuir para a efetiva melhoria da qualidade dos resultados sorológicos anti-HIV dos laboratórios da Rede de Laboratórios de Diagnóstico HIV/Aids do Estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um programa de avaliação externa da qualidade, cuja adesão será voluntária e gratuita, sendo garantida a imparcialidade e a confidencialidade quanto à identificação dos participantes, procedimentos e resultados. A distribuição dos itens de ensaio (MR) aos laboratórios participantes será simultânea para a realização dos ensaios sorológicos para detecção de anticorpos anti-HIV, por meio da utilização de conjuntos de reagentes diagnóstico da rotina laboratorial. A frequência estabelecida para o encaminhamento dos itens de ensaio do Programa AEQ HIV-IAL será de quatro vezes por ano (quatro rodadas/ano), totalizando em dois anos (2014 e 2015) oito rodadas.

Público-alvo

Inicialmente, entre março de 2014 a dezembro de 2015, serão convidados a participar no Programa AEQ HIV 19 laboratórios que realizam sorologia para HIV. A partir de 2016, a participação no Programa será aberta para os laboratórios da rede pública e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de São Paulo.

O participante deve informar qual metodologia será empregada para análise dos itens de ensaio (amostras de soro), de acordo com os ensaios sorológicos utilizados em sua rotina diagnóstica.

Confidencialidade

Os dados dos laboratórios, quanto à participação e ao desempenho, serão mantidos sob sigilo, permitindo o acesso apenas ao responsável legal. Cada laboratório é identificado por um código aleatório impresso nos documentos enviados ao participante e alterado a cada rodada do programa.

Itens de ensaio (MR)

A participação dos laboratórios no Programa AEQ HIV-IAL será pela análise do conjunto de quatro amostras de soro humano (itens de ensaio), recebido em cada rodada, com resultados conhecidos pelo provedor (IAL). Os itens de ensaio serão compostos por amostras de soro caracterizadas quanto à presença de anticorpos específicos anti-HIV e identificadas por código unívoco.

Os laboratórios participantes devem processar os itens de ensaio da mesma forma que as amostras clínicas da rotina, para assegurar o seu desempenho habitual.

Na produção dos lotes de soro que compõem os itens de ensaio são realizadas as seguintes etapas: processamento do plasma humano (bolsa de plasma) em soro, aplicação de testes de esterilidade, caracterização dos soros quanto à presença de anticorpos anti-HIV, fracionamento e realização de testes de homogeneidade e estabilidade dos soros.⁷

O processo de transformação do plasma em soro é realizado por meio da técnica de trombinização, seguindo a metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰ com modificações. Após aplicação dos testes de esterilidade e a caracterização dos soros quanto à presença de anticorpos anti-HIV em diferentes ensaios sorológicos, os soros são fracionados em tubos para congelamento (“criotubos”) e são realizados os testes de homogeneidade para validação dos lotes. Em seguida os “criotubos” são identificados e armazenados em *freezer* -20°C até serem distribuídos aos laboratórios participantes.

Transporte dos Itens de Ensaio ao Laboratório Participante

A cada rodada, o MR (itens de ensaio) será acondicionado em caixa com embalagem tripla apropriada e certificada, de acordo com as normas preconizadas para transporte de material biológico. O Manual do Participante e documentos pertinentes ao Programa AEQ HIV-IAL serão encaminhados com o MR ao participante.

Recebimento dos Itens de Ensaio

No ato do recebimento dos itens de ensaio, o laboratório participante deverá realizar a inspeção nos itens de ensaio. O resultado desta inspeção será registrado em formulário específico e encaminhado ao Provedor do Programa AEQ HIV.

Execução dos Ensaios

Os itens de ensaio devem ser tratados de maneira semelhante às amostras encaminhadas para a realização da rotina laboratorial anti-HIV.

Os quatro itens de ensaio devem ser submetidos a todos os ensaios aderidos pelo laboratório, independente do resultado obtido no teste de triagem. Este procedimento visa a inclusão de laboratórios que realizam somente ensaios sorológicos referentes à etapa confirmatória da infecção pelo HIV/Aids.

Avaliação dos Resultados pelo Provedor do Programa AEQ HIV

Ao finalizar as análises dos itens de ensaios, cada laboratório deverá encaminhar seus resultados ao Provedor pelo e-mail aeqhiv@ial.sp.gov.br para a consolidação

dos resultados e elaboração de relatórios, que descrevem o desempenho individual da instituição participante e do grupo como um todo, preservando-se o anonimato.

A avaliação de cada item de ensaio consistirá na comparação do resultado obtido pelo participante segundo a metodologia empregada com o valor designado pelo Provedor, categorizando-o como adequado ou inadequado.

Valor Designado

O valor designado de cada item de ensaio é fornecido pelo Provedor – Instituto Adolfo Lutz – Centro de Imunologia – Laboratório de HIV/ Aids por meio da caracterização dos soros quanto à presença de anticorpos anti-HIV. Estes valores serão divulgados nos relatórios das rodadas.

Relatório de Avaliação do Desempenho

Após o término de cada rodada, será emitido o relatório do resultado global de todas as instituições participantes, identificadas por um código numérico com o intuito de manter sigilo dos resultados.

A avaliação do desempenho da rodada será feita de acordo com a proporção de resultados adequados obtidos no método realizado por item de ensaio. O desempenho analítico será considerado satisfatório para o participante que obtiver o grau de acerto igual a 100%, comprovando que a metodologia e os procedimentos operacionais utilizados estão de acordo. Aos demais, será emitido o grau de desempenho em porcentagem e, quando necessários, serão incluídos comentários ou orientações, com intuito de promover a melhoria do desempenho.

No final de cada ano será emitido o relatório consolidado (somatória das avaliações de cada rodada) com o grau de desempenho anual atingido pelos participantes.

Desta forma, será oferecida a oportunidade aos participantes para identificarem e corrigirem fragilidades em relação ao desempenho analítico em ensaios anti-HIV, como também, a possibilidade de acompanhar cada laboratório ao longo do tempo e identificar aqueles que necessitam de treinamento para melhoria de seu desempenho.

RESULTADOS PRELIMINARES

Até o momento, foram processadas 12 bolsas de plasma, provenientes de diferentes Hemocentros do Estado de São Paulo, por meio da técnica trombinização. Os soros foram caracterizados quanto à reatividade positiva e negativa de anticorpos anti-HIV em diferentes conjuntos de reagentes diagnósticos. A validação dos lotes de cada conjunto de reagentes foi realizada por meio de painéis de soro comerciais – *HIV-1 Seroconversion Panel PRB972 e HIV-1 Mixed Titer Performance Panel PRB205 (SeraCare BBI Diagnostics)*.

Os soros foram fracionados (volume 1mL) em tubos para congelamento (“criotubos”). Os testes de esterilidade e de homogeneidade foram aplicados após o fracionamento das amostras de soro para garantir a qualidade do produto.

Os itens de ensaio da primeira rodada/2014 foram encaminhados aos dezenove laboratórios participantes. Após o prazo de entrega dos resultados pelos participantes, a estabilidade dos itens de ensaio foi avaliada para garantir a qualidade do produto.

CONCLUSÃO

O programa de controle externo da qualidade de testes laboratoriais pelo IAL – Central contribuirá na implementação das atividades desenvolvidas na Rede de Laboratórios de Diagnóstico HIV/Aids do Estado de São Paulo, no que diz respeito a: recursos humanos de alta competência e eficiência, emprego de reagentes diagnósticos de boa qualidade, equipamentos adequados e monitorados. Assim, o IAL, no exercício do papel de LACEN, contribui para a efetiva melhoria da qualidade do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV no estado de São Paulo.

Este Programa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IAL (nº 24 E/2013).

AGRADECIMENTOS

À coordenação Sibratec-REDSANG “Estruturação de Rede de Laboratórios de Sangue e Hemoderivados”, com apoio FINEP/MCTI.

À Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto e ao Hemocentro da Santa Casa de São Paulo pela transferência de bolsas de plasma e aos laboratórios participantes.

Ao André Rodrigues de Campos, profissional do Instituto Adolfo Lutz – Laboratório Central – Centro de Imunologia, pelo excelente suporte técnico na condução deste Programa.

REFERÊNCIAS

- Berlitz FA. Controle da qualidade no laboratório clínico: alinhando melhoria de processos, confiabilidade e segurança do paciente. *J Bras Patol Med Lab* 2010; 46(5): 353-63.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Seleção, uso e interpretação de programas de ensaio de proficiência (EP) por laboratórios-2000. (Séries Temáticas. Habilitação 2). Brasília; 2006.
- World Health Organization (WHO). External quality assessment of transfusion laboratory practice. Guidelines on establishing an EQA scheme in blood group serology. Geneva; 2004.
- Instituto Adolfo Lutz (IAL). Manual técnico para implementação do controle de qualidade interno nos procedimentos laboratoriais para diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV no estado de São Paulo. São Paulo: IAL; 2007. [acesso em 24 mar 2014]. Disponível em: <http://ses.sp.bvs.br/lildbi-textos/docsonline/get.php?id=1536>
- Castejon MJ, Yamashiro R, Oliveira CAF, Ueda M. Implementation of a strategy for improving the serological diagnosis of HIV/Aids by introducing the internal quality control. *Rev Inst Adolfo Lutz*, 2010; 69(2):157-64.
- Castejon MJ, Yamashiro R, Oliveira CAF, Campos AR, Sartorato MC, Cabral GB, Ueda M. Implementação de controle de qualidade interno (CQI) nos ensaios sorológicos anti-HIV. Produção e distribuição de painéis de soro pelo Instituto Adolfo Lutz Central. *BEPA, Bol. epidemiol. Paul.* 2009; 6(65):30-2.
- International Standards Organization. ISO Guide 34: General requirements for the

- competence of reference material producers. Geneva; 2009.
8. Castejon MJ, Yamashiro R, Oliveira CC, Granato D, Oliveira CAF, Ueda M. Study on the stability of internal quality control sera for HIV/Aids immunodiagnostic tests. Bras Patol Med Lab, 2014; 50(1):36-45.
 9. Castejon MJ, Yamashiro R, Oliveira CC, Olivieri JC, Oliveira CAF, Ueda M. Homogeneity study of the internal quality control sera for immunodiagnosis of HIV/Aids. Bras Patol Med Lab, 2014; 50(1):46-52.
 10. World Health Organization (WHO). Guidelines for organizing national external quality assessment schemes for HIV serological testing. Unaids 96.5. Geneva; 1996.



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

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

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

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

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

Missão

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

Arbitragem

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

Processo de revisão

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

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

Tipos de artigo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apresentação dos trabalhos

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

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar, em MÉTODOS, que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de 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 133
Pacaembu – São Paulo/SP – Brasil
CEP: 01246-000
E-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

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

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

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

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

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

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

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 reserch ethics in developing countries. *Soc Sci Med.* 2002;54(7):1155-9.

b) Livros:

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

A indicação da edição é necessária a partir da segunda.

c) Capítulos de livro:

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

d) Autoria corporativa:

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

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

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

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

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

g) Documentos eletrônicos:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. Síntese de indicadores sociais 2000 [acesso em 5 mar. 2004]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Calendário de vacinas para crianças/2008 [base de dados na internet]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2619&tipo_detalhe=s&print=1
3. Carvalho MLO, Pirota KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 25 maio 2004];35:23-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102001000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

h) Legislação:

1. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. Instrução Normativa n. 62, de 26 de agosto de 2003. Oficializa os métodos analíticos oficiais para análises microbiológicas para o controle de produtos de origem animal e água. Diário Oficial da União. 18 set. 2003; Seção 1:14.

2. São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 18 mar. 1999; Seção 1:1.

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 2014

Instruções na íntegra em /resources/ccd/homepage/bepa/instrucoes_aos_autores_2013.pdf



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

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

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

