



BEPA 99

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 9 Nº 99

março de 2012

Nesta edição

- Educação em saúde e o controle do *Aedes aegypti*: A experiência do Estado de São Paulo
Health education and Aedes aegypti control: The experience of São Paulo 4
- Vigilância Epidemiológica dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de São Paulo
Epidemiologic Surveillance of Testing and Counseling Centers of the State of São Paulo 20
- Perfil da Mortalidade de Idosos no Estado de São Paulo em 2010
Profile of the Mortality in the Elderly in the State of São Paulo in 2010 33
- Resumo de tese
Summary of tesis 50
- Instruções aos Autores
Autor's Instructions 52

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

Av. Dr Arnaldo, 351
1º andar – sala 131
CEP: 01246-000
Cerqueira César
São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8823/8824/8825
E-mail: bepa@saude.sp.gov.br
<http://ccd.saude.sp.gov.br>

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 qualquer fim comercial. Para republicação de qualquer material, solicitar autorização dos editores.

Editor Geral

Marcos Boulos

Editor Executivo

Clelia Maria Sarmiento Souza Aranda

Editores Associados

Alberto José da Silva Duarte – IAL/CCD/SES-SP
Ana Freitas Ribeiro – CVE/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CTD/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
Neide Yume Takaoka – IP/CCD/SES-SP
Virgílica Luna Castor de Lima – Sucen/SES-SP

Comitê Editorial

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP
Artur Kalichmam – CRT/AIDS/CCD/SES-SP
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – IB/SES-SP
Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP
Gerusa Figueiredo – IMT/SES-SP
Maria Bernadete de Paula Eduardo – CVE/CCD/SES-SP
Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP
Telma Regina Carvalhanas – CVE/CCD/SES-SP
Vera Camargo-Neves – Sucen/SES-SP

Consultores Científicos

Albert Figueiras – Espanha
Alexandre Silva – CDC Atlanta
Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP
Exedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP
Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu- SP
Gonzalo Vecina Neto – FSP/USP
Hélio Hehl Caiaffa Filho – HC/FMUSP
José Cássio de Moraes – FCM-SC/SP
José da Silva Guedes – IB/SES-SP
Gustavo Romero – UnB/CNPQ
Hiro Goto – IMT/SP
José da Rocha Carvalheiro – Fiocruz-RJ
Luiz Jacintho da Silva – FM/Unicamp
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira – OMS
Ricardo Ishak – CNPQ/UF Pará
Roberto Focaccia – IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – OPAS

Coordenação Editorial

Cecília S. S. Abdalla
Cláudia Malinverni
Letícia Maria de Campos
Sylia Rehder

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

Projeto gráfico/editoração eletrônica

Marcos Rosado – Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP
Zilda M Souza – Nive/CVE/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/scielo.php?script=sci_home&lng=pt&nrm=iso

Artigo original

Educação em saúde e o controle do *Aedes aegypti*: A experiência do Estado de São Paulo

Health education and Aedes aegypti control: The experience of São Paulo

Lúcia de Fátima Henriques;^I Ana Lúcia da Silva^{II}

^IEducação em Saúde da Superintendência de Controle de Endemias. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil

^{II}Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil

RESUMO

Introdução: A educação em saúde é considerada componente fundamental das estratégias de controle de vetores na comunidade. **Objetivo:** Caracterizar as ações educativas no controle do vetor *Aedes aegypti*, a partir da visão dos educadores em saúde pública com atuação na Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN). **Metodologia:** Utilizou-se grupo focal com 14 participantes de 10 regionais de serviços. O grupo focal foi gravado, transcrito e seu conteúdo analisado tematicamente. **Discussão:** O enfoque das ações tem estilo tradicional e intervencionista, baseado em elementos técnicos de prevenção e controle. O processo pedagógico não apresenta atributo de prática social, as atividades são generalistas, com pouca consideração das peculiaridades regional e local. O volume das atividades dos educadores concentra-se na organização do serviço das equipes de controle estadual e municipal: planejamento, treinamento, capacitação e supervisão. A relação é mais de soma de funções do que de articulação dos saberes e práticas. O formato do programa de controle, avaliação das atividades, visita casa a casa, aplicação de produto químico são desafios que a educação em saúde tem de enfrentar. **Conclusão:** A educação em saúde no controle de vetores conta com infraestrutura, capilaridade e interesse em aproximar os desafios das doenças endêmicas aos princípios do sistema de saúde. Necessita direcionamento político voltado à promoção da saúde e a educação permanente.

PALAVRAS-CHAVES: Educação em saúde. Promoção da saúde. Grupo focal. Controle de vetores. Doenças endêmicas.

*Este artigo é parte da dissertação de mestrado Educação em saúde no controle de endemias do estado de São Paulo – Brasil, defendida em 2006 no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Brasil. A pesquisa que deu origem à dissertação foi financiada pela Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil. Não há conflito de interesses.

ABSTRACT

Introduction: Health education is considered a basic component of vector control strategies in the community. Objective: To characterize educational activities in the control of *Aedes aegypti*, from the perspective of educators in public health working in the Superintendence of Endemic Disease Control (SUCEN). Methodology: We used focus groups with 14 participants from 10 regional services. The focus group was recorded, transcribed and content analyzed thematically. Discussion: The focus of the shares has traditional and interventionist style, based on technical elements of prevention and control. The educational process has no attribute of social practice, general activities, with little consideration of regional and local peculiarities. Most of the activities of educators focuses on the organization of the state and municipal levels control teams: planning, training, qualification and supervision. The relationship emphasizes the sum of functions rather than the articulation of knowledge and practice. Format of the control program, evaluation of activities, house to house visits, the application of the chemical are challenges that health education has to face. Conclusion: Health education in vector control has infrastructure, capillarity and interest in approaching the challenges of endemic diseases to the principles of the health system. Needs political direction aimed at health promotion and permanent education.

KEY WORDS: Education health. Health promotion. Focal group. Vector control. Endemic diseases.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde vem sendo, a cada dia, mais valorizada nas questões relacionadas aos problemas de saúde, ao lado das ações ambientais e da vigilância epidemiológica, entomológica e viral.¹ Predominantemente nas reflexões teóricas, a educação em saúde representa um conjunto de práticas, conhecimentos e aprendizagens combinadas para facilitar a promoção da saúde numa perspectiva contextual, histórica e coletiva de responsabilidades e direitos à saúde.² Esta concepção resgata a educação em saúde das práticas fragmentadas para uma

prática comprometida com o desenvolvimento social e promoção do homem, cuja efetividade depende de como os profissionais da saúde realizam suas práticas.³

No controle de vetores do estado de São Paulo, a educação em saúde está experienciando mais de meio século, desde a origem do Serviço de Profilaxia da Malária em 1933.⁴ Ao longo do tempo, as atividades educativas foram se modificando em decorrência das demandas de vigilância das endemias, dos vetores e das políticas públicas de saúde.

Tradicionalmente, as ações educativas têm-se apoiado no modelo biológico, em normas individuais de higiene e saneamento em relação ao controle de vetores.⁵ No passado, a educação em saúde era realizada por médicos e engenheiros, além dos educadores em saúde, visitantes sanitários e pessoal de campo. Tinha como público comunidades sob risco de doenças endêmicas como a malária, a Doença de Chagas, a esquistossomose e a leishmaniose tegumentar.

Na década de 1980, com a reintrodução do mosquito *Aedes aegypti*,⁶ vetor responsável pela transmissão da dengue e da febre amarela urbana, foi desencadeado no estado de São Paulo o processo de ações descentralizadas para o controle de vetores. A educação em saúde passou a cumprir um papel de integrar instâncias locais para organização de atividades de informação, comunicação e mobilização social, sendo considerada peça chave na sustentabilidade do controle vetorial.⁷ Todavia, quando se examina o desenvolvimento destas ações, nota-se pouca efetividade e atitudes formais dos educadores.⁸ Assim, julgamos relevante analisar as características das ações educativas de controle do *Aedes aegypti* realizadas pelos educadores em saúde pública da Superintendência de Controle de Endemias

(SUCEN) para conhecer, refletir, compreender tais práticas e contribuir nas políticas de promoção, prevenção e controle.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso⁹ de natureza qualitativa com aplicação da técnica de grupo focal.¹⁰ Grupo focal é um tipo especial de entrevista em grupo que tem por objetivo reunir informações detalhadas sobre um tópico particular a partir de um grupo de participantes selecionados. Os participantes sentem-se livres para revelar a natureza e as origens de suas opiniões sobre um determinado assunto, permitindo que pesquisadores entendam as questões de uma forma objetiva e subjetiva. É apropriada para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos.^{11,12}

O estudo foi realizado na SUCEN, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES) com a finalidade de promover o efetivo controle das doenças transmitidas por vetores, hospedeiros intermediários e reservatórios. Sua estrutura é composta por 10 Serviços Regionais (Figura 1), em áreas administrativas dos 645 municípios paulistas.



Figura 1. Serviços Regionais da Superintendência de Controle de Endemias, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2005.

Do universo de 62 educadores em saúde pública e visitantes sanitários, ambos incumbidos de desenvolver ações de educação em saúde, foram selecionados 20 pertencentes aos Serviços Regionais de: São Paulo, São Vicente, Taubaté, Sorocaba, Campinas, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Presidente Prudente, Araçatuba e Marília. A amostra foi intencional, na relação de 02 por Serviço, garantindo ao estudo representatividade. Os critérios de inclusão foram: a) ter sido contratado a partir da década de 1980; b) atuar em ações educativas de controle do *Aedes aegypti*; c) concordar em participar da pesquisa via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O grupo focal aconteceu na sala da SUCEN em São Paulo e compareceram cinco educadores em saúde pública e nove visitantes sanitários, sendo 13 do sexo feminino e um do sexo masculino. Para fins didáticos, todos foram tratados como 'educadores'.

A discussão foi gravada com anuência dos participantes e duração de 90 minutos. Teve presença de dois pesquisadores, sendo que, nos momentos de discussão, um único moderador conduziu as conversas. Foram duas questões norteadoras: 'Quais são as ações educativas que vocês realizam no controle do *Aedes aegypti*?' e 'Como vocês realizam essas ações?'. Foram tomados como premissa os relatos e a prática dos sujeitos que executam as atividades educativas no nível dos serviços, identificando suas concepções sobre educação em saúde enquanto uma prática dialógica e de que forma se realiza, assim como o que propicia ou dificulta a prática e o processo de educação em saúde no cotidiano.

O material gravado foi transcrito e analisado pelo método de Análise de Conteúdo.¹¹ Dentre as técnicas de análise optou-se, especificamente,

pela Análise Temática no intuito de apreender os significados das discussões.¹⁰ A análise constituiu-se de quatro fases: a pré-análise do material gravado e das transcrições, a leitura e releitura das transcrições, o tratamento dos dados e a interpretação.¹¹ A partir do tratamento dos dados e das interpretações foram sublinhados temas centrais do grupo focal, tomando como base o objeto da pesquisa, o referencial e as questões norteadoras. Para apresentação dos resultados, construiu-se categorização temática: descentralização da educação em saúde; a prática das ações; o referencial; os pontos fracos e as possibilidades. Esses temas compõem-se de recortes específicos, selecionados e escolhidos pela relevância e evidência das opiniões e sentidos das falas dos educadores.

A respeito da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi explicado, compreendido e assinado pelos profissionais, garantindo a confidencialidade e a privacidade.¹³

DISCUSSÃO

A descentralização e a educação em saúde

A reforma do setor saúde realizada em 1986,¹⁴ estabeleceu ampla reestruturação organizacional, institucional e financeira do setor público, cuja base jurídico-institucional foi inscrita na Constituição Federal de 1988. Configurou a saúde como um direito de todos e um dever do estado, sob a garantia de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução dos riscos de doença e outros agravos à saúde, quanto para o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, num Sistema Único de Saúde – SUS, de caráter

público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral.

Os requisitos necessários para efetivação dos princípios da integralidade, da promoção da saúde e, conseqüentemente, do SUS como pensado na Constituição, passaram pela reorganização dos serviços, com ênfase nos processos de trabalho, e mudanças na formação profissional, trabalhando atitude e responsabilidade social. Fez parte destas mudanças, também, o controle de vetores, direcionando novos caminhos para as intervenções e novos mapeamentos das práticas dos seus profissionais.

Antes da reforma da saúde, a característica do serviço prestado pela SUCEN era centralizada no combate dos vetores para impedir epidemias rurais, sustentado por medidas preventivas e medidas técnicas organizacionais. As medidas preventivas eram focadas na responsabilização individual e comportamental¹⁵ assinaladas por noções de higiene e saneamento.⁸ O público eram médicos, enfermeiros, atendentes dos postos de saúde, alunos e professores de escolas, líderes de associações, sindicatos, igrejas, líderes informais da comunidade e grupos específicos suscetíveis ao vetor e a doença, como caminhoneiros, pescadores e viajantes. Tinha como recurso pedagógico divulgação por cartas, ofícios, folhetos, cartazes, palestras, rádios e alto-falantes. As medidas técnicas organizacionais tinham o objetivo de orientar o trabalho de campo dos profissionais da própria SUCEN: uso de equipamentos, mapas, croquis de localização das regiões, preparação das residências e da população para controle químico.

A dinâmica desse trabalho começou a sofrer modificações a partir de dois acontecimentos que, segundo os educadores, foram importantes e influenciaram sobremaneira o cenário do controle

de vetores. Primeiro, a reintrodução do mosquito *Aedes aegypti* em 1986 no Brasil e no Estado de São Paulo em 1987.⁶ Segundo, mudanças jurídicas, legais e institucionais ocorridas nas políticas de saúde definidas pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica que criou o SUS.¹⁴

Em relação ao aparecimento do *Aedes aegypti*, novos desafios surgiram em função da dimensão do trabalho a ser realizado e suas características (forte relação com limpeza pública e hábitos e costumes da população). Capacitação de pessoal das Secretarias Municipais de Saúde e a construção e implementação de um programa de combate para impedir a infestação do vetor no estado.

Dentre os princípios do SUS, o princípio organizacional da descentralização foi o que mais afetou as ações por constituir um modelo de organização do serviço, diferente daquele que tradicionalmente vinha sendo desenvolvido. Assim, temos um trecho da entrevista que caracteriza este momento: '[...] deixamos de executar as ações e passamos a ensinar os municípios a realizar as atividades. Para ser sincera, a chegada desse mosquito mudou toda vida da gente'.

Estes dois acontecimentos causaram reformulações nas práticas do controle de vetores, no sentido de aprimorar as novas funções, competências e responsabilidades, combinando a eficiência da vigilância e o controle com o princípio da descentralização. Também, determinaram mudanças na articulação entre estado e sociedade, o poder público e a realidade social, no papel de gestão das políticas de controle.⁶

A síntese deste processo compôs o substrato para o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) em 1997; depois, em 2000, a Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) e, em 2002, o

Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) em vigor atualmente no Brasil⁷. Os planos estabeleceram o município como responsável direto pelo desenvolvimento das atividades de controle do dengue e do vetor com repasse de verbas e infra-estrutura para elaboração das ações.⁶ Em vista disso, o processo de descentralização da área educativa se concretiza com o papel de assessoria aos municípios.

Para os educadores que vivenciaram a construção dos planos, as mudanças ocorreram por conta de um cenário externo de trabalho como: distribuição de responsabilidades do controle, relacionamento entre os gestores organizacionais e a flexibilização administrativa. E um cenário interno de trabalho relacionado à manutenção de um modo de realizar ações já instituídas.

É possível afirmar, simbolicamente, que a descentralização significou para os educadores, transferência de poder do *status* e redistribuição de decisões, além da crença de perda do reconhecimento técnico da área de educação em saúde. Com isso, é compreensível a reação de medo e insegurança frente ao processo.

Se por trabalho entende-se uma forma de interação social, as relações destes cenários propunham aos educadores uma racionalidade comunicativa de diálogo com os municípios, de compartilhar a interpretação da descentralização e, desse modo, construir consensualmente as ações de controle, mas sustentados por pretensões de vaidade.¹⁵

Nesse sentido, a aprendizagem das novas relações e de novas responsabilidades ocorreu na prática de negociação dos planos de controle, como nesse relato: 'Nós, muitas vezes não sabíamos como fazer e nem por onde começar a ensinar os municípios. Fizemos tudo na prática mesmo, tudo acontecendo, não nos foi dado

capacitação. A gente aprendeu na raça, quebrando a cabeça'. Desse modo, podemos entender que a emergência do controle do vetor no Estado, por causa da expansão de municípios infestados, fez com que o serviço priorizasse a implementação das ações e investisse pouco em prepará-los, de tal forma que os planos e a descentralização poderiam ser bem aceitos por eles.

Observamos nos relatos verticalidade na implantação das ações dos planos, seja do Ministério da Saúde para SUCEN e desta para municípios: '[...] no começo, fica aquela história que parece algo que estava sendo empurrado goela abaixo. Eu acho que teria que ser uma coisa mais participativa, mais simples, em que os municípios pudessem ter o controle das suas próprias ações'.

A verticalidade dos planos para contenção do *Aedes aegypti* tem dificultado a construção de mecanismos que levem à horizontalidade das relações, trabalho mais realístico e democrático de controle^{16,20} e, em especial, o fazer acontecer ações educativas pautadas na promoção da saúde nos municípios. Com a situação político – institucional do setor saúde do Brasil hoje, não se admite estratégias de controle centradas e verticalizadas. Em contrapartida, a experiência brasileira de controle do *Aedes aegypti* de forma descentralizada é única no mundo e a especialidade no controle de vetores da SUCEN é reconhecida nacionalmente.^{17,4}

Em outros relatos os educadores reconheceram que a instituição estava fazendo parte da história política do país naquele momento, e que as transformações das práticas foram, portanto, inevitáveis: '[...] na minha visão, a década de 1980 é marco histórico. Foi o melhor momento do Estado de São Paulo com relação ao controle de vetores. Tivemos que negociar com os

municípios. O SUS trouxe estrutura, recursos, porque nós já não estávamos dando conta mais. Era um educador para fazer as atividades em 10, 15 municípios: nos programas de Malária, Doença de Chagas, Dengue e outras endemias. Tudo éramos nós'.

Os entrevistados observaram a experiência da descentralização como a mais importante da história da educação em saúde, com emoção expuseram esse fato demonstrando encantamento pela profissão: '[...] pela primeira vez na história, cada município passou a ter um profissional só para fazer atividades educativas. Isso eu achei a melhor coisa [...] a gente teve que começar a assimilar que era o processo de descentralização que estava acontecendo, e que nós estávamos participando daquilo tudo. Então, hoje posso dizer que foi gratificante'.

De fato, o controle do *Aedes aegypti* foi o primeiro programa na área da saúde que pactuou com municípios a incorporação da educação em saúde sob a denominação de Informação, Educação e Comunicação (IEC) como um de seus objetivos estratégicos.¹⁸ O programa sustenta uma infra-estrutura que hoje, garante ações de vigilância e controle de outras endemias nos municípios, além da dengue como: Doença de Chagas, Esquistossomose, Leishmaniose Tegumentar Americana, Febre Amarela, Leishmaniose Visceral e Febre Maculosa Brasileira.

Aprática

No grupo focal¹² com os educadores questionamos como são realizadas as ações educativas. Afirmaram que as atividades estão divididas em duas direções: a primeira, ações de campo e a segunda, ações educativas. Descreveram-nas exatamente igual às atribuições e competências do

Estado e dos municípios.⁷ Para os entrevistados, ação de campo implica em assessoria técnica às equipes de controle dos municípios: coordenadores, supervisores, profissionais de IEC e agentes; com atividades de supervisão, reuniões, orientações técnicas, treinamentos, capacitações e organização de ações de prevenção e controle em conjunto com Secretarias Municipais. Segundo os educadores a maioria do tempo de trabalho é dedicada a treinamentos e capacitações destes profissionais: 'Eu já decorei as atividades, de tanto que ensinei os profissionais. Nós conseguimos falar sem olhar o material. Dá para fazer de olho fechado e de costas, de tanto que a gente faz treinamentos'.

Os educadores discutiram que treinam e capacitam muitas vezes para aumentar a motivação e/ou o comprometimento organizacional, reduzir tensões e/ou conflitos internos. No entanto, o principal objetivo é transferir a tecnologia do estado para os municípios, respaldados pelo conteúdo das normas técnicas e manuais do programa,⁶ tal como exposto nesta fala: 'Na assessoria, a gente tem papel meio intermediário. Discutimos tentando melhorar a qualidade de trabalho [...] a gente passa aquilo que está nos manuais técnicos. Está tudo escrito lá, cada atividade como se deve fazer. Então, é só seguir'.

A reflexão sobre este recorte sugere dizer que o controle do *Aedes aegypti* tem uma prática com base na pedagogia da transmissão, enfoque tecnicista e autoritário de trabalhar o ensino das habilidades.¹⁹ A força educativa neste modelo está na capacidade de trabalhar com a racionalidade, com a instrução programada, com o fato objetivo, no caso, os procedimentos, normas e suas aplicações, nem tanto em refletir e agir conjuntamente com os municípios.

Segundo Freire,¹⁹ a pedagogia da transmissão é um simples ato de depositar informações, impondo um saber que julga ser verdadeiro, anulando o caráter interativo e integrativo do processo educativo das assessorias. Ao privilegiar a técnica, o trabalho não dá conta de incorporar a compreensão dos reais problemas da dengue e do vetor ou ainda, as necessidades e saberes das pessoas envolvidas. Ainda, se torna homogênea no estado, com pouca consideração regional e local dos problemas. Não há valorização das diversidades locais.

Não podemos afirmar que esta predominância seja prejudicial aos saberes dos educadores, dos profissionais atendidos ou ainda da população. Quanto aos agentes dos municípios que recebem assessoria dos educadores, verifica-se despreparo destes na hora de enfrentar situações adversas no dia a dia, como em encontrar e/ou eliminar focos do vetor diferente daquele da instrução ou realizar abordagens dialógicas junto aos moradores. Isso tem gerado desgaste no trabalho, pouca efetividade das atividades nas residências, além de favorecer a resistência e a contrariedade no contato agente-população.^{20,17}

Analisado de outra forma e, tomando como referência a população, estudos realizados no Brasil, na América Latina e na Ásia e analisados por Claro *et al*²¹ demonstram que os programas proporcionam disseminação de conhecimentos sobre dengue entre a população, sem contudo alterar o quadro da infestação pelo *Aedes aegypti* e a transmissão de dengue.

As atividades de assessoria técnica aos municípios deveriam ir além da conjectura de normas de manuais, e os educadores serem mais do que cumpridores de tarefas.²² Evidentemente, normas e manuais têm bases científicas e são diretrizes ofertadas ao serviço, mas o ensino do

conhecimento deveria ser capaz de apreender as realidades no seu contexto e complexidade, não apenas para adaptá-los, mas sobretudo para recriá-los.^{3,19}

Quanto às ações educativas, os educadores compreendem que são realizadas apenas pelos profissionais de IEC dos municípios, porque eles não atuam diretamente com a população. Com a descentralização, a prática dos educadores teve novo papel, assessorar os municípios na condução dos planos de controle, causando rompimento das ações de educação em saúde com a população. Apreende-se então que, os educadores não consideram as assessorias como momento pedagógico também importante. Essa forma de pensamento demonstra o modo vago e conceitualmente impreciso deles conceberem as ações de educação em saúde, desvalorizando o papel político e social que toda ação educativa representa.^{23,19}

Entretanto, justificam dizendo que por gastarem muito tempo com a organização do serviço de campo, as questões específicas da educação não são discutidas, distanciando-os das mesmas, como nessa fala: 'As ações de educação existem sim, mas foram empurradas para um contexto técnico, tanto que me sinto bastante apto mais para um trabalho de supervisor de campo, fico frustrado com isso, porque não podemos perder nosso espaço. Temos que discutir coisas específicas da educação. Senão, o que está acontecendo: o campo vai crescendo, avançando e a educação ficando para trás'. Aparecendo o desconforto dos educadores em não repensarem suas práticas; logo, seu saber fica prejudicado, por não encontrar espaço ou por não ter uma fundamentação teórica apropriada sobre educação em saúde a ponto de suscitar diálogo entre os pares.

As características das ações têm se fundamentado nas necessidades burocráticas e formais do controle, comprometendo-se mais com a organização do serviço do que com os objetivos da educação em saúde. Com isso, identificamos a existência de um descompasso que provoca tensões, desmotivações e até descrenças no âmbito do trabalho: '[...] sinceramente, não sei quando vamos parar e pensar nosso trabalho: a gente vive de apagar incêndio, a gente dança conforme a música'.

Mesmo que as práticas dos educadores estejam mais voltadas às ações de campo e atreladas a manuais e normas técnicas, nenhum profissional da saúde deve evadir-se de sua função pedagógica.^{24,22} Por representar um valor, ela favorece o potencial criativo, o espírito crítico e a interação com os sujeitos, onde cada qual poderá contribuir com suas experiências, o essencial é desenvolver a capacidade de compreender e se fazer compreendido.¹⁵ O princípio dessa concepção funda no que Morin²⁴ denomina 'ensino educativo', que não se restringe à transmissão do saber, mas marca uma cultura que desperte, provoque e favoreça a autonomia do pensamento.

O referencial

A análise compreensiva do grupo focal¹² conduziu ainda à reflexão sobre quais seriam os referenciais das ações realizadas pelos educadores. Identificamos que os educadores vêem a educação em saúde a partir da noção de 'vender a idéia' da prevenção, na tentativa de mudar comportamentos. E aliam-se ao argumento da morbidade para 'assustar' as pessoas, como única possibilidade de evitar a doença, como expressa a fala: 'Nós falamos que somos vendedores e temos que vender para a população que dengue é uma doença que mata'. Isso traz consigo o lado 'feio' e

'ruim' dos fatos, inculcando culpa nas pessoas, gerando sensações negativas.^{8,20}

Observamos também que o processo educativo ainda continua centrado na educação em saúde tradicional, de mudança de hábitos e coresponsabilização, valorizando os métodos e a imposição de conteúdos aplicados individualmente.^{8,17,20,22,23} Conforme segue a fala: '[...] as pessoas têm que cuidar do seu quintal, eliminando tudo que possa servir de criadouro do mosquito [...] a gente está cansado de falar, a gente informa, mas elas não entendem. Então, a gente acaba fazendo por elas'. Nesse caso, o educador é a autoridade máxima em conhecimentos, um especialista das estratégias de controle, independentemente do contexto social das populações, tal qual o modelo biológico, também chamado de preventivo, segue os pressupostos da antiga saúde pública.^{5,22}

Em outro trecho selecionado do grupo focal, a educação em saúde parece entendida como processo de condicionamento das pessoas.²² O objetivo é induzir à mudança, por meio de gincanas e prêmios em troca da limpeza dos quintais das residências: 'Eu acho que para mobilizar a população você sempre tem que dar alguma coisa em troca. Ela se mobiliza porque ganha, mas depois volta tudo como antes'.

Entre os participantes, fica clara a necessidade de superar esses modelos pedagógicos de educação, inclusive das assessorias aos municípios: 'Eu acho que o controle de vetores tem uma linha muito militarizada, nós temos que mudar, quebrar, romper isso [...]. Temos que trabalhar de uma forma mais democrática, lidando com eles como seres pensantes, que podem dar sugestões e não simplesmente receber ordens, mas vejo que há resistências e a resistência acontece até entre os educadores'.

Além disso, reconhecem que a diversidade dos aspectos culturais deveria nortear as ações de controle, como nessa fala: 'Nós precisamos saber o que a população entende das medidas de controle, como é a dinâmica dos criadouros do mosquito na casa deles. Com essas informações, você fica sabendo por que as pessoas não fazem as coisas da forma que tem que ser'. De outra forma, Freire²² reforça que é necessária a construção de novos sentidos, significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença, como um processo legítimo de educação.

É válido considerar que o controle no Estado de São Paulo tem sido reativo, pois trabalha com parâmetros comportamentais dos vetores para planejar as atividades educativas sem consideração do contexto em que vivem as pessoas. Essa noção é típica do modelo biológico, que se embasa em medidas de proteção e recuperação da saúde, apenas na interação homem, agente etiológico e meio ambiente,⁵ o que limita as ações educativas.

Compreendemos que, na prática, o referencial da educação em saúde continua voltado à mudança de comportamento, vencer a resistência das pessoas sem ampliar as possibilidades de reflexão e participação no controle.²² Prevalece uma prática influenciada pela educação sanitária que, historicamente, tem dominado as ações de educação em saúde no Brasil, reforçando padrões de saúde concebidos pelo governo à população.^{5,8}

Os pontos fracos

Durante a dinâmica do grupo focal,¹² os educadores levantaram vários pontos problemáticos que interferem no processo de educação em saúde, podendo ser ponto de partida às reflexões sobre as práticas.

O que mais sobressaiu foram aspectos do formato do programa de controle do *Aedes aegypti*. Na visão dos educadores, o tipo do programa atual não condiz com a diversidade da realidade urbana dos municípios com epidemias pelo fato do estilo do programa ser de endemias rurais passadas. O programa atual tem como base o controle mecânico de criadouros e controle químico das formas imaturas e aladas do mosquito em visitas as residências, pontos estratégicos e imóveis especiais, além da mobilização social.⁷ Para eles, algumas atividades impedem a participação da população e reforçam o controle da dengue como uma ação somente do governo, como expressado nessa fala: [...] eu sou totalmente contra isso que está aí. Assim, não posso culpar. Falar que o povo não faz o controle. Se não faz, é resultado do que é imposto pela ditadura do programa. Se o povo hoje é assim acomodado, é por causa disso mesmo. Esse programa só deseduca o povo'.

Nas conversas do grupo, uma das atividades mais citadas foi visita casa a casa feita pelos agentes de controle para eliminar os focos do mosquito e orientar a população. Segundo os educadores esta medida representa um trabalho paternalista, fiscalizador, sem solução dos problemas nas residências e ainda antipedagógico. Os agentes cumprem a atividade com determinação de tempo e número de visitas por dia, coletam dados sobre cada tipo de criadouros existentes nas residências como se fosse um inventário de observação subjetiva, sem necessidade de diálogo com os moradores, como nessa expressão: 'A visita de casa a casa está complicado em todos os lugares. Ela tende a acabar, com certeza, porque a população não agüenta mais. O agente entra mudo e sai calado. Fiscaliza tudo sem considerar o morador, sem explicar o motivo pelo

qual está ali naquela casa. Não podemos chamar isso de educativo e sim de paternalismo'. Além disso, se por um lado os educadores investem em ações de mobilização social, por outro a população espera a visita desse agente para fiscalizar e retirar os focos. Do ponto de vista deles, os objetivos da visita casa a casa se contrapõem aos da educação em saúde.

Estudos realizados por Penna²⁰ e por Tauil¹⁷ demonstraram que a população considera o agente de controle de vetores um fiscal. É o indivíduo que executa a limpeza dos quintais das residências em uma relação insignificante entre o conhecimento repassado pelos agentes e a prática da população. Penna²⁰ ainda questiona esse tipo de trabalho, definindo-o como estratégia tradicional do tempo de Oswaldo Cruz, de custo muito alto e sem efeito efetivo para o controle do vetor.

Outro ponto do programa questionado foi o controle. Segundo os educadores, esse tipo de atividade se contrapõe também aos objetivos da educação em saúde. A população fica como expectadora e se mantém na dependência dessa ação, deixando de contribuir com a retirada dos criadouros nas residências. Essa estratégia é considerada uma medida valiosa durante epidemias. Todavia, é pouco efetiva na manutenção de índices baixos do *Aedes aegypti*, além da questão da resistência dos insetos aos larvicidas e adulticidas utilizados.^{17,20}

A contratação de força-tarefa e a rotatividade dos profissionais, também foram citadas pelos educadores como pontos que enfraquecem a ação educativa: 'Eles entram nas casas com saco de lixo [...] uns vão falando de dengue e outros catando o lixo do quintal da pessoa: um lixeiro de luxo [...] e o grande problema nosso é que contratamos a força-tarefa com um monte de gente e nada se resolve'. Na realidade, para desenvolver a visita

casa a casa, é necessário um contingente razoável de agentes para dar cobertura aos imóveis dos municípios. Em situações de epidemias iminentes, não tendo o número suficiente de agentes para o controle, as Prefeituras contratam mais agentes, chamados de força-tarefa. Por serem contratos temporários, mesmo bem treinados e capacitados, não chegam a adquirir experiência a ponto de realizar um trabalho de boa qualidade.¹⁷

Outra questão abordada foi a escassez de verbas municipais para realização das ações educativas. Segundo as educadoras, isso desvaloriza a área: 'Na nossa região, estou com vergonha. Os IECs já viraram pedintes. Eles ficam com o chapéu na mão esmolando tudo de que precisam, desde uma caneta, até coisas maiores que precisam comprar. Tanto que eles trocam os telefones nas reuniões dos fornecedores, como eles chamam: os patrocinadores [...]'.¹⁷

Se pensarmos que a ênfase das ações de educação em saúde muitas vezes são campanhas educativas em massa, como distribuição de folhetos que elas denominam de 'panfletagem', realmente necessita-se de recursos. Mas se entendermos que o pensamento se modifica por meio da ação e não na contemplação das coisas, aí poderemos gerar parcerias duradouras e práticas inovadoras, que muito ampliam o papel de cada um, sobretudo na sustentabilidade das ações educativas.^{5,8,19}

Fato bastante debatido entre os educadores foram os aspectos culturais que envolvem as concepções da população associadas ao processo saúde, doença, vetor: 'A população entende assim: se você pegar dengue a culpa é do governo. Está na memória da população que dengue é um problema do governo. A solução é o veneno e tem gente que ainda acredita que dengue é uma gripe forte e que não leva a morte'.

Podemos dizer que ao tomarmos a população como objeto das nossas práticas como sendo carentes de um saber, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença. Conhecer a população, compreender suas formas de lidar com os problemas da dengue e do mosquito, entender seus hábitos e costumes, é uma forma de superação das práticas tradicionais. Só compactuam e participam de mudanças as comunidades que se sentem efetivamente sensibilizadas e envolvidas com os problemas locais.⁸

O problema da dengue continua presente no Brasil há mais de 20 anos, causando surtos epidêmicos que desestruturam toda a sociedade. Entretanto, descobrir como 'quebrar' características de um programa tradicional de controle, continua sendo o desafio. Os resultados rápidos e sem aderência junto à sociedade ainda aparecem como mais sedutores.^{8,17}

As possibilidades

Neste tema foram reunidos pontos relevantes para tomada de decisão com vistas as reorganização das diretrizes das ações educativas. Um dos pontos é a necessidade de inserir a prevenção em um contexto mais amplo da atenção básica, a promoção da saúde: '[...] o controle de vetores tinha que estar envolvido não só com ações de prevenção da dengue e sim com a promoção da saúde'.

É possível afirmar que o controle se encontra compartimentalizado, sem poder conceber os conjuntos ou a complexidade das reais problemáticas de saúde. Outras doenças ligadas ao meio ambiente poderiam ser integradas no contexto de trabalho da SUCEN. De maneira geral, a complexidade é capaz de reunir, de

contextualizar, de globalizar, mas ao mesmo tempo reconhecer o singular.³

Não se trata de abandonar tradicionais formas de prevenção e controle históricas no Estado: '[...] o que temos que fazer é discutirmos, juntos, formas de realizar o controle, com base na experiência que passamos', mas de recriá-las de tal forma que absorva a experiência passada, tornando-as mais próximas aos princípios do SUS e à complexidade do conceito de saúde. Para Freire²¹, saberes que convivem juntos tornam-se sabedoria.

Os educadores discutiram também a associação das ações de controle com as questões de cidadania, como nessa fala: '[...] cidadania é uma coisa que a gente ainda não conseguiu despertar nas pessoas. Eu acho que o grande desafio nosso é esse: estabelecer o que é do Estado e o que é do cidadão, porque tem um desacerto total nisto'. Se buscarmos a promoção da saúde, a cidadania é um valor que não pode ficar fora, quando se pensa em mudança de pensamento. É um processo de aprendizado que se atualiza à medida que as pessoas vão experimentando as relações e percebendo que seu saber e sua experiência têm importância e são respeitados.^{3,22}

Além disso, os educadores falaram sobre um planejamento pedagógico mais dialógico, como expressa a fala: 'O erro é o fato de você planejar mecanicamente as atividades, é preciso abrir o canal da comunicação no nosso planejamento. À medida que você estabelece o diálogo há uma troca, uma coisa de gente para gente, da gente ouvir mais e falar menos'. Nesse caso, os educadores reconhecem que a base do planejamento educativo repousa na comunicação, especialmente nas possibilidades do diálogo. O planejamento dialógico é um caminho fecundo para desenvolvimento de ações que tenham como propósito

quebrar o ciclo dominador da pedagogia da transmissão e caminhar para ações que privilegiem a ação de sujeitos grupais capazes de interagir e comunicar-se.¹⁹ No diálogo existe a interação comunicativa, capaz de articular, mobilizar as pessoas a unir-se à sua ação (estado ou município), o que levaria a um comportamento ético e moral, condizente com os princípios de cidadania, caminho de uma prática emancipatória e uma comunidade planetária organizada.^{3,15,19}

É possível afirmar que a vontade das educadoras é de aprender mais para melhor entender e adaptar-se à realidade dos municípios. A educação em saúde é parte essencial da prática de qualquer profissional de saúde, em especial do educador. Portanto, deve ser uma ferramenta que capacite as pessoas e inclusive eles mesmos, para tomar suas próprias decisões.^{3,8,19}

Observamos que as atividades são elaboradas, executadas, mas não avaliadas e, por isso precisamos saber sobre avaliação: '[...] se tivéssemos avaliação do nosso trabalho, a gente começaria a perceber aquilo que a gente faz muito e o que a gente não faz. A gente precisa ter uma visão um pouco melhor do que acontece; mas como fazer isso, eu não sei! Aí, fica a cobrança de que o trabalho da gente não aparece'. Podemos dizer que foi unânime entre os educadores essa questão de avaliação do serviço e que isso revela uma lacuna da área de educação em saúde. Na realidade, existe o registro quantitativo de palestras, orientações, exposições, assessorias, supervisões e treinamentos, mas avaliações qualitativas não são realizadas. Para Freire²², a educação é de difícil mensuração. As abordagens qualitativas servem bem para isso, pois têm como núcleo comum o fato de levarem em conta a participação e percepções dos sujeitos envolvidos em uma dada iniciativa e a consideração das relações e das

representações como parte fundamental do êxito e limites das ações.²⁵

CONCLUSÃO

Os depoimentos das educadoras foram resultado de suas vivências, modos de ser e ver e, tiveram por base a subcultura existente na instituição e o complexo tema de educação em saúde. Assim, possibilitou-nos considerar a educação em saúde no controle do vetor *Aedes aegypti* como um processo potencializador da descentralização de ações do SUS, uma vez que integra saberes e práticas e pode fortalecer a intersetorialidade. Entretanto, a compreensão do processo educativo das ações ainda é restrita ao enfoque tradicional e intervencionista. A relação dos educadores é mais de soma de funções do que de articulação desses novos saberes. A prática se encontra compartimentalizada e sem atributo de prática social.

Mais do que os desafios inerentes às questões de prevenção e promoção da saúde neste país, a educação em saúde no controle de vetores enfrenta obstáculos internos como: a visita casa a casa descontextualizada, a generalidade das ações educativas no estado, as assessorias técnicas sem consideração com as peculiaridades dos municípios.

O controle de vetores demanda profissionais com capacidade de diagnosticar e solucionar problemas, de tomar decisões, de criar, de intervir, de trabalhar em equipe, de auto organizar-se e de reconstruir-se num ambiente de constante modificação, dado à dinâmica das doenças transmitidas por vetores.

Diante da conjunção dos fatos analisados nesse estudo, a resolutividade pode ser alcançada a partir de:

- Instituição de diretrizes de planejamento do componente educativo em formato horizontal, dialógico com respeito às crenças, valores, hábitos, opiniões tanto da população quanto dos próprios profissionais;
- Implementação de arcabouço teórico/prático de ações interdisciplinares, integradas às demais profissões e áreas envolvidas com a saúde, para ampliar os conhecimentos e a compreensão do poder da educação e sua influência no processo saúde-doença;
- Investimentos tecnológicos, de qualificação de seus educadores para enfrentar o cotidiano. O uso de educação a distância deve ser uma das ferramentas de oportunidade do ensino;
- Envolvimento apropriado daqueles com interesse em iniciativas de avaliação em serviço e pesquisas sobre processo pedagógico, levando-se em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo;
- De uma política de educação em saúde alicerçada no compromisso ético de

responsabilidades que atendam às complexidades do conceito de saúde e favoreçam um novo panorama do processo pedagógico no contexto da promoção da saúde.

- Dos educadores acreditarem nas possibilidades de mudança, no âmbito da ação profissional. Acreditarem em uma nova cultura institucional das práticas educativas visando à participação comunitária.

Por fim, a educação em saúde no controle de vetores tem infra-estrutura e capilaridade como nenhum outro programa de saúde do estado, mostra interesse em aproximar os desafios das doenças endêmicas aos demais princípios do sistema de saúde. A política de educação permanente pode ser o caminho, pois traz a possibilidade de tornar os profissionais mais críticos, mais envolvidos, mais capacitados para transformar a realidade e mais conscientes de sua verdadeira função de educador.

AGRADECIMENTOS

Dr^a Maria Esther de Carvalho, Pesquisador Científico. Dr^o Cláudio Santos Ferreira, Professor da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Gubler DJ, Clark GG. Community involvement in the control of *Aedes aegypti*. *Acta Tropica*. 1996; 61(2):169-79.
2. WHO. World Health Organization. Health Promotion Evaluation: recommendations to
3. Morin E, Ciurana ER, Motta RD. Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo

policy-markers. WHO - Regional Office for Europe, Copenhagen. 1998.

policy-markers. WHO - Regional Office for Europe, Copenhagen. 1998.

- erro e incerteza humana. São Paulo: Cortez, 2003.
4. Wanderley DMV, Glasser CM, Silva B, Teles FB Teles. Superintendência de Controle de Endemias - Sucen: 30 anos de trajetória. Bepa. 2006; 3(1 Supl): 3-9.
 5. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e sociedade. 2002; 11(1):67-84.
 6. Marques GRAM, Brito M, Serpa LLN, Gomes AHA, Pereira M. Programa de controle de *Aedes aegypti* no Estado de São Paulo. Bepa. 2006; 3(1 Supl):36-9.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
 8. Diniz MCP, Figueiredo BG, Schall VT. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2009; 16(2):533-48.
 9. Yin RK. Estudos de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.
 10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
 11. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
 12. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 2002;120:472-82.
 13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 out. 1996. Seção I, p. 21082-5.
 14. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I, p.18055-9.
 15. Habermas J. Ciencia y técnica como “ideología”. In.: Ciencia y Técnica como “Ideología”. Traducción de Manuel Jiménez Redondo y Manuel Garrido. 4 ed. Madrid: Tecnos, 1999.
 16. Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cadernos de. Saúde Pública. 2008; 24(6): 1239-50.
 17. Tauil PL. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2002; 18 (3):867-71.
 18. Brasil, Ministério da Saúde. Informação, Educação, Comunicação: uma estratégia para o SUS. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação, Brasília, 1997.
 19. Freire P. Educação como prática da liberdade. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

20. Penna MLF. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle de dengue. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19 (1):305-9.
21. Claro LBL, Tomassini HCB, Rosa MLG. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(6):1447-57.
22. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 40 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
23. Morin E, Almeida MC, Carvalho EA. *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez, 2002.
24. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, repensar o pensamento*. Tradução de Eloá Jacobina. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
25. Minayo MCS. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Recebido em: 03/06/2011

Aprovado em: 12/12/2011

Correspondência/Correspondence to
Lúcia de Fátima Henriques
Rua Paula Souza nº 166, Bairro Luz
CEP: 01027-000 – São Paulo, SP, Brasil
Tel.: 55 11 3311-1100
E-mail: luciah@sucen.sp.gov.br

Atualização

Vigilância Epidemiológica dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de São Paulo

Epidemiologic Surveillance of Testing and Counseling Centers of the State of São Paulo

Gerência de Vigilância Epidemiológica. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Coordenação Estadual de DST/Aids. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/SP, Brasil

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) é um serviço cujos objetivos são: ampliar o acesso ao diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, hepatites virais e sífilis; orientação e aconselhamento pré e pós testagem; promover a prevenção primária desses agravos por meio do estímulo à adoção de práticas sexuais seguras; referenciar as pessoas soropositivas para o acompanhamento em serviços de atenção especializada (prevenção secundária); levar informações sobre a prevenção das DST/Aids e do uso indevido de drogas para populações específicas, em condições de precariedade ou de vulnerabilidade a esses riscos; estimular a testagem de parceiros sexuais.

A demanda desses serviços caracteriza-se como espontânea e o atendimento aos usuários em todas as suas etapas é registrado numa ficha padronizada, contendo as características sociodemográficas, comportamentais, e resultados de sorologias. Os CTA utilizam um Sistema de Informação – SICTA, de forma a acompanhar a gestão dos serviços e o monitoramento das atividades, compondo também o sistema de vigilância do HIV e outras DST (hepatites e sífilis). As informações geradas pelos CTA são encaminhadas de acordo com o seguinte fluxo: municipal, regional, estadual. O Estado de São Paulo (ESP) utiliza o módulo estadual para o acompanhamento centralizado dos exames dos CTA (SISTEMA SECTA). Vale ressaltar que a

análise dos dados não discrimina os indivíduos que frequentaram pela primeira vez ou mais vezes o CTA durante o ano, assim como as testagens, que podem ser feitas repetidas vezes entre os usuários, nem contempla o seguimento dos mesmos. Dessa forma, a análise diz respeito às proporções de atendimentos e de testagens, não permitindo, por exemplo, fazer inferências para prevalências ou incidências.

Análise dos atendimentos dos usuários dos centros de testagem e aconselhamento (CTA)

No período de 1999 a julho de 2010, foram informados pelo SICTA 496.776 testagens no Estado de São Paulo. Foram cadastrados 152 CTA em 66 municípios, entretanto o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo recebeu exportações de testagens de 63 CTA ao SECTA, pertencentes a 19 municípios.

Observa-se na Tabela 1 que os CTA situados nos municípios dos grupos de vigilância epidemiológica (GVE) de São Paulo, Santos e Campinas apresentaram o maior volume de testagens realizadas no período, representando cerca de 49%, 12,2% e 8,2% do total de atendimentos, respectivamente. Verifica-se que os grupos de vigilância epidemiológica de Assis e Bauru têm informado constantemente no SICTA, desde 1999, e São José do Rio Preto desde 2000. Provavelmente os grupos de Sorocaba, Mogi das

Cruzes, Franca, Araçatuba e Presidente Prudente apresentaram problemas no envio de informações dos CTA, a partir de 2008.

Das 496.776 testagens sorológicas reportadas nos CTA, predominou o sexo masculino em todos os anos, oscilando entre 59,3% em 2000 para 58,0% em 2009 (Tabela 2). Em todo o período houve expressivo aumento de sorologias realizadas, pois em 1999 foram 1.035 testes enquanto, em 2009, 65.026.

A maioria dos testados pertencem à faixa etária de 20 a 29 anos (38,8%; 193.023), e essa distribuição se mantém nos dois sexos. Nota-se um incremento na proporção dos usuários de 25 a 29 anos e de 30 a 34 anos, ao longo do tempo. Há uma diminuição na proporção de usuários de 13 a 19 anos, passando de 27,3% em 2000 para 8,5% em 2009. A faixa etária mais frequente (20

a 24 anos) representa cerca de 21,2% em 2000 e de 19,4% em 2009.

Em relação à escolaridade, 40% dos usuários tinham de 8 a 11 anos de estudo. Observa-se que esse percentual vem aumentando ao longo dos anos, passando de 11,4% em 2001 a 47,3% em 2009, enquanto a categoria “não informado” diminuiu: de 65% em 2001 para 4,7% em 2009, sugerindo uma melhora na qualidade da coleta desse dado. Os indivíduos com “nenhuma escolaridade” constituem a menor parcela dos testados (1,4%).

No que concerne ao estado civil, a maioria (47,1%) dos usuários eram solteiros. Essa categoria predomina em todos os anos, variando de 18,3% em 2000 para 57,7% em 2009. Apesar da categoria “não informado” desta variável ter apresentado queda expressiva a partir de 2007, ainda se encontra em torno de 3%.

Tabela 1. Distribuição das testagens realizadas em CTA segundo GVE e ano de atendimento, Estado de São Paulo, 1999 a 2010*

GVE	Município	Ano de Atendimento											Total		
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	nº	%
I	São Paulo	-	17	4	6.797	30.740	35.252	30.485	26.128	21.211	47.955	42.079	2.972	243.640	49,0
XXV	Santos	-	4	2	3.373	8.770	11.183	12.041	9.853	6.807	4.451	3.206	672	60.362	12,2
XVII	Campinas	-	-	685	805	2.415	3.899	6.018	5.787	5.979	8.546	5.577	1.213	40.924	8,2
XXVII	São José dos Campos	-	-	1	756	2.668	3.602	4.039	3.457	3.274	3.005	3.261	1.080	25.143	5,1
VII	Santo André	-	-	-	2.023	4.000	4.364	5.263	2.399	2.001	2.076	1.142	315	23.583	4,7
XXXI	Sorocaba	-	-	10	807	4.095	4.095	4.013	3.493	1.383	116	-	-	18.012	3,6
XXIX	São José do Rio Preto	14	505	1.150	972	1.170	3.409	2.152	1.698	2.153	2.200	1.155	531	17.109	3,4
XXIV	Ribeirão Preto	-	1	1	0	1.524	661	471	2.033	2.430	2.447	3.206	820	13.594	2,7
XIII	Assis	483	476	871	762	1.274	1.188	1.260	1.389	1.112	1.262	1.335	601	12.013	2,4
VIII	Mogi	1	13	7	1.299	2.386	3.453	2.468	1.417	205	20	-	-	11.269	2,3
XIX	Marília	-	-	-	95	257	355	245	512	973	3.092	1.847	522	7.898	1,6
XV	Bauru	537	460	332	201	192	485	533	633	1.573	867	278	-	6.091	1,2
X	Osasco	-	1	-	1	33	279	191	631	1.022	2.180	1.006	132	5.476	1,1
XII	Araraquara	-	-	-	-	-	-	-	746	1.078	1.839	246	-	3.909	0,8
XVIII	Franca	-	1	-	-	-	-	998	1.071	1.308	419	-	-	3.797	0,8
XX	Piracicaba	-	-	-	-	-	-	196	-	292	564	459	-	1.511	0,3
XI	Araçatuba	-	-	-	-	45	349	454	131	25	31	-	-	1.035	0,2
XXI	Presidente Prudente	-	-	-	1	-	-	-	10	13	844	-	-	868	0,2
XVI	Botucatu	-	-	-	-	-	-	-	-	34	279	229	-	542	0,1
Total		1.035	1.478	3.063	17.892	59.569	72.574	70.827	61.388	52.873	82.193	65.026	8.858	496.776	100,0

*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - SP - Vigilância Epidemiológica - CRT - DST/Aids

Tabela 2. Distribuição dos usuários de CTA segundo características sociodemográficas e ano de atendimento, Estado de São Paulo – 1999 – 2010*

Características	Ano de notificação												Total															
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo																												
Masculino	625	60,4	876	59,3	1.680	54,8	8.976	50,2	31.990	53,7	39.182	54,0	39.343	55,5	32.775	53,4	26.762	50,6	44.338	53,9	37.736	53,9	37.736	58,0	5.605	63,3	269.888	54,3
Feminino	410	39,6	602	40,7	1.383	45,2	8.916	49,8	27.579	46,3	33.392	46,0	31.484	44,5	28.613	46,6	26.111	49,4	37.855	46,1	27.290	42,0	27.290	42,0	3.253	36,7	226.888	45,7
Total	1.035	100,0	1.478	100,0	3.063	100,0	17.892	100,0	59.569	100,0	72.574	100,0	70.827	100,0	61.388	100,0	52.873	100,0	82.193	100,0	65.026	100,0	65.026	100,0	8.858	100,0	496.776	100,0
Faixa etária (anos)																												
<13	25	2,4	29	2,0	60	2,0	233	1,3	562	0,9	771	1,1	740	1,0	669	1,1	414	0,8	736	0,9	498	0,8	42	0,5	4	0,0	4.779	1,0
13-19	295	28,5	404	27,3	715	23,3	4.024	22,5	10.258	17,2	12.707	17,5	10.748	15,2	8.334	13,6	6.001	11,3	8.020	9,8	5.556	8,5	695	7,8	67.757	13,6		
20-24	199	19,2	313	21,2	737	24,1	3.844	21,5	13.859	23,3	15.900	21,9	14.967	21,1	12.618	20,6	10.401	19,7	15.632	19,0	12.597	19,4	1.896	21,4	102.963	20,7		
25-29	138	13,3	221	15,0	445	14,5	2.722	15,2	10.231	17,2	12.218	16,8	12.948	18,3	11.257	18,3	9.756	18,5	15.664	19,1	12.619	19,4	1.841	20,8	90.060	18,1		
30-34	100	9,7	189	12,8	380	12,4	2.102	11,7	7.680	12,9	9.157	12,6	9.177	13,0	7.962	13,0	7.232	13,7	11.384	13,9	9.385	14,4	1.355	15,3	66.103	13,3		
35-39	85	8,2	119	8,1	259	8,5	1.618	9,0	5.879	9,9	7.039	9,7	7.336	10,4	6.299	10,3	5.485	10,4	8.592	10,5	6.757	10,4	959	10,8	50.427	10,2		
40-44	92	8,9	80	5,4	198	6,5	1.289	7,1	4.103	6,9	5.299	7,3	5.369	7,6	4.784	7,8	4.499	8,5	6.847	8,3	5.597	8,6	715	8,1	38.852	7,8		
45-49	47	4,5	45	3,0	113	3,7	910	5,1	2.885	4,8	3.870	5,3	3.768	5,3	3.431	5,6	3.331	6,3	5.168	6,3	4.174	6,4	537	6,1	28.279	5,7		
50-54	20	1,9	28	1,9	65	2,1	545	3,0	1.789	3,0	2.477	3,4	2.428	3,4	2.348	3,8	2.347	4,4	3.940	4,8	2.997	4,6	332	3,7	19.316	3,9		
55-59	17	1,6	23	1,6	41	1,3	301	1,7	1.032	1,7	1.398	1,9	1.408	2,0	1.526	2,5	1.523	2,9	2.547	3,1	1.993	3,1	215	2,4	12.024	2,4		
60 e mais	17	1,6	27	1,8	50	1,6	324	1,8	1.291	2,2	1.738	2,4	1.938	2,7	2.160	3,5	1.884	3,6	3.663	4,5	2.853	4,4	271	3,1	16.216	3,3		
Total	1.035	100,0	1.478	100,0	3.063	100,0	17.892	100,0	59.569	100,0	72.574	100,0	70.827	100,0	61.388	100,0	52.873	100,0	82.193	100,0	65.026	100,0	65.026	100,0	8.858	100,0	496.776	100,0
Escolaridade																												
Nenhuma	3	0,3	17	1,2	16	0,5	288	1,6	644	1,1	764	1,1	813	1,1	911	1,5	877	1,7	1.536	1,9	1.027	1,6	91	1,0	6.987	1,4		
1 a 3	132	12,8	119	8,1	194	6,3	1.160	6,5	2.949	5,0	3.190	4,4	3.169	4,5	3.532	5,8	3.361	6,4	4.101	5,0	3.124	4,8	333	3,8	25.364	5,1		
4 a 7	75	7,2	170	11,5	339	11,1	3.660	20,5	11.555	19,4	12.968	17,9	12.127	17,1	11.708	19,1	12.277	23,2	17.098	20,8	12.613	19,4	1.472	16,6	96.062	19,3		
8 a 11	20	1,9	102	6,9	349	11,4	5.131	28,7	21.952	36,9	25.959	35,8	25.253	35,7	24.132	39,3	23.021	43,5	38.126	46,4	30.729	47,3	4.046	45,7	198.820	40,0		
12 ou mais	13	1,3	28	1,9	173	5,6	1.397	7,8	7.242	12,2	9.263	12,8	9.850	13,9	9.606	15,6	9.616	18,2	16.657	20,3	14.462	22,2	2.464	27,8	80.771	16,3		
Não informado	792	76,5	1.042	70,5	1.992	65,0	6.256	35,0	15.227	25,6	20.430	28,2	19.615	27,7	11.499	18,7	3.721	7,0	4.675	5,7	3.071	4,7	452	5,1	88.772	17,9		
Total	1.035	100,0	1.478	100,0	3.063	100,0	17.892	100,0	59.569	100,0	72.574	100,0	70.827	100,0	61.388	100,0	52.873	100,0	82.193	100,0	65.026	100,0	65.026	100,0	8.858	100,0	496.776	100,0
Estado civil																												
Solteiro(a)	166	16,0	270	18,3	618	20,2	5.984	33,4	25.194	42,3	29.483	40,6	28.743	40,6	28.043	45,7	27.558	52,1	44.808	54,5	37.493	57,7	5.658	63,9	234.018	47,1		
Casado(a) / Amigado(a)	59	5,7	104	7,0	285	9,3	4.087	22,8	13.355	22,4	15.960	22,0	15.663	22,1	15.899	25,6	16.895	32,0	26.040	31,7	19.081	29,3	2.077	23,4	129.305	26,0		
Separado(a)	13	1,3	38	2,6	135	4,4	1.239	6,9	4.843	8,1	5.577	7,7	5.579	7,9	4.777	7,8	3.907	7,4	6.119	7,4	4.835	7,4	675	7,6	37.737	7,6		
Viuvo(a)	4	0,4	14	0,9	26	0,8	274	1,5	989	1,7	1.219	1,7	1.254	1,8	1.224	2,0	1.290	2,4	1.970	2,4	1.526	2,3	165	1,9	9.955	2,0		
Não informado	793	76,6	1.052	71,2	1.999	65,3	6.308	35,3	15.188	25,5	20.335	28,0	19.588	27,7	11.645	19,0	3.223	6,1	3.256	4,0	2.091	3,2	283	3,2	85.761	17,3		
Total	1.035	100,0	1.478	100,0	3.063	100,0	17.892	100,0	59.569	100,0	72.574	100,0	70.827	100,0	61.388	100,0	52.873	100,0	82.193	100,0	65.026	100,0	65.026	100,0	8.858	100,0	496.776	100,0

*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão
Fonte: SECTA - SP - Vigilância Epidemiológica - CRT - DST/Aids

A Tabela 3 mostra a distribuição dos indivíduos que frequentaram os CTA segundo o recorte populacional e ano de testagem. Em todos os anos, a maior proporção é representada pela “população geral”, variando de 95,6% (n=1.413) em 2000 a 72,9% em 2009 (n= 47.423). Em seguida, destaca-se a população de HSH: 9,7% em todo o período, seguida por “profissional do sexo” (2,5%). A categoria “ignorado” vem mantendo-se estável ao longo do período (2,8%). Os outros segmentos representam 1% ou menos.

Observa-se na Tabela 4 que em todos os anos os motivos de procura mais frequentes foram: prevenção (28%), exposição a situação de risco (25,5%), conhecimento do status sorológico (22,4%), seguidos de “encaminhamento por serviço de saúde” (4,9%). O conhecimento do status sorológico aumentou expressivamente a partir de 2002.

Das 496.776 testagens realizadas, 28% das mulheres informaram ter parceria sexual só com homens e 27% dos homens referiram ter parceria sexual só com mulheres. Uma pequena parcela de testados, 0,7% (3.725) referiu uso de drogas injetáveis. No entanto, a categoria “ignorado” é alta, embora esta proporção tenha diminuído no período analisado: 34,6% (n = 171.805), fazendo com que essas informações sejam interpretadas com reservas (Tabela 5).

Quanto ao uso de preservativos com parceiro eventual (Tabela 6), a maioria dos usuários 61,2%, ou seja, 304.143 respostas foram “não se aplica” e “não informado”. Ressalta-se que o percentual de “não informado” para essa variável apresentou expressiva queda a partir de 2002. Não se sabe se essa categoria inclui a falta de informação ou se o usuário não tinha parceiro eventual, o que confere viés na análise e interpretação dos resultados. Somente 16,9%, (84.124) informaram usar preservativo em todas as relações sexuais com parceria eventual.

Em relação aos parceiros fixos, apenas 12,5% usaram preservativo em todas as relações sexuais. A proporção de “não se aplica” e “não informado” também é alta (27,5% e 22,5%, no total do período), porém mostra diminuição ao longo do tempo. Assim, em 2000, 85,5% era “não informado” decrescendo para 29,7%, em 2004, e 7,2%, em 2009. As categorias “não usou” e “usou menos da metade das vezes” permaneceram mais frequentes ao longo dos anos, do que a categoria “usou todas as vezes”. A primeira corresponde a cerca de 22,5% dos atendimentos de todo o período, e a segunda a 14,1% (Tabela 6).

Quanto ao uso de preservativos com parceiro eventual (Tabela 6), a maioria dos usuários 61,2%, ou seja, 304.143 respostas foram “não se aplica” e “não informado”. Ressalta-se que o percentual de “não informado” para essa variável apresentou expressiva queda a partir de 2002. Não se sabe se essa categoria inclui a falta de informação ou se o usuário não tinha parceiro eventual, o que confere viés na análise e interpretação dos resultados. Somente 16,9%, (84.124) informaram usar preservativo em todas as relações sexuais com parceria eventual.

Em relação aos parceiros fixos, apenas 12,5% usaram preservativo em todas as relações sexuais. A proporção de “não se aplica” e “não informado” também é alta (27,5% e 22,5%, no total do período), porém mostra diminuição ao longo do tempo. Assim, em 2000, 85,5% era “não informado” decrescendo para 29,7%, em 2004, e 7,2%, em 2009. As categorias “não usou” e “usou menos da metade das vezes” permaneceram mais frequentes ao longo dos anos, do que a categoria “usou todas as vezes”. A primeira corresponde a cerca de 22,5% dos atendimentos de todo o período, e a segunda a 14,1% (Tabela 6).

Tabela 3. Distribuição dos usuários de CTA segundo recorte populacional e ano de atendimento, Estado de São Paulo – 1999 – 2010*

Recorte Populacional	Ano de Atendimento												Total													
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
População em geral	1.002	96,8	1.413	95,6	2.844	92,9	15.375	85,9	49.146	82,5	60.845	83,8	57.105	80,6	48.463	78,9	41.326	78,2	61.917	75,3	47.423	72,9	6.030	68,1	392.889	79,1
Homem que faz sexo com homem ignorado	18	1,7	27	1,8	91	3,0	930	5,2	5.456	9,2	6.146	8,5	6.712	9,5	5.817	9,5	4.421	8,4	8.920	10,9	8.281	12,7	1.334	15,1	48.153	9,7
Profissional do sexo	1	0,1	1	0,1	7	0,2	278	1,6	1.401	2,4	1.574	2,2	1.778	2,5	1.703	2,8	1.467	2,8	2.200	2,7	1.789	2,8	229	2,6	12.428	2,5
Usuário de outras drogas	-	-	3	0,2	2	0,1	178	1,0	475	0,8	580	0,8	783	1,1	933	1,5	1.231	2,3	1.169	1,4	981	1,5	291	3,3	6.626	1,3
Portador de DST	-	-	-	-	2	0,1	210	1,2	384	0,6	444	0,6	596	0,8	579	0,9	609	1,2	868	1,1	789	1,2	184	2,1	4.665	0,9
Pessoa vivendo com HIV/AIDS	-	-	6	0,4	2	0,1	96	0,5	359	0,6	556	0,8	885	1,2	664	1,1	533	1,0	682	0,8	499	0,8	95	1,1	4.377	0,9
Usuário de drogas injetáveis	8	0,8	2	0,1	19	0,6	128	0,7	386	0,6	354	0,5	435	0,6	438	0,7	473	0,9	848	1,0	561	0,9	73	0,8	3.725	0,7
Profissional de saúde	1	0,1	-	-	3	0,1	85	0,5	254	0,4	326	0,4	486	0,7	329	0,5	282	0,5	711	0,9	565	0,9	51	0,6	3.093	0,6
População confinada	-	-	-	-	2	0,1	163	0,9	94	0,2	253	0,3	259	0,4	320	0,5	209	0,4	454	0,6	249	0,4	24	0,3	2.027	0,4
Outros	-	-	-	-	-	-	2	0,0	2	0,0	10	0,0	13	0,0	155	0,3	313	0,6	684	0,8	621	1,0	117	1,3	1.917	0,4
Portador de hepatite B/C/D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	0,1	119	0,2	340	0,4	332	0,5	13	0,1	892	0,2
Travesti/Transsexual	-	-	-	-	-	-	18	0,1	41	0,1	50	0,1	88	0,1	91	0,1	63	0,1	84	0,1	149	0,2	57	0,6	641	0,1
Caminhoneiro	-	-	-	-	2	0,1	11	0,1	81	0,1	71	0,1	84	0,1	88	0,1	104	0,2	101	0,1	78	0,1	7	0,1	627	0,1
Pessoa em exclusão social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,0	165	0,3	126	0,2	153	0,2	161	0,2	16	0,2	623	0,1
Hemofílico e politransfundido	-	-	-	-	-	-	7	0,0	11	0,0	10	0,0	16	0,0	6	0,0	8	0,0	8	0,0	12	0,0	1	0,0	79	0,0
Total	1.035	100,0	1.478	100,0	3.063	100,0	17.892	100,0	59.569	100,0	72.574	100,0	70.827	100,0	61.388	100,0	52.873	100,0	82.193	100,0	65.026	100,0	8.858	100,0	496.776	100,0

*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - SP - Vigilância Epidemiológica - CRT - DST/Aids

Tabela 4. Distribuição dos usuários de CTA segundo motivo da procura e ano de atendimento, Estado de São Paulo – 1999 - 2010*

Motivo da procura	Ano de atendimento												Total													
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prevenção	741	71,6	614	41,5	870	28,40	4.926	27,5	16.241	27,3	23.498	32,4	22.160	31,3	18.175	29,6	16.249	30,7	20.566	25,0	13.812	21,2	1.691	19,1	139.543	28,1
Exposição a situação de risco	165	15,9	698	47,2	1.903	62,13	5.347	29,9	14.267	24,0	16.064	22,1	16.854	23,8	15.175	24,7	12.985	24,6	21.073	25,6	18.741	28,8	3.286	37,1	126.558	25,5
Conhecimento de status sorológico	2	0,2	11	0,7	107	3,49	3.448	19,3	17.594	29,5	20.275	27,9	17.598	24,8	12.397	20,2	7.827	14,8	17.194	20,9	13.846	21,3	1.024	11,6	111.323	22,4
Encaminhado por serviço de saúde	89	8,6	10	0,7	46	1,50	1.023	5,7	2.035	3,4	2.228	3,1	2.838	4,0	2.811	4,6	2.145	4,1	5.905	7,2	4.954	7,6	373	4,2	24.457	4,9
Outros	8	0,8	109	7,4	40	1,31	1.047	5,9	2.803	4,7	3.309	4,6	3.443	4,9	3.523	5,7	2.016	3,8	2.193	2,7	1.477	2,3	166	1,9	20.134	4,1
Suspeita de DST	-	-	7	0,5	17	0,56	323	1,8	742	1,2	819	1,1	1.102	1,6	1.132	1,8	1.503	2,8	4.512	5,5	4.130	6,4	518	5,8	14.805	3,0
Exame pre-natal	2	0,2	2	0,1	5	0,16	491	2,7	1.815	3,0	1.711	2,4	1.603	2,3	2.259	3,7	2.974	5,6	2.197	2,7	639	1,0	43	0,5	13.741	2,8
Conferir resultado anterior	1	0,1	6	0,4	25	0,82	608	3,4	2.141	3,6	2.083	2,9	2.007	2,8	1.627	2,7	1.381	2,6	1.494	1,8	934	1,4	200	2,3	12.507	2,5
Janela imunológica	-	-	-	-	4	0,13	343	1,9	1.192	2,0	1.846	2,5	2.130	3,0	1.505	2,5	1.296	2,5	1.743	2,1	1.379	2,1	316	3,6	11.754	2,4
Não Informado	-	-	-	-	-	-	2	0,0	5	0,0	8	0,0	33	0,0	1.326	2,2	2.514	4,8	2.514	3,1	3.315	5,1	905	10,2	10.622	2,1
Admissão em emprego/Forças Armadas	1	0,1	-	-	-	-	29	0,2	73	0,1	210	0,3	426	0,6	522	0,9	622	1,2	881	1,1	233	0,4	54	0,6	3.051	0,6
Testagem para hepatite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	251	0,4	424	0,8	720	0,9	590	0,9	51	0,6	2.036	0,4
Encaminhado por clínicas de recuperação de sangue	23	2,2	17	1,2	32	1,04	130	0,7	234	0,4	230	0,3	180	0,3	218	0,4	363	0,7	255	0,3	212	0,3	132	1,5	2.026	0,4
Encaminhado por banco de sangue	1	0,1	1	0,1	2	0,07	109	0,6	218	0,4	194	0,3	277	0,4	213	0,3	185	0,3	378	0,5	277	0,4	27	0,3	1.882	0,4
Sintomas relacionados a AIDS	2	0,2	3	0,2	12	0,39	66	0,4	209	0,4	99	0,1	176	0,2	152	0,2	131	0,2	281	0,3	224	0,3	34	0,4	1.389	0,3
Exame pre-nupcial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49	0,1	159	0,3	168	0,2	144	0,2	30	0,3	550	0,1
Contato domiciliar para hepatites	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	0,1	99	0,2	119	0,1	119	0,2	8	0,1	398	0,1
Total	1.035	100,0	1.478	100,0	3.063	100,00	17.892	100,0	59.569	100,0	72.574	100,0	70.827	100,0	61.388	100,0	52.873	100,0	82.193	100,0	65.026	100,0	8.858	100,0	496.776	100,0

*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - SP - Vigilância Epidemiológica - CRTI - DST/AIDS

Tabela 5. Distribuição dos usuários de CTA por categoria de exposição ao HIV no último ano, segundo ano de atendimento, Estado de São Paulo – 1999 - 2010*

Categoria de exposição	Ano de atendimento												Total													
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hétero feminino	66	6,4	135	9,1	411	13,4	4.848	27,1	17.224	28,9	20.330	28,0	19.271	27,2	17.310	28,2	16.044	30,3	24.524	29,8	16.956	26,1	2.008	22,7	139.127	28,0
Hétero masculino	111	10,7	172	11,6	434	14,2	4.269	23,9	15.859	26,6	19.423	26,8	19.241	27,2	15.930	25,9	13.552	25,6	23.571	28,7	18.911	29,1	2.493	28,1	133.966	27,0
HSH	18	1,7	27	1,8	91	3,0	930	5,2	5.456	9,2	6.146	8,5	6.712	9,5	5.817	9,5	4.421	8,4	8.920	10,9	8.281	12,7	1.334	15,1	48.153	9,7
UDI	8	0,8	2	0,1	19	0,6	128	0,7	386	0,6	354	0,5	435	0,6	438	0,7	473	0,9	848	1,0	561	0,9	73	0,8	3.725	0,7
Ignorado	832	80,4	1.142	77,3	2.108	68,8	7.717	43,1	20.644	34,7	26.321	36,3	25.168	35,5	21.893	35,7	18.383	34,8	24.330	29,6	20.317	31,2	2.950	33,3	171.805	34,6
Total	1.035	100,0	1.478	100,0	3.063	100,0	17.892	100,0	59.569	100,0	72.574	100,0	70.827	100,0	61.388	100,0	52.873	100,0	82.193	100,0	65.026	100,0	8.858	100,0	496.776	100,0

*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - SP - Vigilância Epidemiológica - CRT - DST/Aids

Tabela 6. Distribuição dos usuários de CTA segundo uso de preservativo com parceria sexual no último ano e ano de atendimento, Estado de São Paulo – 1999 - 2010*

Parceria sexual e uso de preservativos	Ano de atendimento												Total													
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Parceiro eventual	18	1,7	30	2,0	267	8,7	6.070	33,9	16.714	28,1	19.682	27,1	17.777	25,1	24.498	39,9	29.380	55,6	46.549	56,6	36.165	55,6	4.740	53,5	201.890	40,6
Não se aplica	996	96,2	1.420	96,1	2.468	80,6	6.873	38,4	16.841	28,3	21.659	29,8	20.515	29,0	12.695	20,7	6.262	11,8	7.003	8,5	5.054	7,8	467	5,3	102.253	20,6
Uso todas as vezes	8	0,8	16	1,1	125	4,1	2.232	12,5	11.653	19,6	13.875	19,1	13.768	19,4	10.240	16,7	7.653	14,5	12.722	15,5	10.337	15,9	1.495	16,9	84.124	16,9
Uso menos da metade das vezes	10	1,0	9	0,6	128	4,2	1.873	10,5	10.266	17,2	12.741	17,6	14.467	20,4	8.905	14,5	2.623	5,0	3.221	3,9	2.714	4,2	443	5,0	57.400	11,6
Não usou	3	0,3	3	0,2	74	2,4	844	4,7	4.093	6,9	4.610	6,4	4.268	6,0	3.516	5,7	3.533	6,7	5.815	7,1	4.903	7,5	815	9,2	32.477	6,5
Uso mais da metade das vezes	-	-	-	-	1	0,0	-	-	2	0,0	7	0,0	32	0,0	1.534	2,5	3.422	6,5	6.883	8,4	5.853	9,0	898	10,1	18.632	3,8
Parceiro fixo	12	1,2	22	1,5	162	5,3	2.525	14,1	11.964	20,1	14.841	20,4	14.833	20,9	17.486	28,5	18.810	35,6	28.417	34,6	23.960	36,8	3.564	40,2	136.596	27,5
Não se aplica	57	5,5	52	3,5	266	8,7	3.348	18,7	11.956	20,1	13.438	18,5	12.941	18,3	12.683	20,7	13.228	25,0	23.312	28,4	18.135	27,9	2.425	27,4	111.841	22,5
Não usou	837	80,9	1.264	85,5	2.195	71,7	6.688	37,4	16.555	27,8	21.576	29,7	20.398	28,8	12.550	20,4	5.854	11,1	6.195	7,5	4.685	7,2	430	4,9	99.227	20,0
Uso menos da metade das vezes	61	5,9	65	4,4	251	8,2	2.972	16,6	10.678	17,9	12.945	17,8	13.297	18,8	9.391	15,3	5.618	10,6	8.278	10,1	5.847	9,0	762	8,6	70.165	14,1
Uso todas as vezes	68	6,6	74	5,0	189	6,2	2.358	13,2	8.412	14,1	9.761	13,4	9.322	13,2	7.500	12,2	6.076	11,5	9.540	11,6	7.681	11,8	1.015	11,5	61.996	12,5
Uso mais da metade das vezes	-	-	1	0,1	-	-	1	0,0	4	0,0	13	0,0	36	0,1	1.778	2,9	3.287	6,2	6.451	7,8	4.718	7,3	662	7,5	16.951	3,4
Total	1.035	100,0	1.478	100,0	3.063	100,0	17.892	100,0	59.569	100,0	72.574	100,0	70.827	100,0	61.388	100,0	52.873	100,0	82.193	100,0	65.026	100,0	8.858	100,0	496.776	100,0

*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP

A Tabela 7 apresenta os motivos alegados pelos usuários dos CTA de não uso de preservativos. Entre aqueles com parceiro fixo, a maior proporção é de “confia no parceiro” (58,4%), mas o interessante é que mesmo entre aqueles com parceiro eventual, parcela importante (21,1%) respondeu da mesma forma. A resposta “não gosta” apareceu em segundo lugar em ambos os grupos: 13,3% nos que possuem parceiro fixo e 17,9% com parceiros eventuais.

Da mesma forma que para “parceiro eventual”, questiona-se se os “não informados” em relação ao uso de preservativos, diz respeito somente à falta de informação para a variável ou se inclui também os usuários que não têm parceria fixa.

Dentre todas as testagens reportadas, observou-se que 5,8% (28.658) dos indivíduos referiram ter DST no último ano da testagem. Na Tabela 8 foram calculadas as proporções de DST no último ano, segundo categoria de exposição e utilizou-se, como numerador, o número de indivíduos com DST no último ano e, como denominador, o total de testados segundo a categoria de exposição.

Observa-se que a proporção de indivíduos com DST no último ano apresentou tendência crescente em toda a série, com 4,3% em 2002, 5,4% em 2005 e 7,0% em 2009. Essa característica sugere que está aumentando a procura de testagem entre os indivíduos com DST no último ano.

Tabela 7. Número e proporção de usuários de CTA segundo motivo de não uso de preservativo com parceiro fixo e eventual e ano de atendimento, estado de São Paulo, 2000 a 2010*

Motivo de não usar preservativos	Parceiro fixo		Parceiro eventual		Total	
	n	%	n	%	n	%
Confia no parceiro	65.282	58,4	6.853	21,1	72.135	50,0
Nao gosta	14.900	13,3	5.817	17,9	20.717	14,4
Parceiro(a) nao aceita	8.764	7,8	1.211	3,7	9.975	6,9
Nao tinha informacao	2.490	2,2	3.306	10,2	5.866	4,1
Outros	3.432	3,1	1.475	4,5	4.907	3,4
Nao se Aplica	3.161	2,8	1.687	5,2	4.848	3,4
Nao dispunha no momento	1.180	1,1	3.129	9,6	4.309	3,0
Nao Informado	2.688	2,4	1.005	3,1	3.693	2,6
Nao deu tempo / tesao	709	0,6	2.199	6,8	2.908	2,0
Sob efeito de drogas/alcool	458	0,4	2.406	7,4	2.864	2,0
Negociou nao usar	2.359	2,1	313	1,0	2.672	1,9
Desejo de ter filho	1.709	1,5	59	0,2	1.768	1,2
Achou que o outro nao tinha HIV	1.033	0,9	720	2,2	1.753	1,2
Acha que nao vai pegar	902	0,8	696	2,1	1.598	1,1
Nao consegue negociar	1.098	1,0	332	1,0	1.430	1,0
Disfuncao sexual	427	0,4	291	0,9	718	0,5
Nao acredita na eficacia	321	0,3	289	0,9	610	0,4
Alergia ao produto	478	0,4	91	0,3	569	0,4
Nao sabe usar	256	0,2	169	0,5	425	0,3
Violencia sexual	62	0,1	326	1,0	388	0,3
Tamanho do preservativo pq/gd	84	0,1	46	0,1	130	0,1
Nao tem condicoes de comprar	48	0,0	57	0,2	105	0,1
Total	111.841	100,0	32.477	100,0	144.318	100,0

*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP

Tabela 8. Número e proporção de usuários de CTA segundo categoria de exposição e presença de DST no último ano, estado de São Paulo, 2000 a 2007*

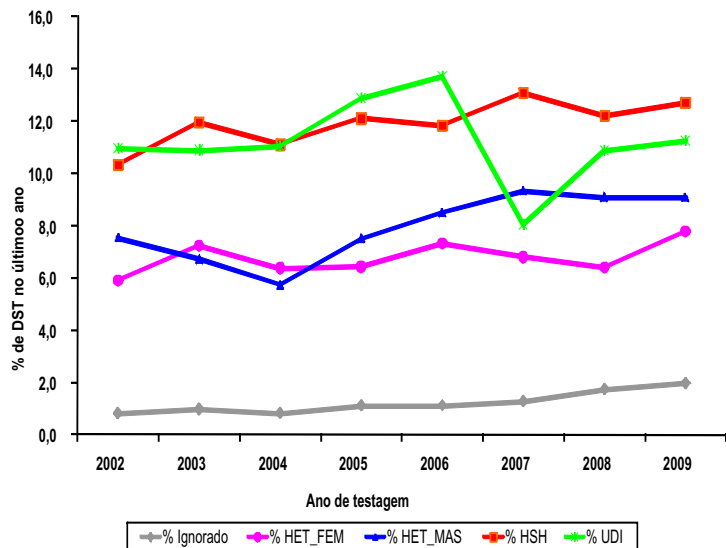
Categoria de exposição e com DST	Ano de testagem														Total											
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#	n	%#
Hétero feminino	2	3,0	3	2,2	6	1,5	286	5,9	1.244	7,2	1.294	6,4	1.237	6,4	1.265	7,3	1.090	6,8	1.569	6,4	1.317	7,8	234	11,7	9.547	6,9
Hétero masculino	5	4,5	6	3,5	9	2,1	321	7,5	1.065	6,7	1.113	5,7	1.441	7,5	1.350	8,5	1.262	9,3	2.137	9,1	1.714	9,1	300	12,0	10.723	8,0
HSH	3	16,7	1	3,7	2	2,2	96	10,3	652	12,0	682	11,1	812	12,1	687	11,8	578	13,1	1.087	12,2	1.052	12,7	216	16,2	5.868	12,2
UDI	-	-	-	-	-	-	14	10,9	42	10,9	39	11,0	56	12,9	60	13,7	38	8,0	92	10,8	63	11,2	12	16,4	416	11,2
Ignorado	6	0,7	3	0,3	5	0,2	61	0,8	197	1,0	212	0,8	275	1,1	241	1,1	231	1,3	418	1,7	396	1,9	57	1,9	2.102	1,2
Total	16	1,5	13	0,9	22	0,7	778	4,3	3.200	5,4	3.340	4,6	3.821	5,4	3.603	5,9	3.199	6,1	5.303	6,5	4.542	7,0	819	9,2	28.656	5,8

*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.
 #Proporção calculada utilizando-se como numerador o número de indivíduos com DST no último ano segundo categoria de risco e, como denominador o total de testados segundo categoria de risco
 Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP

A Figura 1 mostra a série histórica da proporção de testados segundo a categoria de exposição entre 2002 a 2009, onde se observa a mais importante e crescente contribuição dos HSH com DST no último ano (12,2%). Esta proporção elevou-se de 10,3% em 2002 para 13,1% em 2007, mantendo-se em torno de 13% em 2009.

A segunda categoria no total das proporções de usuários com DST no último ano foi usuário de drogas injetáveis (UDI) (11,2%), onde a tendência, também se revelou crescente, com 10,9% em 2002 e mantendo-se em 11% em 2009.

As proporções de heterossexuais masculinos e femininos com DST no último ano representaram no total 8,0 e 6,9%, respectivamente. Ambas as categorias apresentaram proporções crescentes, entretanto a velocidade de crescimento entre os heterossexuais masculinos foi mais elevada que a feminina (Figura 1).



*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.
 Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP

Figura 1. Proporção de usuários de CTA segundo categoria de exposição e presença de DST no último ano, estado de São Paulo, 2000 a 2009*

O número e a proporção de usuários que realizaram testagens para o HIV, hepatites e sífilis são mostrados na Tabela 9.

A proporção de testagens sorológicas anti-HIV realizadas em relação ao total de atendimentos foi de 56,5% (n = 280.711). O percentual de soropositividade foi de 5,4% (n = 15.260).

A Figura 2 apresenta as proporções de soropositividade na série histórica, observando-se que houve tendência expressivamente decrescente no percentual de soropositividade para o HIV entre os testados, o que sugere que, mesmo com o crescimento das testagens, essa proporção caiu provavelmente pelo aumento da procura de testagem dos indivíduos heterossexuais. Observa-se

que a proporção de indivíduos soropositivos em 2001 foi de 14,9%; em 2005 apresentou decréscimo para 7,1% e, em 2009, chegou a 4,4%.

A proporção de indivíduos que realizaram testagem para sífilis foi de 74,4% com 3,7% de resultados reagentes. Observa-se que a proporção de indivíduos com sífilis revelou tendência crescente em toda a série, com 2,8% em 2001, elevou-se para 3,4%, em 2005, e 5,4%, em 2009. O aumento da procura de testagens para sífilis na série propiciou a elevação na identificação dos casos de sífilis, uma vez que se observou o importante crescimento da procura de indivíduos com DST, cuja maior contribuição desses casos é representada pelos HSH.

Tabela 9. Número e proporção de testagens realizadas e de sorologias positivas (HIV, VDRL, Hepatites), dentro o número total de atendimentos de CTA (n= 496.776) no Estado de São Paulo, 1999 a 2010*

Tipos de sorologias	Testagens realizadas		Positivas	
	N	% ^A	N	% ^B
HIV	280711	56,5	15260	5,4
VDRL	369739	74,4	13770	3,7
Hepatite B	243073	48,9	17095	7,0**
Hepatite C	153618	30,9	4479	2,9***

*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

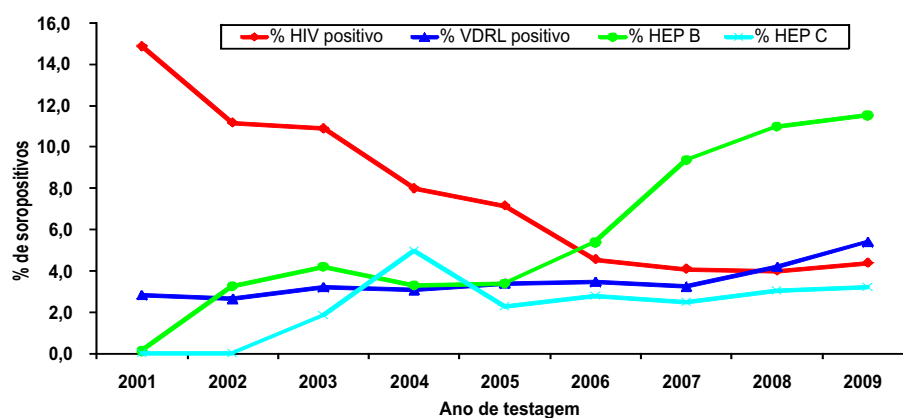
a = (número de testagens para cada sorologia /número de atendimentos) x 100

b = (número de resultados positivos para cada sorologia /número de testagens realizadas para cada tipo de sorologia) x 100

**marcadores HBs-Ag ou Anti -HBC Total reagente

***Anti - HCV reagente

Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP



*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP

Figura 2. Proporção de soropositividade para HIV, Sífilis e Hepatites, segundo testagens em CTA no estado de São Paulo, 2000 a 2009*.

Para as hepatites B e C, foram reportadas 243.073 (48,9%) e 153.618 (30,9%) testagens, respectivamente, dentre o total de atendimentos. Entre as testagens, as sorologias foram positivas em 7,0% para a hepatite B e de 2,9% para a hepatite C.

A hepatite B apresentou a mais expressiva velocidade de crescimento no percentual de soropositivos. Observa-se que no ano de 2002 a proporção de soropositivos foi de 3,3%, em 2006 elevou-se para 5,4% e para 11,5% em 2009. Essa tendência na série histórica pode sugerir aumento na prevalência de hepatite B na população geral. Ressalta-se, também, que o risco de infecção pelo vírus da hepatite B pode ser até 100 vezes maior, quando comparado ao risco de infecção pelo HIV. Observa-se estabilidade na proporção de soropositividade para o vírus da hepatite C, a partir de 2005.

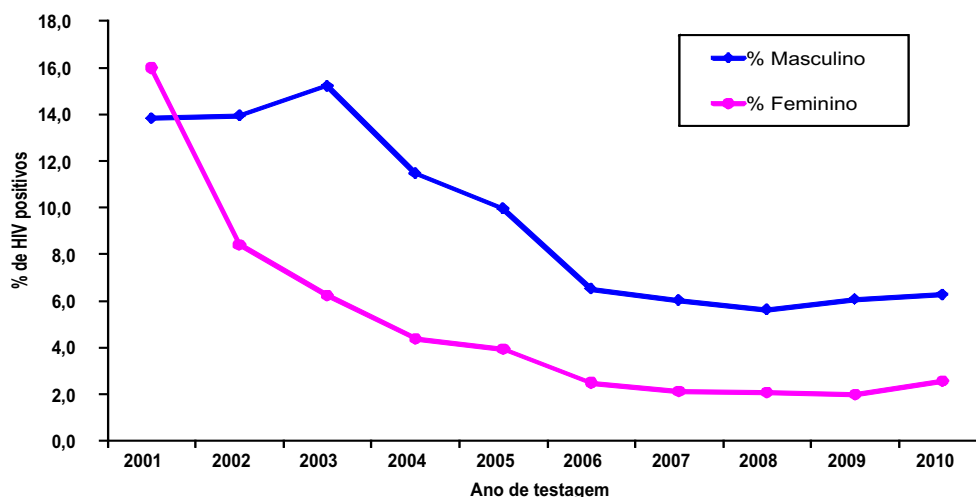
A Figura 3 mostra a distribuição de sorologias positivas para o HIV, segundo o sexo e ano. Observa-se que, a partir de 2003, a proporção de

soropositividade entre os homens se mantém cerca de 2,5 vezes maior que entre as mulheres, e representa 7,5% no sexo masculino em todo o período, versus 3,0% no sexo feminino.

A Figura 4 mostra as proporções de soropositivos para o HIV segundo faixa etária em crianças (menores de 13 anos), jovens (de 13 a 24 anos), adultos (25 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais) e ano de testagem nos CTA, estado de São Paulo, 1999 a 2009.

A proporção de HIV positivos no total da série foi mais elevada entre os adultos 6,8% (12.200/179.203), em segundo lugar, as crianças contribuíram com 3,5% (76/2.156), seguida pelos jovens com 3,1% (2.779/89.542) e idosos com 2,1% (205/9.810).

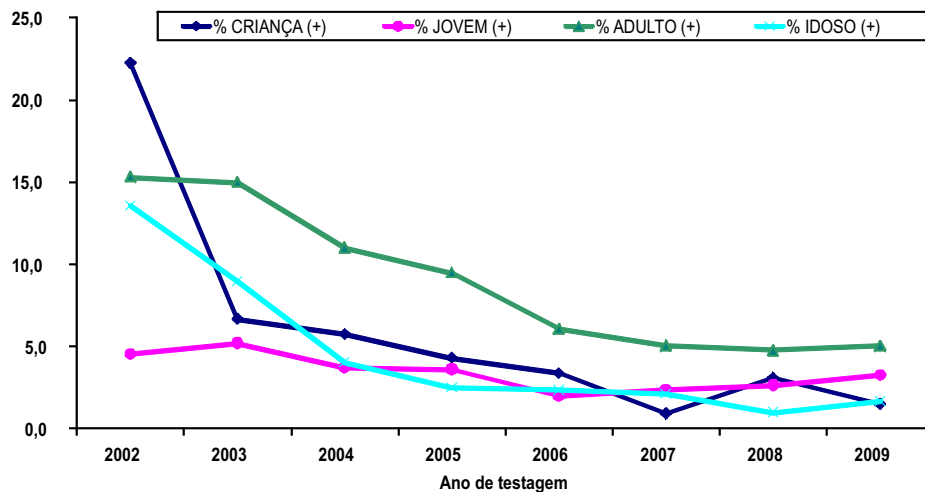
Observa-se na série uma tendência de queda em todas as faixas etárias, entretanto entre as crianças a velocidade de queda no período de 2002 a 2007 foi bem mais expressiva. A proporção de soropositividade entre os adultos se mantém cerca de 3 vezes maior que entre os idosos.



*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP

Figura 3. Proporção de soropositivos para HIV segundo sexo e testagens em CTA no estado de São Paulo, 2000 a 2009*



*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP

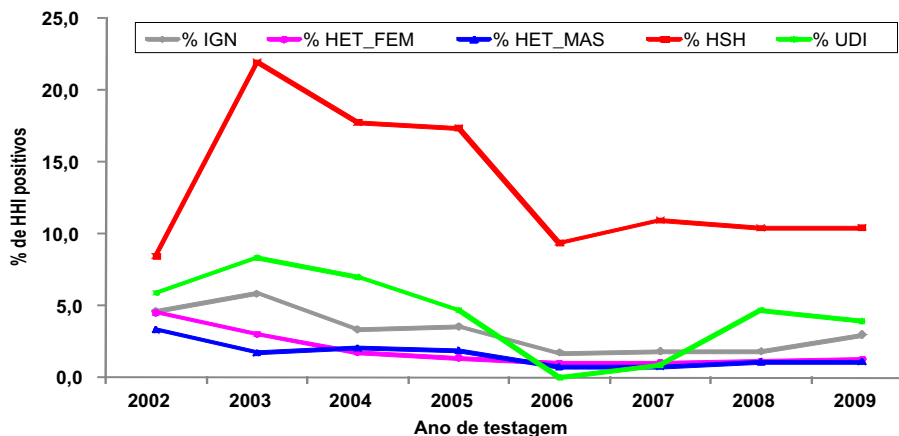
Figura 4. Proporção de testes sorológicos anti-HIV positivos, segundo faixa etária e ano de testagem nos CTA, estado de São Paulo, 1999 a 2009*

Entre os adultos na faixa de 25 a 59 anos de idade (Figura 5) a maior contribuição na proporção de soropositividade ocorre entre os HSH, que se mantém ao redor de 14% durante toda a série e notou-se importante queda entre os UDI em todo o período, pois a soropositividade passou de 20,0% em 2001 para 7,5% em 2009.

Os heterossexuais masculinos e femininos apresentam a menor proporção de soropositividade, que se manteve em pata-

mar inferior a 5% durante todo o período nesta população adulta.

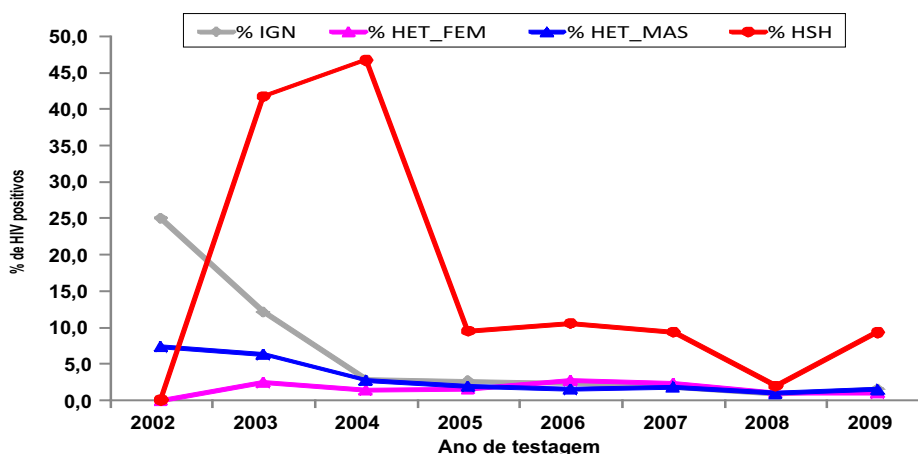
A Figura 6 apresenta a proporção de soropositividade para o HIV entre indivíduos de 60 anos e mais, onde se observa que a categoria HSH é a predominante, com 10,7% do total de testagens positivas, sendo que nos anos de 2003 e 2004 chegou a corresponder a 42% e 47%, respectivamente. As demais categorias de exposição situam-se ao redor de 2,0% de positividade em todo o período.



*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP

Figura 5. Proporção de testes sorológicos anti-HIV positivos, em adultos na faixa etária de 25 a 59 anos, segundo ano de testagem nos CTA, estado de São Paulo, 1999 a 2009*



*Dados preliminares até 31/07/2010, sujeitos à revisão.

Fonte: SECTA - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual - DST/Aids - SP

Figura 6. Proporção de testes sorológicos anti-HIV positivos, na faixa etária de 60 anos e mais, segundo ano de testagem nos CTA, estado de São Paulo, 1999 a 2009*

A Coordenação do PE DST/Aids de SP considera que as informações obtidas através da utilização do SI-CTA contribuem para a vigilância do HIV em segmentos populacionais que buscam o diagnóstico do HIV, outras DST e hepatites nos CTA.

Recomenda-se que as informações produzidas pelo SI-CTA, particularmente a identificação do perfil da demanda e comportamento sexual relacionado com atitudes e práticas de prevenção dos indivíduos, devem ser utilizadas no processo de planejamento das ações de controle das DST, HIV e hepatites nos municípios.

É importante salientar que, no que tange à padronização da coleta das informações e

possibilidade de acompanhamento pelo nível estadual, municipal e local do perfil da demanda dos CTA, é imprescindível que os serviços possuam um sistema de informação e que, preferencialmente, o sistema utilizado seja o SI-CTA.

A Coordenação do PE DST/Aids é responsável por contribuir para o aprimoramento da análise e uso das informações produzidas pelo sistema nos níveis estadual, municipal e local. Enfatizamos que o uso do SI-CTA permite, além da identificação do perfil da demanda atendida, contribuir para o monitoramento das ações de prevenção de DST/Aids desenvolvidas nos municípios.

Correspondência/Correspondence to
 Mariza Vonno Tancredi
 Rua Santa Cruz, 81 – 1º andar – Vila Mariana
 CEP: 04121-000 – São Paulo/SP – Brasil
 Tel.: 55 11 5539 3445
 Email: epidemiao@crt.saude.sp.gov.br

Perfil da Mortalidade de Idosos no Estado de São Paulo em 2010

Profile of the Mortality in the Elderly in the State of São Paulo in 2010

José Dínio Vaz Mendes

Grupo Técnico de Avaliação e Informação de Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

A proporção de pessoas com mais de 60 anos ampliou-se 50 % no Estado de São Paulo nas últimas décadas, passando de 7,7% da população em 1991 a 11,6% em 2010. O Índice de Envelhecimento (proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos menores de 15 anos) atingiu 54% em 2010 no Estado, mais que dobrando desde 1991, quando este indicador era de 25,1%.¹

O envelhecimento traz repercussões para o sistema de saúde, uma vez que é acompanhado de ampliação gradativa das doenças crônico-degenerativas e de suas complicações e da maior utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado. São exemplos destas doenças, citados por Chaimowicz,² as sequelas do acidente vascular cerebral, as fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer, entre outros.

Conhecer as questões específicas de saúde que afetam esta faixa etária é condição para que o

sistema de saúde público possa aperfeiçoar as medidas de prevenção, tratamento precoce, atendimento adequado e reabilitação de forma a favorecer o envelhecimento saudável e com qualidade de vida aos idosos.

O presente trabalho descreve o perfil de mortalidade dos idosos (maiores de 60 anos) no Estado de São Paulo em 2010, por tipo de causa de morte, por sexo e por faixa etária de idosos (60 a 69 anos, 70 e 79 anos e maiores de 80 anos). Apresenta as principais modificações ocorridas neste perfil entre 2000 e 2010 e as taxas de mortalidade de idosos por regiões de saúde, para algumas das causas específicas mais importantes de mortalidade.

Para o estudo foi utilizado o banco de dados de mortalidade de 2010, finalizado pela Fundação Seade, que reúne os dados das Declarações de Óbito obtidas junto aos cartórios de registro civil e os registros realizados pelos municípios no Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde.

As causas são agrupadas segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 e para detalhamento das causas específicas de

mortalidade foi utilizada a Lista de Tabulação CID-BR, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde/MS, disponível no site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS/MS.

Para cálculo das taxas de mortalidade foi utilizada a população do Estado obtida dos censos de 2000 e 2010 do IBGE, conforme disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS do Ministério da Saúde. Para as taxas regionais de mortalidade, são considerados os óbitos por local de residência.

Mortalidade de idosos em 2000 e 2010

O número absoluto de óbitos entre os idosos no Estado de São Paulo ampliou-se de 133 mil óbitos em 2000 para 173 mil em 2010.

Contudo, pode-se observar queda da taxa de mortalidade nos maiores de 60 anos no período, que passou de 400 (óbitos idosos/10 mil idosos) em 2000 para 364 em 2010. Esta queda se verificou de forma ainda mais acentuada nos três grupos etários de idosos apresentados (60 a 69,

70 a 79 e maiores de 80 anos). Em 2000 e 2010, as taxas de mortalidade aumentam conforme aumenta a idade dos idosos (Tabela 1 e 2).

Estes resultados confirmam as tendências nacionais de diminuição da mortalidade entre idosos brasileiros de ambos os sexos e de todas as faixas etárias, com redução mais acentuada nos idosos mais velhos, apontadas em estudos anteriores de Lima e Costa e Cols.^{3,4}

Com relação à mortalidade proporcional por grupos de causas, observa-se que a ordem dos seis primeiros grupos mais frequentes, não se modificou entre 2000 e 2010 em São Paulo.

As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de mortalidade em 2000 e 2010, mas tiveram significativa redução percentual neste período (de 40,5% para 35%, respectivamente).

As neoplasias e as doenças do aparelho respiratório permaneceram como segundo e terceiro grupo de causas em ambos os anos, porém apresentaram ampliação proporcional de sua importância em 2010, atingindo, respectivamente, 18% e 15,3% dos óbitos (Gráfico 1).

Tabela 1. Número de óbitos, mortalidade proporcional e taxa de mortalidade* (Tx) por grupos de causas (Capítulos da CID-10), em idosos, segundo grupos etários. Estado de São Paulo – 2000.

Causa(Cap CID10)	60 a 69 anos			70 a 79 anos			80 e + anos			Total > 60 anos		
	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx
IX. Doenças do aparelho circulatório	15.227	38,5	80,8	19.588	40,8	186,5	18.984	42,1	495,8	53.799	40,5	162,2
II. Neoplasias (tumores)	8.675	21,9	46,0	9.206	19,2	87,7	5.173	11,5	135,1	23.054	17,4	69,5
X. Doenças do aparelho respiratório	3.990	10,1	21,2	6.354	13,2	60,5	8.214	18,2	214,5	18.558	14,0	55,9
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2.685	6,8	14,3	3.079	6,4	29,3	3.767	8,3	98,4	9.531	7,2	28,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.595	6,6	13,8	3.075	6,4	29,3	2.656	5,9	69,4	8.326	6,3	25,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.259	5,7	12,0	2.322	4,8	22,1	1.944	4,3	50,8	6.525	4,9	19,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.447	3,7	7,7	1.035	2,2	9,9	923	2,0	24,1	3.405	2,6	10,3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.213	3,1	6,4	1.177	2,5	11,2	854	1,9	22,3	3.244	2,4	9,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	655	1,7	3,5	957	2,0	9,1	1.203	2,7	31,4	2.815	2,1	8,5
VI. Doenças do sistema nervoso	377	1,0	2,0	629	1,3	6,0	627	1,4	16,4	1.633	1,2	4,9
Todos os demais	458	1,2	2,4	549	1,1	5,2	800	1,8	20,9	1.807	1,4	5,4
Total	39.581	100,0	210,1	47.971	100,0	456,8	45.145	100,0	1.179,1	132.697	100,0	400,1

*Tx = óbitos de idosos/10 mil idosos.

Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP. População: Censo 2000 IBGE.

Tabela 2. Número de óbitos, mortalidade proporcional e taxa de mortalidade (Tx) por grupos de causas (Capítulos da CID-10), em idosos, segundo grupos etários. Estado de São Paulo – 2010.

Causa(Cap CID10)	60 a 69 anos			70 a 79 anos			80 e + anos			Total > 60 anos		
	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx
IX. Doenças do aparelho circulatório	15.361	34,5	58,1	20.467	35,9	140,4	24.959	34,6	373,7	60.787	35,0	127,4
II. Neoplasias (tumores)	11.068	24,9	41,8	11.379	20,0	78,1	8.733	12,1	130,8	31.180	18,0	65,3
X. Doenças do aparelho respiratório	4.533	10,2	17,1	8.145	14,3	55,9	13.776	19,1	206,3	26.454	15,3	55,4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2.252	5,1	8,5	2.913	5,1	20,0	4.838	6,7	72,4	10.003	5,8	21,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.502	5,6	9,5	3.335	5,9	22,9	3.838	5,3	57,5	9.675	5,6	20,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.877	6,5	10,9	3.132	5,5	21,5	3.120	4,3	46,7	9.129	5,3	19,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.078	2,4	4,1	1.856	3,3	12,7	3.321	4,6	49,7	6.255	3,6	13,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.812	4,1	6,8	1.753	3,1	12,0	2.317	3,2	34,7	5.882	3,4	12,3
VI. Doenças do sistema nervoso	622	1,4	2,4	1.332	2,3	9,1	3.201	4,4	47,9	5.155	3,0	10,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.629	3,7	6,2	1.658	2,9	11,4	1.801	2,5	27,0	5.088	2,9	10,7
Todos os demais	739	1,7	2,8	973	1,7	6,7	2.137	3,0	32,0	3.849	2,2	8,1
Total	44.473	100,0	168,1	56.943	100,0	390,7	72.041	100,0	1.078,8	173.457	100,0	363,5

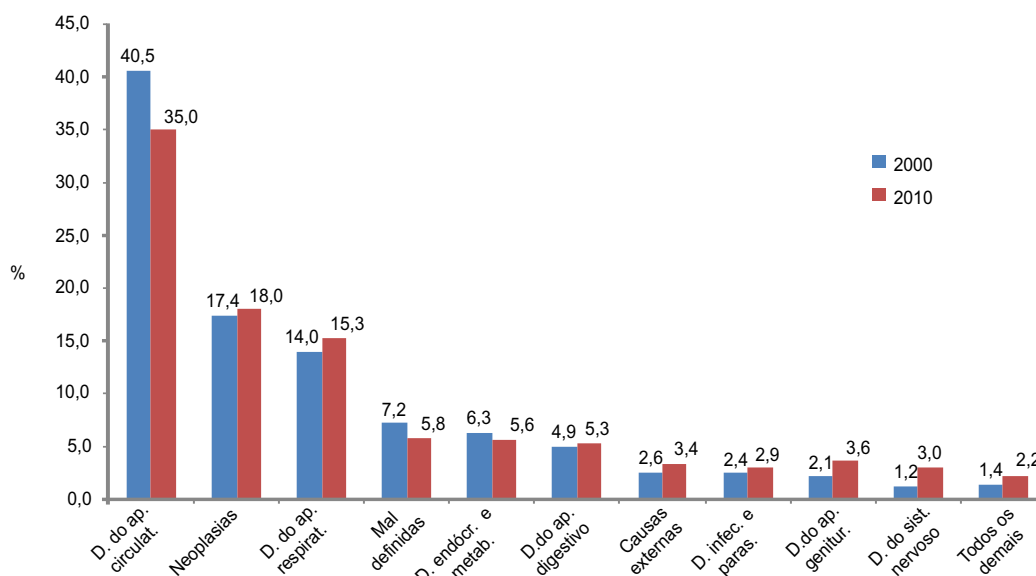
*Tx = óbitos de idosos/10 mil idosos.

Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP. População: Censo 2010 IBGE.

As causas mal definidas de óbitos também se reduziram no período (7,2% a 5,8%), indicando, de forma geral para o Estado de São Paulo, boa qualidade da informação da causa de óbito entre os idosos, embora existam regiões nas quais esta proporção é significativamente maior, como será descrito à frente. As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas permaneceram como o quinto grupo mais

frequente, porém apresentaram redução de sua participação proporcional entre 2000 e 2010 (6,3% para 5,6%).

Todos os demais grupos tiveram aumento de sua participação proporcional em 2010 em relação a 2000, com algumas mudanças de posição entre si. As causas externas (acidentes e violências) passaram da sétima para a oitava posição, perdendo para as doenças geniturinárias.



Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Gráfico 1. Mortalidade Proporcional em maiores de 60 anos, segundo os principais capítulos da CID-10. Estado de São Paulo – 2000 e 2010.

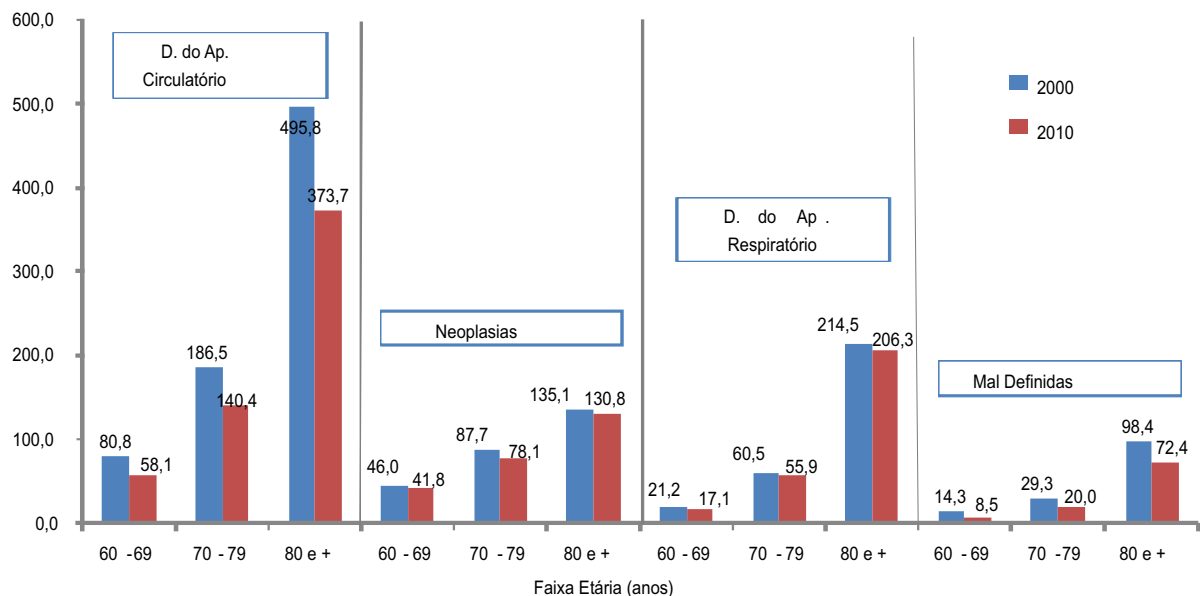
As doenças do sistema nervoso dobraram sua participação relativa (passando de 1,2 a 3% entre 2000 e 2010) subindo da décima para a nona posição (Tabelas 1 e 2 e Gráfico 1).

Observa-se a redução das taxas de mortalidade dos primeiros quatro grupos mais importantes de causas de óbitos entre idosos entre 2000 e 2010, em todas as faixas etárias consideradas (60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais). A maior queda ocorreu na taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. A taxa de mortalidade por causas mal definidas também teve queda significativa. Reduções mais discretas ocorreram nas taxas de neoplasias e nas de doenças do aparelho respiratório. (Gráfico 2).

Nos grupos que se seguem, pode-se observar a redução mais acentuada da taxa de mortalidade das doenças endócrinas (cuja causa principal é o

diabetes melittus) e menor da taxa de doenças do aparelho digestivo (que foi mais significativa apenas na faixa etária de 80 anos e mais e cuja causa principal são as doenças do fígado, doença alcoólica, cirrose e fibrose hepática). As taxas de mortalidade por causas externas reduziram-se apenas na faixa etária de 60 a 69 anos e aumentaram nas demais faixas etárias (Gráfico 3).

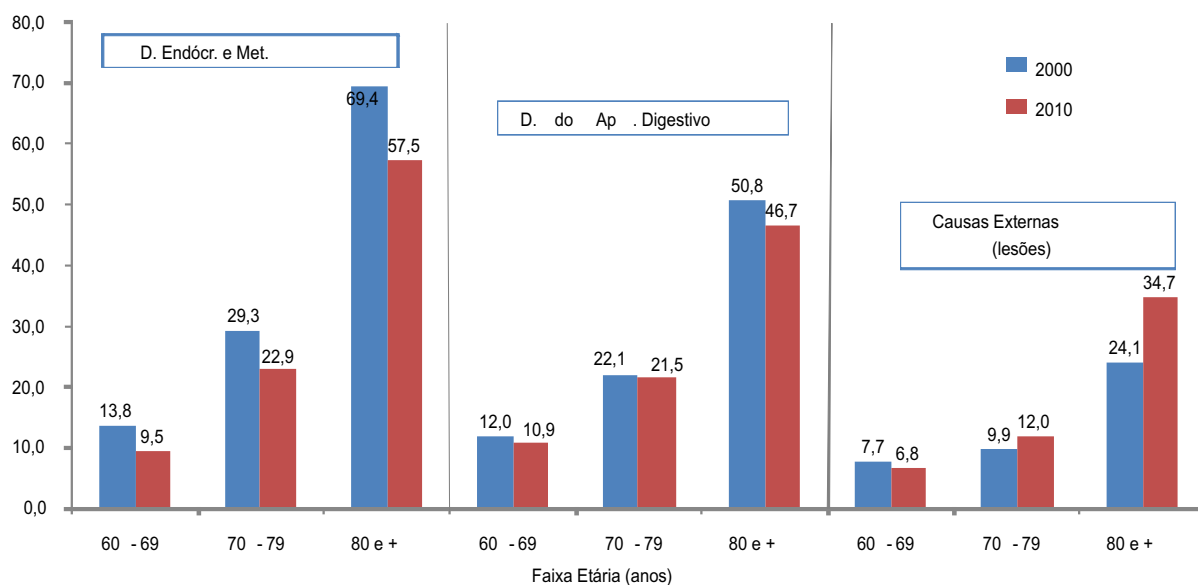
Finalmente, nota-se o aumento acentuado da taxa de mortalidade por doenças do sistema nervoso (cuja causa principal é a doença de Alzheimer) e de doenças do aparelho geniturinário (a insuficiência renal é a principal causa), com predomínio do aumento na faixa de maiores de 80 anos. As doenças infecciosas e parasitárias (cuja causa principal são as septicemias) apresentam aumento mais discreto, em especial entre aqueles de 80 anos e mais (Gráfico 4).



*Tx = óbitos de idosos/10 mil idosos.

Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP. População: Censo 2010 IBGE.

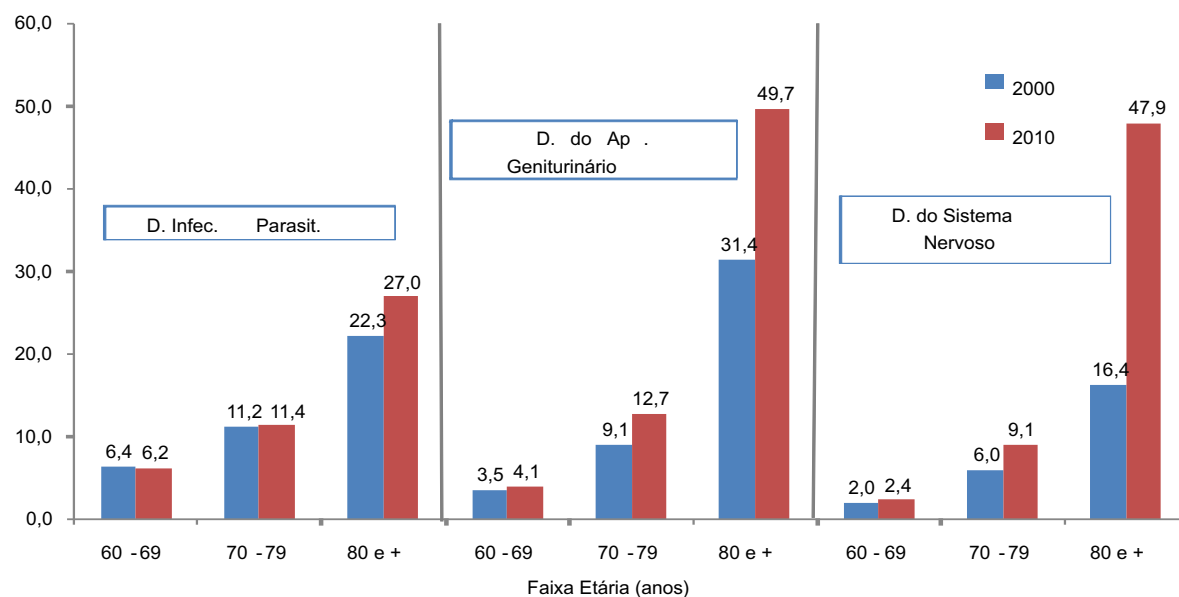
Gráfico 2. Taxa de mortalidade (Tx)* de doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e mal definidas em idosos, segundo grupo etário. Estado de São Paulo – 2000 e 2010.



*Tx = óbitos de idosos/10 mil idosos.

Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP. População: Censo 2010 IBGE.

Gráfico 3. Taxa de mortalidade (Tx)* de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho digestivo e causas externas (violência e acidentes) em idosos, segundo grupo etário. Estado de São Paulo – 2000 e 2010.



*Tx = óbitos de idosos/10 mil idosos.

Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP. População: Censo 2010 IBGE.

Gráfico 4. Taxa de mortalidade (Tx)* de doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho geniturinário e doenças do sistema nervoso, em idosos, segundo grupo etário. Estado de São Paulo – 2000 e 2010.

Mortalidade do grupo de 20 a 59 anos e dos idosos em 2010

Embora as taxas de mortalidade dos idosos sejam maiores, em todos os grupos de causas, que aquelas observadas entre os adultos jovens (de 20 a 59 anos), a análise da mortalidade proporcional

por grupos de causas apresenta diferenças significativas entre os adultos jovens e os idosos em 2010 (Tabela 3 e Gráfico 5):

- As doenças do aparelho circulatório representam o principal grupo de causas para ambos,

com maior percentual entre os idosos (35%) do que os adultos jovens (23%).

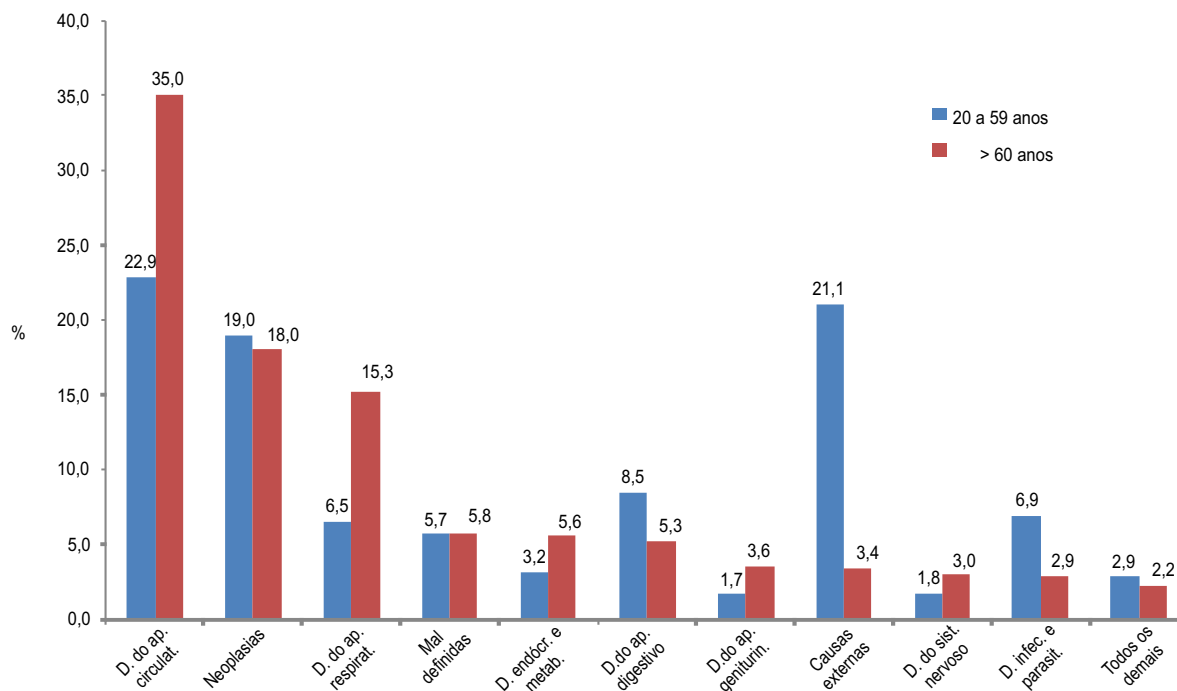
- O segundo grupo em importância entre os adultos jovens é o de causas externas (21,1%), que está em oitavo lugar entre os idosos (3,4%).

- Os adultos jovens têm mortalidade proporcional maior que os idosos no grupo de neoplasias, doenças do aparelho digestivo e doenças infecciosas.
- Os idosos têm mortalidade proporcional maior das doenças respiratórias, doenças endócrinas, doenças do aparelho geniturinário e do sistema nervoso.

Tabela 3. Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e taxa de mortalidade (Tx) por grupo de causas (Capítulo da CID-10) nas faixas etárias de 20 a 59 anos e em idosos (maiores de 60 anos). Estado de São Paulo – 2010.

Causa(Cap CID10)	20 a 59 anos			> 60 anos		
	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx
IX. Doenças do aparelho circulatório	17.620	22,9	7,24	60.787	35,0	127,4
II. Neoplasias (tumores)	14.647	19,0	6,02	31.180	18,0	65,3
X. Doenças do aparelho respiratório	5.010	6,5	2,06	26.454	15,3	55,4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4.368	5,7	1,80	10.003	5,8	21,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.441	3,2	1,00	9.675	5,6	20,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	6.513	8,5	2,68	9.129	5,3	19,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.295	1,7	0,53	6.255	3,6	13,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	16.225	21,1	6,67	5.882	3,4	12,3
VI. Doenças do sistema nervoso	1.379	1,8	0,57	5.155	3,0	10,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.323	6,9	2,19	5.088	2,9	10,7
Todos os demais	2.196	2,9	0,90	3.849	2,2	8,1
Total	77.017	100,0	31,66	173.457	100,0	363,5

Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP. População: Censo 2010 IBGE. Tx = óbitos/10 mil.



Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Gráfico 5. Mortalidade Proporcional na faixa etária de 20 a 59 anos e em maiores de 60 anos, segundo os principais capítulos da CID-10. Estado de São Paulo – 2010.

Mortalidade de idosos por sexo e grupo etário em 2010

A mortalidade proporcional entre idosos do sexo masculino e feminino em 2010, com algumas exceções é bastante semelhante, seja no total ou por grupo etário de idosos.

Destacam-se as causas externas, que representam 4% entre os idosos masculinos, contra 2,8% entre as mulheres idosas. Entretanto, esta diferença é principalmente devida ao grupo etário de 60 a 69 anos, tornando-se mais semelhante nos grupos etários mais idosos (Tabelas 4 e 5).

Outras diferenças estão no grupo de doenças do sistema nervoso, com 3,6% entre as mulheres e 2,4% entre os homens, no grupo de doenças do aparelho digestivo (maior entre os homens), nas doenças endócrinas (maior entre as mulheres).

Ao contrário da mortalidade proporcional, existem significativas diferenças nas taxas de mortalidade por sexo entre os idosos. De forma geral, a taxa de mortalidade dos idosos do sexo masculino é maior que a feminina (421,6% a 319,3%).

As taxas de mortalidade dos idosos do sexomascuino são significativamente mais altas

que a feminina em quase todos os grupos de causas, exceto doenças geniturinárias, endócrinas e do sistema nervoso e a diferença persiste em todos os grupos etários de idosos (Tabelas 4 e 5 e Gráfico 6).

Principais causas específicas de mortalidade entre os idosos em 2010

As 25 principais causas de óbitos entre os idosos (segundo a lista de morbidade CID/BR) são responsáveis por 84% do total das mortes. Na maioria das causas principais, as taxas de mortalidade masculinas são mais altas (Tabela 6).

Algumas causas se destacam:

- Entre as doenças do aparelho circulatório: as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares, ambas com predomínio masculino mais acentuado. As doenças hipertensivas têm taxas semelhantes entre homens e mulheres;

Tabela 4. Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e taxa de mortalidade* (Tx) por grupo de causas (Capítulo da CID-10) nos idosos do sexo masculino, segundo grupo etário. Estado de São Paulo – 2010.

Causa(Cap CID10)	60 a 69 anos			70 a 79 anos			80 e + anos			Total > 60 anos		
	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx
IX. Doenças do aparelho circulatório	9.274	34,8	77,0	10.921	35,5	176,7	9.679	32,8	402,9	29.874	34,3	144,8
II. Neoplasias (tumores)	6.309	23,7	52,4	6.460	21,0	104,5	4.401	14,9	183,2	17.170	19,7	83,2
X. Doenças do aparelho respiratório	2.667	10,0	22,1	4.607	15,0	74,5	6.145	20,8	255,8	13.419	15,4	65,0
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.505	5,6	12,5	1.620	5,3	26,2	1.963	6,6	81,7	5.088	5,8	24,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.934	7,3	16,0	1.726	5,6	27,9	1.287	4,4	53,6	4.947	5,7	24,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.313	4,9	10,9	1.552	5,0	25,1	1.308	4,4	54,5	4.173	4,8	20,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.379	5,2	11,4	1.105	3,6	17,9	970	3,3	40,4	3.454	4,0	16,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	568	2,1	4,7	897	2,9	14,5	1.299	4,4	54,1	2.764	3,2	13,4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	933	3,5	7,7	816	2,6	13,2	708	2,4	29,5	2.457	2,8	11,9
VI. Doenças do sistema nervoso	325	1,2	2,7	653	2,1	10,6	1.091	3,7	45,4	2.069	2,4	10,0
Todos os demais	444	1,7	3,7	446	1,4	7,2	701	2,4	29,2	1.591	1,8	7,7
Total	26.651	100,0	221,1	30.803	100,0	498,3	29.552	100,0	1.230,2	87.006	100,0	421,6

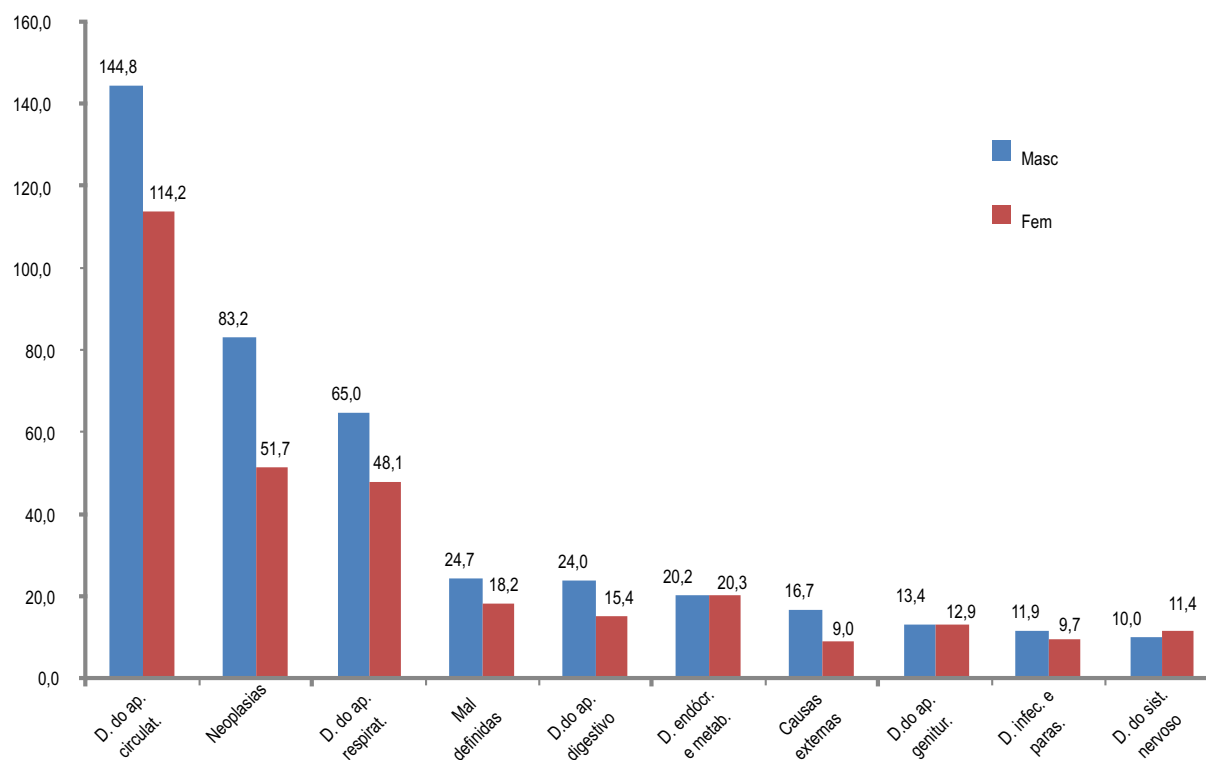
*Tx = óbitos/10 mil na faixa etária considerada.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Tabela 5. Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e taxa de mortalidade* (Tx) por grupo de causas (Capítulo da CID-10) nos idosos do sexo feminino, segundo grupo etário. Estado de São Paulo – 2010.

Causa(Cap CID10)	60 a 69 anos			70 a 79 anos			80 e + anos			Total > 60 anos		
	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx
IX. Doenças do aparelho circulatório	6.087	34,2	42,2	9.546	36,5	113,7	15.280	36,0	357,4	30.913	35,8	114,2
II. Neoplasias (tumores)	4.759	26,7	33,0	4.919	18,8	58,6	4.332	10,2	101,3	14.010	16,2	51,7
X. Doenças do aparelho respiratório	1.866	10,5	12,9	3.538	13,5	42,2	7.631	18,0	178,5	13.035	15,1	48,1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.189	6,7	8,3	1.783	6,8	21,2	2.530	6,0	59,2	5.502	6,4	20,3
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	747	4,2	5,2	1.293	4,9	15,4	2.875	6,8	67,2	4.915	5,7	18,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	943	5,3	6,5	1.406	5,4	16,8	1.833	4,3	42,9	4.182	4,8	15,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	510	2,9	3,5	959	3,7	11,4	2.022	4,8	47,3	3.491	4,0	12,9
VI. Doenças do sistema nervoso	297	1,7	2,1	679	2,6	8,1	2.110	5,0	49,3	3.086	3,6	11,4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	696	3,9	4,8	842	3,2	10,0	1.093	2,6	25,6	2.631	3,0	9,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	433	2,4	3,0	648	2,5	7,7	1.347	3,2	31,5	2.428	2,8	9,0
Todos os demais	295	1,7	2,0	527	2,0	6,3	1.436	3,4	33,6	2.258	2,6	8,3
Total	17.822	100,0	123,7	26.140	100,0	311,4	42.489	100,0	993,7	86.451	100,0	319,3

*Tx = óbitos idosos / 10 mil idosos.

Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.



*Tx = óbitos de idosos / 10 mil idosos.

Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP. População: Censo 2010 IBGE.

Gráfico 6. Taxa de mortalidade* (Tx) nos idosos, segundo sexo. Estado de São Paulo – 2010.

- Entre as neoplasias: entre as mulheres o câncer de mama é o primeiro e entre os homens o câncer de próstata. O câncer de pulmão, brônquios e traquéia que apresenta o dobro da taxa de mortalidade entre os homens em relação às mulheres, provavelmente por causa do tabagismo que ainda predomina no sexo masculino. O câncer de estômago (com taxas bem mais altas entre os homens) e o câncer de cólon e reto (com taxas um pouco mais altas entre os homens).
- Entre as doenças do aparelho respiratório: as pneumonias (taxas um pouco mais altas entre os homens) e as doenças crônicas das vias aéreas inferiores (com taxas bem mais altas entre os homens, provavelmente relativas ao tabagismo).
- O diabetes mellitus é a sexta causa mais importante e a doença de Alzheimer está em 15º lugar.

Tabela 6. Número de óbitos, mortalidade proporcional e taxa de mortalidade* (Tx) das 25 causas específicas mais importantes de óbitos em idosos, segundo a Lista CID/BR, por sexo. Estado de São Paulo – 2010.

Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx	Óbitos	%	Tx
1 . 068 Doenças isquêmicas do coração	10.941	12,6	53,0	9.427	10,9	34,8	20.368	11,7	42,7
2 . 070 Doenças cerebrovasculares	8.251	9,5	40,0	8.453	9,8	31,2	16.704	9,6	35,0
3 . 074 Pneumonia	6.426	7,4	31,1	7.586	8,8	28,0	14.012	8,1	29,4
4 . 069 Outras doenças cardíacas	5.704	6,6	27,6	7.254	8,4	26,8	12.958	7,5	27,2
5 . 076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	5.354	6,2	25,9	3.741	4,3	13,8	9.095	5,2	19,1
6 . 055 Diabetes mellitus	3.107	3,6	15,1	4.104	4,7	15,2	7.211	4,2	15,1
7 . 067 Doenças hipertensivas	2.778	3,2	13,5	3.621	4,2	13,4	6.399	3,7	13,4
8 . 045 Neoplasia maligna da próstata*	2.678	3,1	13,0	-	-	-	2.678	1,5	13,0
9 . 103 Rest sint, sin e ach anorm clín e laborat	2.987	3,4	14,5	2.831	3,3	10,5	5.818	3,4	12,2
10 . 082 Rest doenças do aparelho digestivo	2.485	2,9	12,0	2.791	3,2	10,3	5.276	3,0	11,1
11 . 052 Restante de neoplasias malignas	2.521	2,9	12,2	2.450	2,8	9,0	4.971	2,9	10,4
12 . 039 Neopl malig da traquéia,brônquios e pulmões	2.589	3,0	12,5	1.505	1,7	5,6	4.094	2,4	8,6
13 . 072 Rest doenças do aparelho circulatório	1.871	2,2	9,1	1.651	1,9	6,1	3.522	2,0	7,4
14 . 102 Morte sem assistência médica	1.822	2,1	8,8	1.553	1,8	5,7	3.375	1,9	7,1
15 . 061 Doença de Alzheimer	1.174	1,3	5,7	2.194	2,5	8,1	3.368	1,9	7,1
16 . 041 Neoplasia maligna da mama*	-	-	-	1.898	2,2	7,0	1.898	1,1	7,0
17 . 035 Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	1.636	1,9	7,9	1.707	2,0	6,3	3.343	1,9	7,0
18 . 087 Rest doenças do aparelho geniturinário	1.288	1,5	6,2	2.018	2,3	7,5	3.306	1,9	6,9
19 . 077 Restante doenças do aparelho respiratório	1.618	1,9	7,8	1.679	1,9	6,2	3.297	1,9	6,9
20 . 080 Doenças do fígado	1.910	2,2	9,3	795	0,9	2,9	2.705	1,6	5,7
21 . 034 Neoplasia maligna do estômago	1.691	1,9	8,2	933	1,1	3,4	2.624	1,5	5,5
22 . 086 Insuficiência renal	1.223	1,4	5,9	1.059	1,2	3,9	2.282	1,3	4,8
23 . 007-015 Outras doenças bacterianas	999	1,1	4,8	1.252	1,4	4,6	2.251	1,3	4,7
24 . 113 Todas as outras causas externas	777	0,9	3,8	933	1,1	3,4	1.710	1,0	3,6
25 . 105 Quedas	855	1,0	4,1	788	0,9	2,9	1.643	0,9	3,4
Total das 25 mais frequentes	72.685	83,5	352,2	72.223	83,5	266,7	144.908	83,5	303,7
Todas as demais	15.558	17,9	75,4	15.197	17,6	56,1	30.755	17,7	64,5
Total	87.006	100,0	421,6	86.451	100,0	319,3	173.457	100,0	363,5

*Tx = óbitos de idosos /10 mil idosos. A Taxa para o câncer de mama e de próstata é referida a apenas um dos sexos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Causas específicas de mortalidade em idosos nas regiões de saúde em 2010

A análise das causas específicas de mortalidade nos idosos aponta diferenças significativas entre as regiões de saúde.

Para melhor compreender os valores encontrados, contudo, é preciso salientar que a proporção de causas mal definidas entre os idosos é muito variada por região e em alguns casos, bastante mais alta que a média estadual (5,8% dos óbitos). Enquanto as regiões da Grande São Paulo apresentam valores inferiores a 1,2% de mal definidos, 36 regiões possuem mais de 10% dos óbitos classificados como causa mal definida, sendo que em 11 regiões a mortalidade proporcional por causas mal definidas é maior que 15% (Tabela 7).

Valores tão altos de óbitos por causas mal definidas, indicam a necessidade de análise das razões da baixa qualidade do preenchimento das declarações de óbitos dos idosos nestas regiões, na busca de soluções para o problema. Deve-se levar em conta que estes valores prejudicam a comparação entre regiões, no que se refere às causas específicas de óbitos.

Entretanto, apesar desta ressalva, a distribuição regional das taxas de mortalidade por causas específicas selecionadas é apresentada na Tabela 8, para as seguintes condições: doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas, diabetes, doenças do fígado, doenças crônicas das vias aéreas inferiores, neoplasia de mama e próstata, doença de Alzheimer e quedas. São todas causas importantes de óbitos entre os idosos, para as quais existem medidas preventivas ou de tratamento que são disponibilizadas no SUS.

As diferenças são muito acentuadas, com variação de até três vezes entre a região com menor e maior taxa, como pode ser visualizado nas figuras de 1 a 9, que apresentam mapas com a distribuição das taxas entre as regiões.

Tabela 7. Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e taxa de mortalidade* (Tx) das Causas Mal Definidas nos idosos (> de 60 anos por região de saúde de residência. Estado de São Paulo – 2010.

Nº	Região de Saúde	Óbitos	%	Tx
1	Alto do Tietê	365	7,8	29,6
2	Franco da Rocha	17	1,1	4,3
3	Guarulhos	15	0,4	1,5
4	Mananciais	37	1,2	4,8
5	Rota dos Bandeirantes	41	0,8	2,9
6	Grande ABC	54	0,5	1,9
7	São Paulo	403	0,9	3,0
8	Central do DRS II	325	22,1	84,2
9	Lagos do DRS II	124	13,0	45,2
10	Consórcio do DRS II	162	13,7	47,8
11	Central do DRS III	49	3,6	13,4
12	Centro Oeste do DRS III	45	6,4	25,7
13	Norte do DRS III	77	10,9	42,2
14	Coração do DRS III	200	12,1	44,2
15	Baixada Santista	247	2,8	11,3
16	Norte - Barretos	152	11,0	42,0
17	Sul - Barretos	82	11,3	42,3
18	Vale do Juruimir	152	10,9	43,3
19	Bauru	195	6,9	25,8
20	Pólo Cuesta	39	2,8	10,7
21	Jaú	254	14,6	60,6
22	Lins	131	15,2	60,4
23	Bragança	28	1,3	5,0
24	Campinas	193	2,8	9,5
25	Jundiaí	39	1,3	4,3
26	Oeste VII	605	15,2	54,3
27	Três Colinas	46	3,0	10,4
28	Alta Anhangüera	58	9,0	34,3
29	Alta Mogiana	61	11,6	40,6
30	Adamantina	88	12,2	43,1
31	Assis	218	16,9	67,0
32	Marília	194	10,7	38,4
33	Ourinhos	199	17,6	66,4
34	Tupã	129	17,5	64,4
35	Araras	149	10,9	39,0
36	Limeira	166	11,8	43,9
37	Piracicaba	421	16,7	64,2
38	Rio Claro	121	11,1	40,2
39	Alta Paulista	129	17,7	64,6
40	Alta Sorocabana	239	13,0	45,2
41	Alto Capivari	42	13,0	56,4
42	Extremo Oeste Paulista	62	13,9	49,7
43	Pontal do Paranapanema	27	10,4	33,5
44	Vale do Ribeira	122	10,0	35,5
45	Horizonte Verde	114	7,2	27,1
46	Aqüífero Guarani	101	2,8	10,1
47	Vale das Cachoeiras	64	9,4	36,9
48	Baixa Mogiana	132	8,8	34,5
49	Mantiqueira	140	9,5	39,1
50	Rio Pardo	129	10,9	43,9
51	Catanduva	148	8,6	34,7
52	Santa Fé do Sul	33	11,7	42,5
53	Jales	94	15,5	55,5
54	Fernandópolis	101	16,6	56,5
55	São José do Rio Preto	101	3,0	11,1
56	José Bonifácio	31	6,9	24,8
57	Votuporanga	72	7,0	25,2
58	Itapetininga	197	10,2	37,9
59	Itapeva	236	20,1	78,4
60	Sorocaba	750	12,1	45,1
61	Alto Vale do Paraíba	488	14,4	48,1
62	Circ. da Fé -V. Histórico	260	12,2	46,7
63	Litoral Norte	133	14,4	48,6
64	V. Paraíba - R. Serrana	173	7,5	28,1
Total		10.003	5,8	21,0

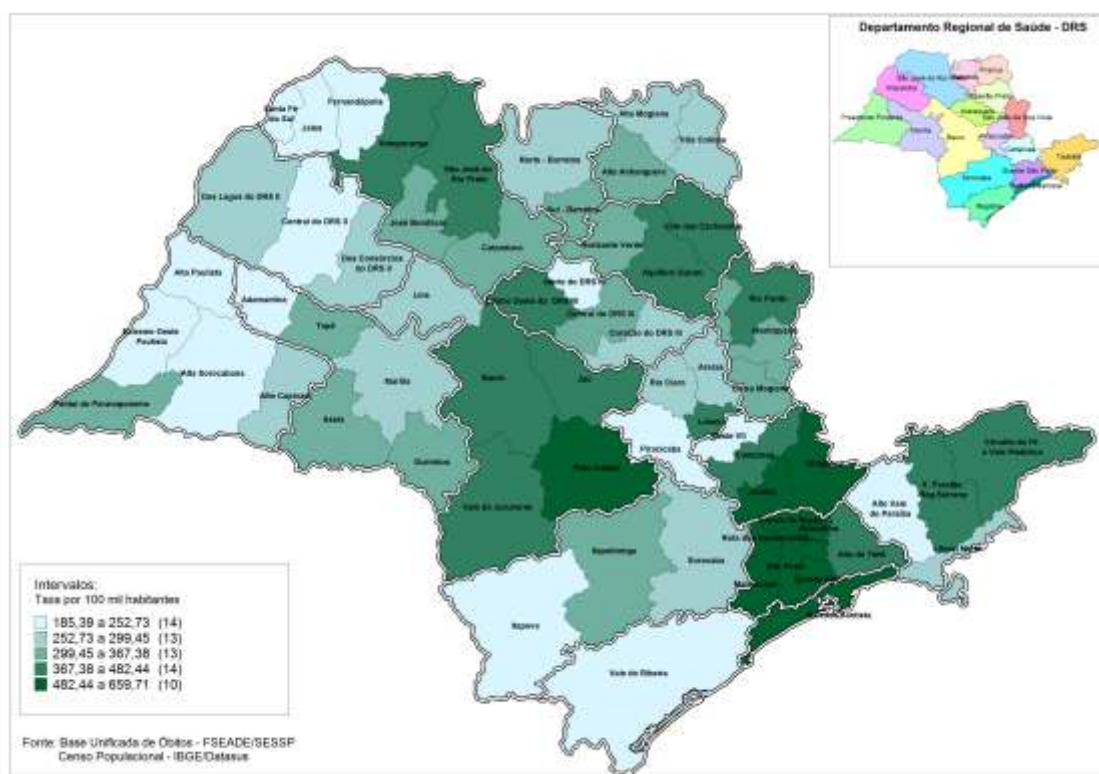
*Tx = óbitos de idosos /10 mil idosos.

Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Tabela 8. Taxa de Mortalidade* nos idosos por causas específicas selecionadas por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010

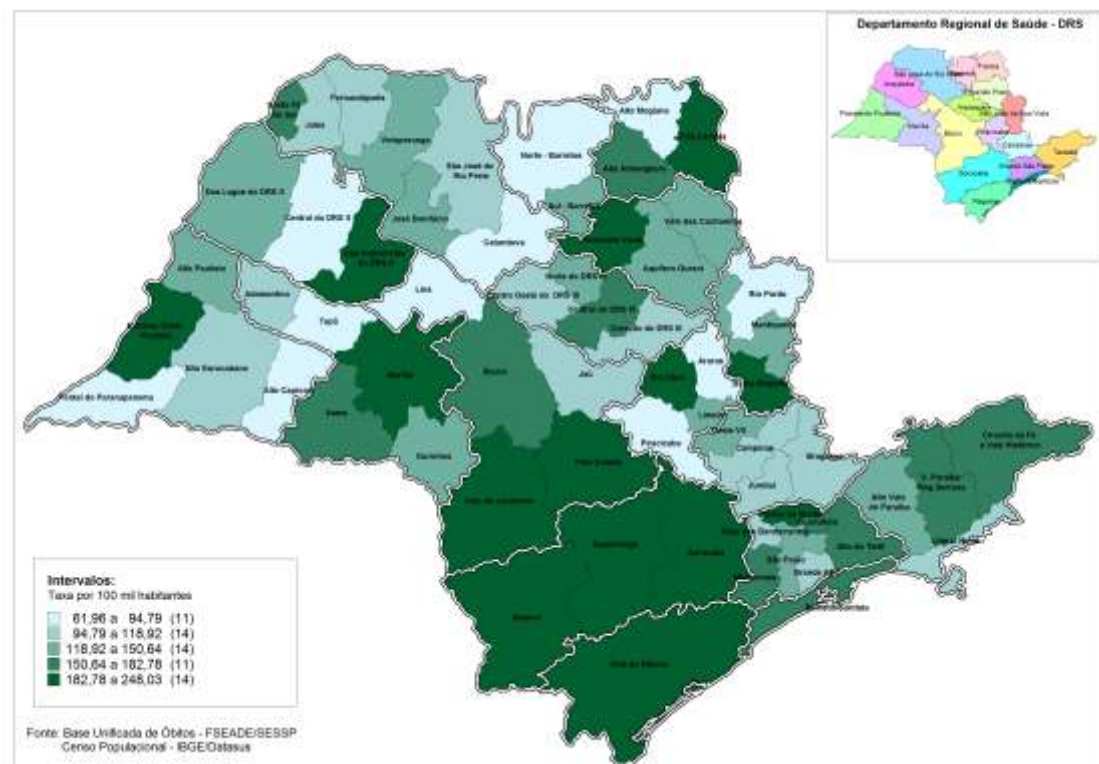
Região de Saúde	Doenças isquêmicas do coração	Doenças hipertensivas	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Neoplasia da mama	Neoplasia da próstata	Diabetes mellitus	Doença de Alzheimer	Doenças do fígado	Quedas
Alto do Tietê	410,9	165,3	209,9	63,2	106,6	209,1	42,1	61,6	15,4
Franco da Rocha	659,7	248,0	191,8	57,7	136,6	268,5	38,4	58,8	23,0
Guarulhos	633,3	154,1	192,9	81,9	129,6	152,1	55,7	55,7	52,7
Mananciais	598,7	150,6	207,8	75,2	150,9	142,8	51,9	77,9	39,0
Rota dos Bandeirantes	602,8	109,7	199,5	67,6	105,9	143,6	44,6	87,0	56,6
Grande ABC	535,3	102,1	178,7	73,6	127,3	113,2	66,5	60,8	19,1
São Paulo	502,3	127,0	170,2	85,5	125,9	130,4	81,8	51,2	41,3
Central do DRS II	227,9	80,3	194,2	50,8	135,6	145,0	67,3	54,4	23,3
Lagos do DRS II	269,7	120,3	218,7	48,1	108,7	171,3	25,5	72,9	47,4
Consórcio do DRS II	262,7	191,8	191,8	43,7	109,3	118,1	82,6	64,9	14,8
Central do DRS III	362,0	170,0	227,6	72,3	63,6	156,3	93,2	71,3	79,5
Centro Oeste do DRS III	371,4	97,1	217,1	53,2	86,4	142,8	51,4	51,4	5,7
Norte do DRS III	230,5	126,2	175,6	20,4	47,6	214,0	60,4	43,9	16,5
Coração do DRS III	272,0	106,2	188,0	75,4	149,8	159,2	75,2	55,3	33,2
Baixada Santista	557,0	160,4	206,7	77,7	153,1	213,2	83,0	67,8	32,1
Norte - Barretos	287,4	63,6	251,5	44,8	149,1	129,9	66,3	80,1	33,2
Sul - Barretos	350,6	123,7	175,3	93,7	149,0	252,6	92,8	67,0	36,1
Vale do Jurumirim	378,8	207,9	207,9	80,3	164,4	230,7	37,0	39,9	11,4
Bauru	397,1	170,7	197,2	84,4	118,5	191,9	121,8	64,9	26,5
Pólo Cuesta	482,4	216,6	197,4	40,2	157,0	161,7	82,2	65,8	13,7
Jaú	367,4	100,2	195,6	98,8	128,7	183,7	40,6	54,9	16,7
Lins	272,0	87,6	207,5	82,8	72,8	115,3	46,1	59,9	23,1
Bragança	606,2	98,6	254,7	56,4	109,3	145,3	52,0	53,8	46,6
Campinas	410,0	101,1	186,5	70,6	103,4	112,0	74,5	45,4	54,3
Jundiaí	497,4	94,8	168,4	84,4	173,0	100,4	75,8	49,1	14,5
Oeste VII	227,9	132,8	183,1	47,6	114,7	172,3	50,3	51,1	28,7
Três Colinas	291,5	205,6	246,3	77,9	176,2	214,7	65,5	54,2	27,1
Alta Anhangüera	319,3	171,5	218,8	118,0	144,9	171,5	59,1	71,0	5,9
Alta Mogiana	252,7	86,5	186,2	24,4	131,6	159,6	20,0	39,9	6,7
Adamantina	220,3	112,6	195,8	36,3	84,9	176,2	63,6	39,2	39,2
Assis	310,2	172,0	205,8	38,9	164,9	175,1	33,8	39,9	6,1
Marília	253,3	191,9	207,8	64,1	124,8	140,5	83,1	39,6	71,2
Ourinhos	323,5	146,7	193,4	36,4	111,1	186,8	100,1	46,7	6,7
Tupã	299,5	64,9	239,6	27,4	77,1	219,6	49,9	49,9	64,9
Araras	274,8	68,0	180,6	47,2	141,0	149,2	57,6	57,6	15,7
Limeira	414,9	118,9	190,3	38,8	186,0	95,1	126,8	55,5	34,4
Piracicaba	233,2	80,8	228,7	68,2	166,0	143,3	64,0	74,7	19,8
Rio Claro	272,5	182,8	116,3	64,5	122,7	179,5	83,1	89,7	6,6
Alta Paulista	185,4	145,3	185,4	56,3	139,8	200,4	45,1	65,1	30,1
Alta Sorocabana	245,6	102,0	166,2	72,2	138,3	149,2	86,9	49,1	54,8
Alto Capivari	268,5	80,6	362,5	0,0	262,5	201,4	67,1	80,6	53,7
Extremo Oeste Paulista	192,4	216,4	248,5	60,1	120,3	384,8	64,1	32,1	32,1
Pontal do Paranapanema	347,0	62,0	173,5	51,3	71,9	99,1	74,3	49,6	37,2
Vale do Ribeira	229,8	209,5	209,5	23,4	161,7	206,5	17,5	75,6	14,5
Horizonte Verde	304,4	187,9	190,3	38,9	142,8	157,0	104,6	69,0	40,4
Aqüífero Guarani	425,4	146,5	171,4	63,9	167,1	101,6	95,6	59,8	54,8
Vale das Cachoeiras	397,5	138,3	288,1	75,1	112,0	149,8	34,6	46,1	34,6
Baixa Mogiana	326,7	206,4	240,4	101,8	39,7	154,2	54,9	62,7	23,5
Mantiqueira	335,0	145,2	226,1	20,4	148,0	206,6	106,1	64,2	33,5
Rio Pardo	377,8	68,1	224,7	57,8	159,2	207,6	81,7	64,7	20,4
Catanduva	349,3	79,7	241,5	60,3	97,7	126,6	117,2	37,5	44,5
Santa Fé do Sul	232,0	167,6	232,0	24,4	54,6	206,2	64,4	51,6	12,9
Jales	241,9	106,2	194,7	33,9	98,7	171,1	59,0	53,1	35,4
Fernandópolis	245,9	95,0	229,2	31,6	107,2	156,5	5,6	39,1	27,9
São José do Rio Preto	400,6	97,4	204,7	78,6	140,8	82,1	73,3	48,2	43,8
José Bonifácio	311,8	127,9	247,8	15,0	154,3	191,9	71,9	40,0	32,0
Votuporanga	454,9	147,0	210,0	65,9	134,4	126,0	63,0	56,0	10,5
Itapetininga	340,5	192,4	265,5	61,4	144,0	228,9	51,9	65,4	11,5
Itapeva	249,2	189,4	262,5	78,2	88,1	242,5	26,6	39,9	19,9
Sorocaba	284,2	191,0	185,6	47,2	144,6	176,0	52,3	63,7	42,1
Alto Vale do Paraíba	195,2	119,3	155,8	54,1	154,4	142,0	53,2	45,4	23,7
Circ. da Fé-V. Histórico	421,9	152,6	172,4	38,4	143,2	183,1	57,5	50,3	7,2
Litoral Norte	267,0	109,7	142,6	34,7	115,9	179,2	18,3	51,2	11,0
V. Paraíba - R. Serrana	454,0	160,5	193,0	62,2	128,9	168,6	92,4	53,5	8,1
Total	426,9	134,1	190,6	70,1	129,8	151,1	70,6	56,7	34,4

*Taxa = óbitos idosos / 100 mil idosos
 Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.



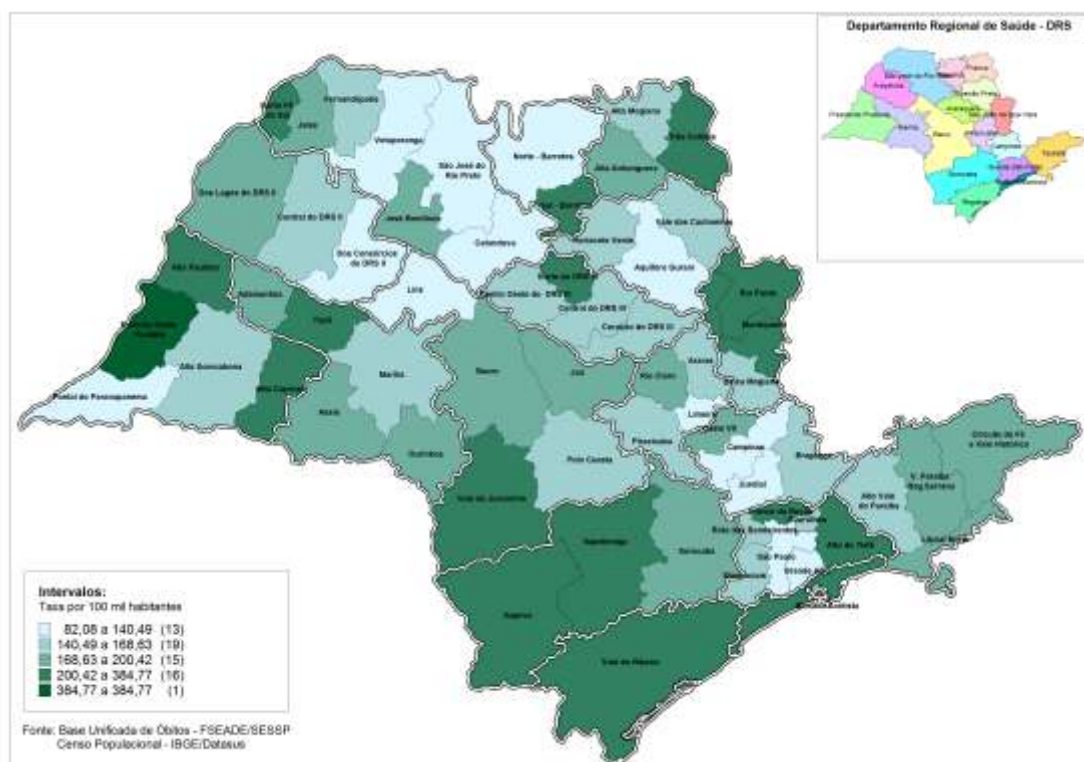
*Taxa = óbitos idosos/100 mil idosos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Figura 1. Taxa de Mortalidade* nos idosos por doenças isquêmicas do coração por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010



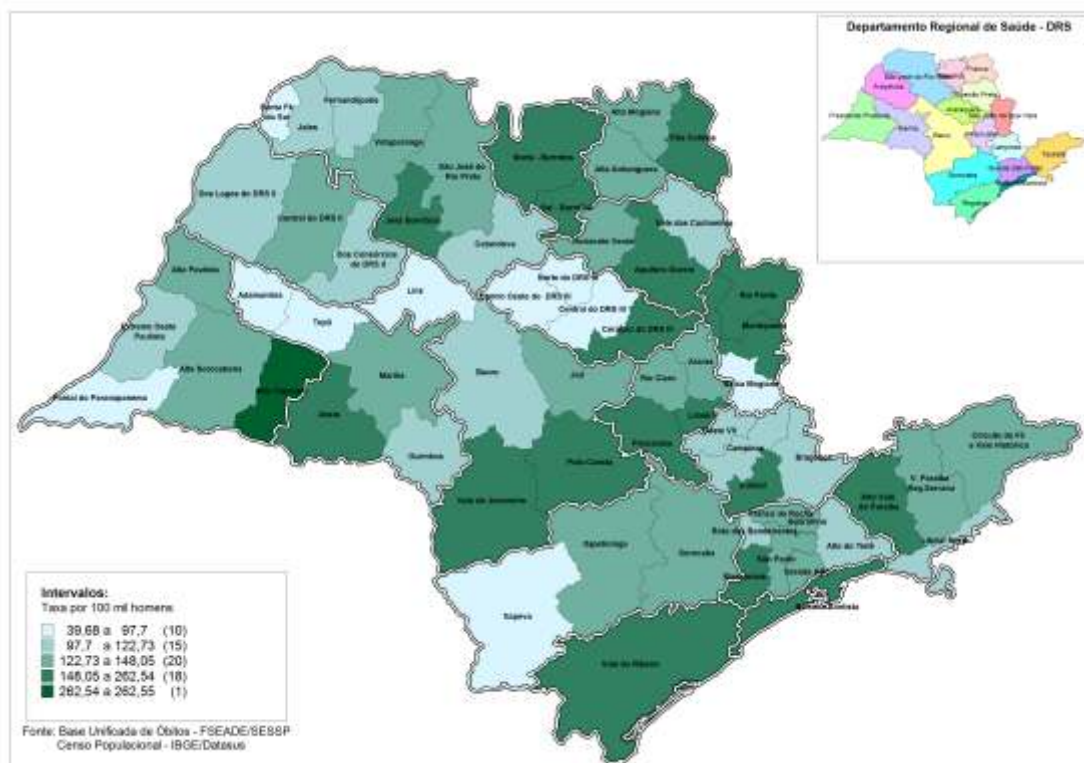
*Taxa = óbitos idosos/100 mil idosos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Figura 2. Taxa de Mortalidade* nos idosos por doenças hipertensivas por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010.



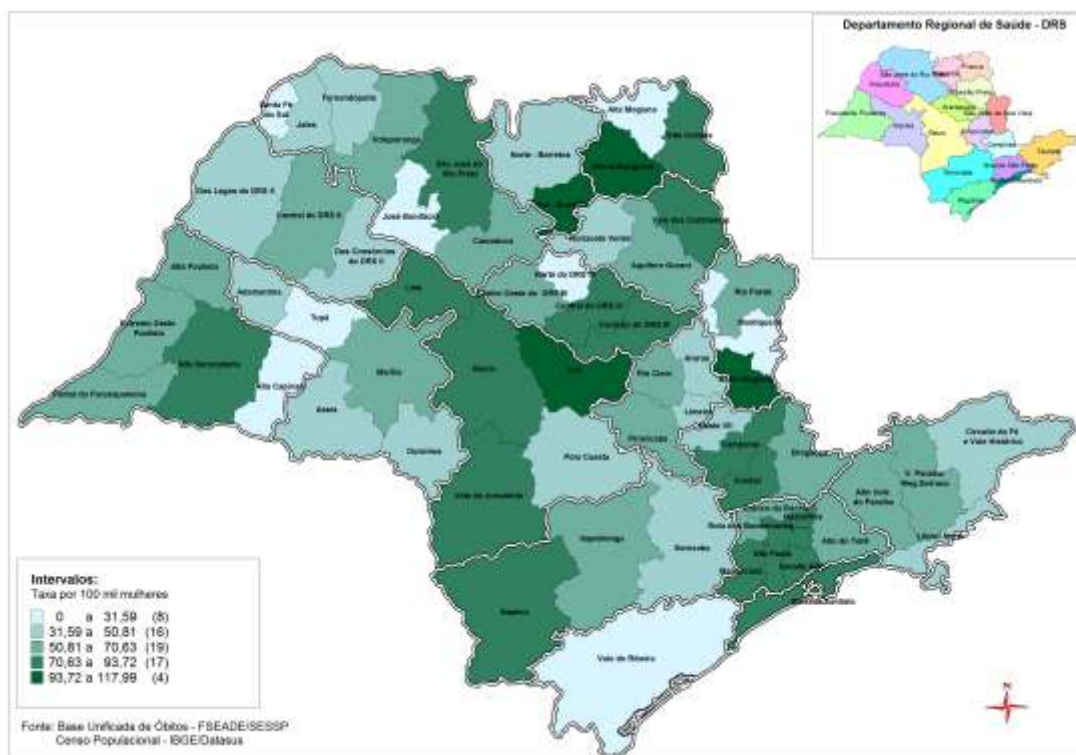
*Taxa = óbitos idosos /100 mil idosos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Figura 3. Taxa de Mortalidade* nos idosos por diabetes por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010



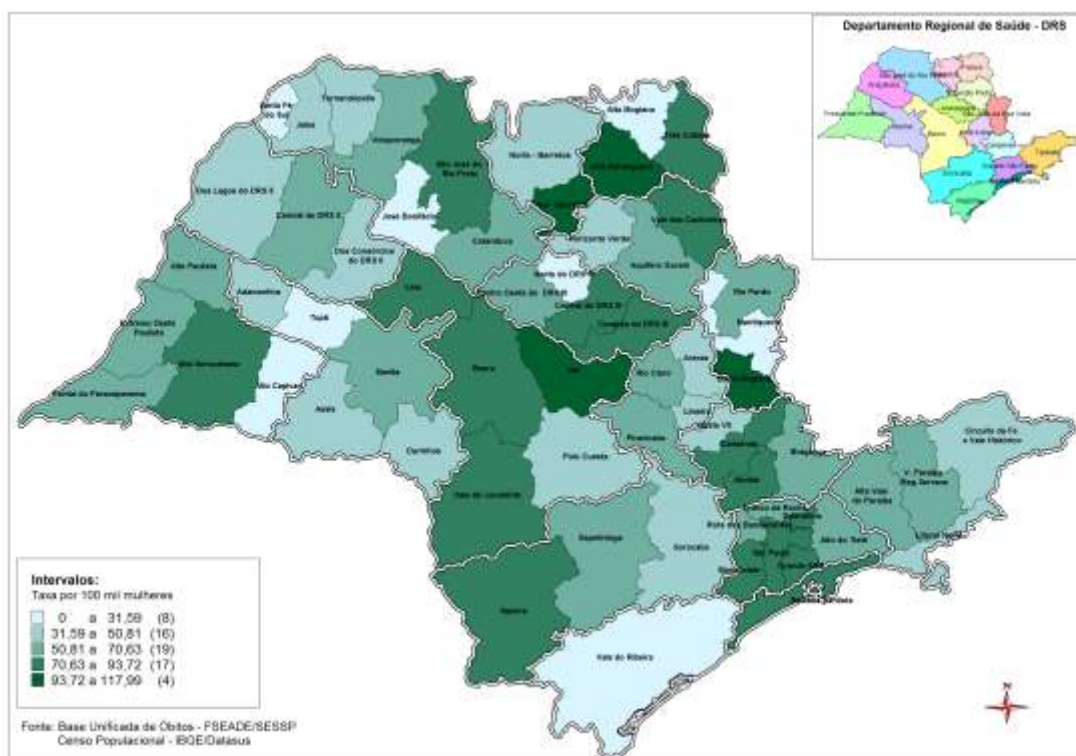
*Taxa = óbitos idosos /100 mil idosos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Figura 4. Taxa de Mortalidade* nos idosos por neoplasia de próstata por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010



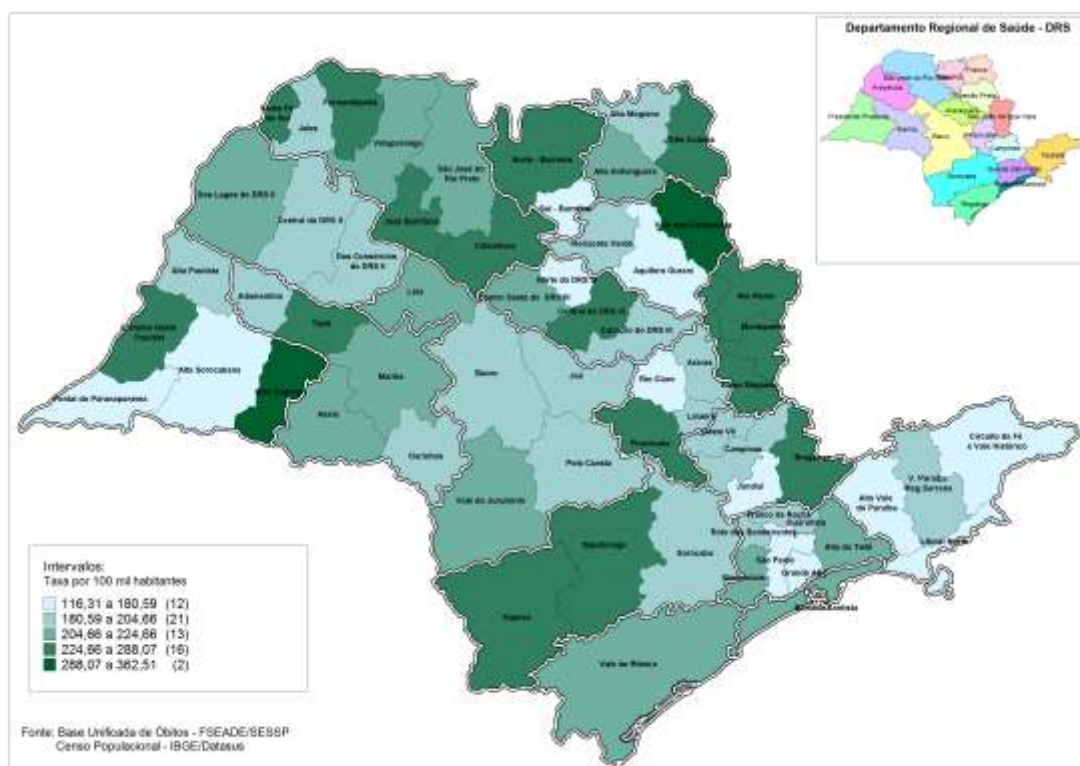
*Taxa = óbitos idosos /100 mil idosos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Figura 5. Taxa de Mortalidade* nos idosos por neoplasia de mama por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010



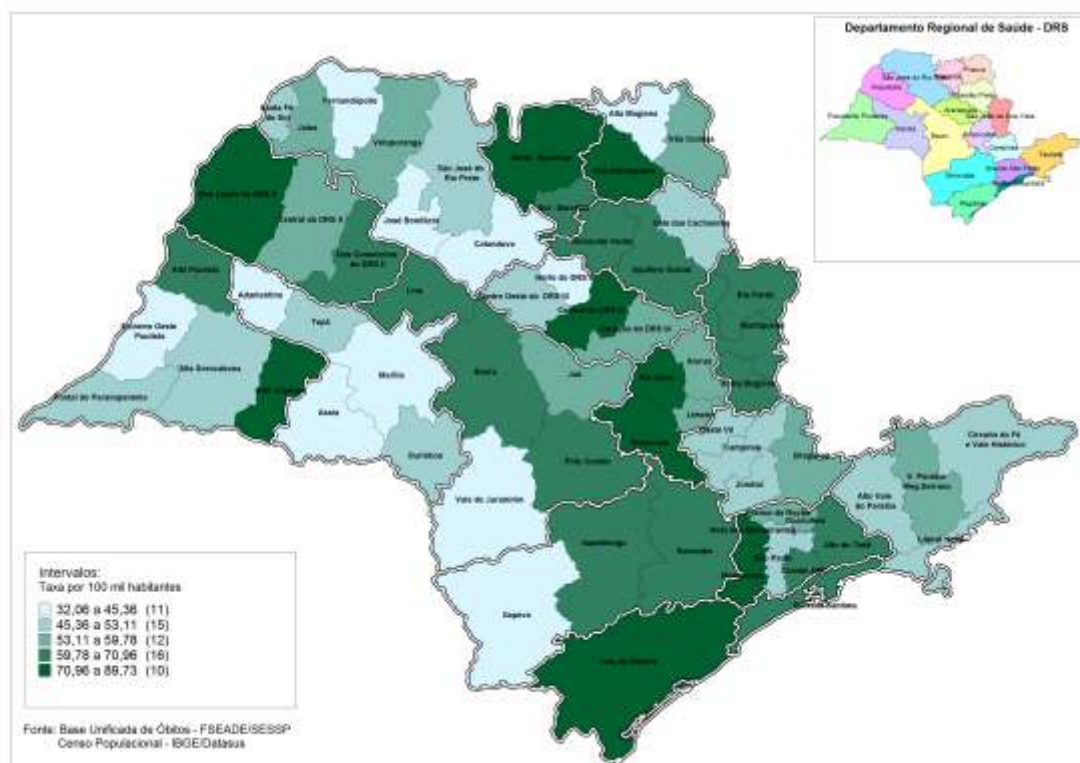
*Taxa = óbitos idosos /100 mil idosos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Figura 6. Taxa de Mortalidade* nos idosos por doença de alzheimer por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010



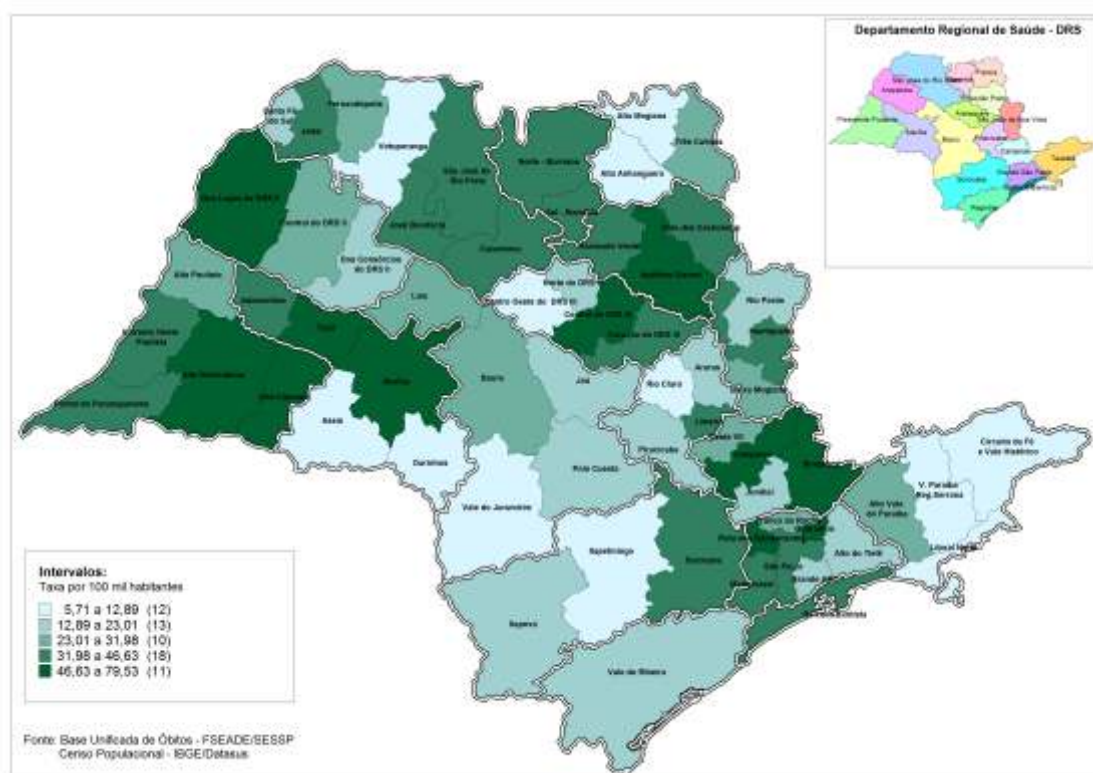
*Taxa = óbitos idosos/100 mil idosos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Figura 7. Taxa de Mortalidade* nos idosos por doenças crônicas das vias aéreas inferiores por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010



*Taxa = óbitos idosos/100 mil idosos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Figura 8. Taxa de Mortalidade* nos idosos por doenças do fígado por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010



*Taxa = óbitos idosos/100 mil idosos.
Fonte: SIM/Fundação Seade – SES/SP.

Figura 9. Taxa de Mortalidade* nos idosos por quedas por Região de Saúde de residência no Estado de São Paulo, 2010

Considerações finais

O progressivo envelhecimento da população no Estado de São Paulo torna cada vez mais premente a análise da questão pelos gestores de saúde. Se por um lado, o envelhecimento deve ser almejado e festejado, como resultado da queda de mortalidade em todas as faixas etárias, indicando melhorias sociais gerais e na saúde, espera-se também que o envelhecimento ocorra com independência e autonomia dos idosos e manutenção de qualidade de vida.

Estes fatos implicam que o setor saúde (público e privado) deverá cada vez mais se envolver, planejar e praticar as medidas para prevenir, tratar e minorar as condições crônicas que afetarão a terceira idade. À parte a necessidade de ampliar

recursos financeiros para atendimento de saúde desta parcela da população, o sistema de saúde precisa atualizar-se e incorporar novas práticas que busquem a melhor atenção para estas condições.

A queda da mortalidade de importantes grupos de doenças entre os idosos e outros grupos etários, aponta para a melhoria de acesso aos recursos de saúde, que a população tem obtido desde a criação e o desenvolvimento do SUS. Entretanto, novas questões vão se colocando aos gestores, como a ampliação de doenças que exigem medidas custosas e complexas para seu tratamento, como é exemplo a Doença de Alzheimer.

Assim, torna-se fundamental fortalecer e melhorar a qualidade da atenção básica em saúde e

desenvolver redes de saúde regionais, bem integradas, que possam dar conta das questões de saúde desde as faixas etárias mais jovens, bem como

atuar nos complexos problemas de saúde que afetam os idosos, permitindo que estes possam desfrutar de longa vida com qualidade e dignidade.

REFERÊNCIAS

1. Mendes JDV. Internações de idosos no SUS/SP em 2010. GAIS Informa: Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde [periódico na internet]. 2011 [acesso em dez/2011];3(8):1-10. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/gais_jornal_8.pdf.
2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública. 1997;31(2):184-200.
3. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da Situação de Saúde da População Idosa Brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Inf. epidemiol. SUS. 2000;9(1):23-4.
4. Lima e Costa MFF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). Epidemiol. serv. saúde. 2004; 13(4):217-28.

Correspondência/Correspondence to
José Dínio Vaz Mendez
Secretaria de Estado da Saúde
Av. Eneas Carvalho de Aguiar, 188
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
Tel: 55 (11) 3066.8660/8810
Email: jdinio@saude.sp.gov.br

Avaliação da adesão às normas de biossegurança com ênfase aos riscos biológicos pelos técnicos de prótese dentária no Município de São Paulo

Yara Yatiyo Yassuda, Angela Maria Aly Cecílio, Nilton José Fernandes Cavalcante

Instituto de Infectologia Emílio Ribas. São Paulo, SP, 2007 [Dissertação de Mestrado – Área de Concentração: Infectologia em Saúde Pública – Programa de Pós-graduação em Ciências; Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo]

RESUMO

O risco de infecção no laboratório de prótese dentária é parcialmente conhecido. O objetivo do estudo foi verificar se os TPDs, no município de São Paulo, estão aplicando as normas de biossegurança quanto ao uso de EPI, desinfecção e esterilização de materiais, situação vacinal e percepção de risco de aquisição ocupacional de doenças infecciosas. O estudo foi prospectivo, quantitativo e observacional, realizado em seis laboratórios de prótese dentária localizados no Município de São Paulo, sendo cinco privados e um público. Os dados foram obtidos através de entrevista individual e observação da rotina de trabalho dos técnicos de prótese dentária. A casuística foi composta de 60 profissionais. O nível de aderência ao uso de EPI (máscara, óculos, luvas, avental) variou de acordo com a atividade desenvolvida, sendo o avental de tecido o EPI mais utilizado. Os técnicos de prótese dental apresentaram baixas taxas referidas de vacinação. Dezenove (30% do total) TPD completaram as três doses do esquema de imunização, mas sem controle sorológico pós-vacinal. A realização de exames médicos periódicos não contribuiu para maior adesão à vacina contra hepatite B. O grupo que referiu ocorrência de mais acidentes ocupacionais não faz exames médicos. Quem apresentou maior percepção ao risco de contaminação e relatou mais acidentes ocupacionais completou o esquema de vacinação contra hepatite B. Cinquenta e dois (86,6%) TPD referiram que viram moldagens com sangue e restos alimentares. Mesmo assim, a percepção do risco de aquisição de doenças é baixa, trinta e cinco (58,3%) TPD. As medidas adotadas para limpeza e desinfecção dependem do tipo de material do trabalho de prótese, tipo de instrumental e equipamento. O fluxo de limpeza e desinfecção dos trabalhos de prótese, moldagens, instrumentos e equipamentos foi variável, estando esporadicamente em conformidade com as recomendações do Manual de Condutas em Tempo de Aids, Ministério da Saúde 2000.

Correspondência:

Yara Yatiyo Yassuda
Instituto de Infectologia Emílio Ribas
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – São Paulo, SP, Brasil
Tel.: 55 11 3066-8261
E-mail: yyasuda@saude.sp.gov.br

*Evaluation of adherence to biosafety standards with emphasis on biological hazards by dental technicians in São Paulo***Yara Yatiyo Yassuda, Angela Maria Aly Cecílio, Nilton José Fernandes Cavalcante**

Instituto de Infectologia Emílio Ribas. São Paulo, SP, 2007 [Dissertação de Mestrado – Área de Concentração: Infectologia em Saúde Pública – Programa de Pós-graduação em Ciências; Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo]

Abstract

The infection risk for the dental prosthetics lab personnel is partly known. The purpose of this study consisted in assessing whether the dental laboratory technicians in the city of São Paulo are adopting the biological safety standards regarding the use of PPE, disinfection and sterilization of materials, immunization status, and risk perception of occupational diseases. This was a prospective, quantitative and observational study conducted at six dental laboratories located in the city of São Paulo, five of which were privately-owned, and one public. Data were collected in individual interviews and from the observation of the work procedures followed by the technicians at the dental labs. The cases studied encompassed 60 professionals. Compliance with the standards on the use of PPE (mask, glasses, gloves, aprons) varied according to the task performed. The fabric apron was the most frequently worn PPE. The immunization rate among the dental lab technicians was low. Nineteen of them (30% of the total group) had taken the three doses of the full immunization regimen, although no post-vaccination serology test had been made. Regular medical examinations were not a contributing factor to the adherence to vaccination against hepatitis B. The group that reported the highest number of occupational accidents does not undergo medical examinations. The technicians who showed the highest level of risk perception of contamination and reported more occupational accidents had completed the vaccination regimen against hepatitis B. Fifty-two (86.6%) dental lab technicians reported having seen models with blood and food residues. Even so, the risk perception of acquired occupational diseases is low, being present in 35 (86.6%) of the technicians. The measures adopted for cleaning and disinfection are taken according to the type of material, instruments and equipment used in the dental prosthetics. The cleaning and disinfection workflow for dental prosthetics, models, instruments and equipment was variable, having occasionally conformed to the recommendations set forth in the Manual de Condutas em Tempo de AIDS [Manual of Procedures in Times of AIDS], released by the Ministry of Health in the year 2000.

Correspondence to:

Yara Yatiyo Yassuda
Instituto de Infectologia Emílio Ribas
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – São Paulo, SP, Brasil
Tel.: 55 11 3066-8261
E-mail: yyasuda@saude.sp.gov.br

Instruções aos Autores

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

Missão

Editado nos formatos impresso e eletrônico, o BEPA tem o objetivo de documentar e divulgar trabalhos relacionados às ações de vigilância em saúde, de maneira rápida e precisa, estabelecendo um canal de comunicação entre as diversas áreas do SUS-SP. Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde, o Boletim propõe o incentivo à produção de trabalhos técnico-científicos desenvolvidos no âmbito da rede de saúde. Nesse sentido, proporciona a atualização e, conseqüentemente, 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 ao atendimento das 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 do artigo, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos autores. Após receber os pareceres, os Editores, que detém a decisão final sobre a publicação ou não do trabalho, avaliam a aceitação do artigo sem modificações, a recusa ou a devolução ao autor com as sugestões apontadas pelo revisor.

Tipos de artigo

1. Artigos de pesquisa – Apresentam 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, de 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). No máximo, 6.000 palavras, 10 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos) e 40 referências bibliográficas. Resumo em português e em inglês (*abstract*), com no máximo 250 palavras, e entre 3 e 6 palavras-chave (*key words*).

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: 6.000 palavras; Resumo (*Abstract*) de até 250 palavras; entre 3 e 6 palavras-chave (*key words*); sem limite de referências bibliográficas e 6 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, 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. No máximo 2.000 palavras; Resumo de até 150 palavras; entre 3 e 6 palavras-chave; 4 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); e 10 referências. É recomendável que os autores das comunicações rápidas apresentem, posteriormente, um artigo mais detalhado.

6. Informe epidemiológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças, agravos, e programas de prevenção ou eliminação. Sua estrutura é semelhante à do artigo original, porém sem resumo ou palavras chave, máximo de 5.000 palavras; 15 referências; e 4 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. No máximo 5.000 palavras; 6 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); e 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 3 e 6 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. No máximo 3.500 palavras; resumo com até 250 palavras; entre 3 e 6 palavras-chave; 20 referências; e 6 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 8 ilustrações. Não inclui resumo nem palavras-chave.

11. Republicação de artigos – são artigos publicados em outros periódicos de relevância, nacionais ou internacionais, abordando temas importantes cuja veiculação seja considerada, pelos editores, de grande interesse à saúde.

12. Relatos de encontros – Devem focar o conteúdo do evento e não sua estrutura. Não mais do que 2.000 palavras; 10 referências (incluindo eventuais links para a íntegra do texto); e sem ilustrações. 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. 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.

15. Observação – Informes técnicos, 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

Ao trabalho deverá ser anexada uma carta de apresentação, assinada por todos os autores, dirigida a Coordenação Editorial do BEPA. 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 do Brasil, 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:

BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 131, 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; TABELAS, FIGURAS e FOTOGRAFIAS.

Integra das instruções – Site:

http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa37_autor.htm.

