

Boletim Epidemiológico Paulista

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

BEPA₉₂

Volume 8 Número 92 agosto/2011

BEPa

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 8 Nº 92

agosto de 2011

Nesta edição

Investigação de surto de hepatite A no município de Descalvado, SP,
setembro a novembro de 2008

Hepatitis A outbreak investigation in Descalvado county, SP,

September to November, 2008...... 4

Documento de diretrizes para prevenção das DST/aids em idosos

Guidelines for DST/Aids prevention in the elderly 15

Diretrizes para a atenção oncológica no Estado de São Paulo: contribuições
para o debate

Guidelines for oncologic attention in the State of São Paulo:

contributing to the debate 24

Instruções aos Autores

Autor's Instructions 44

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
Virgínia Luna Castor de Lima – Sucen/SES-SP

Comitê Editorial

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP
Artur Kalichman – 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
Maria Mercia Barradas – Abec
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
Leticia 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

Investigação de surto de hepatite A no município de Descalvado, SP, setembro a novembro de 2008

Hepatitis A outbreak investigation in Descalvado county, SP, September to November, 2008

Eliana Suzuki^I; Thais Claudia Roma de Oliveira^{II}; Dionéia Aparecida Ragetti^{III}; Érica Sofia Iost Ozorio Galluci^{IV}; Maria Laís Caputo de Barros Serra^{IV}; Márcia Tereza Barbieri^{IV}; Angela Maria Miranda Spina, Isabel Takano Oba^V; Maria Bernadete de Paula Eduardo^I

^IDivisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II}Programa Epibus. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{III}Vigilância Epidemiológica. Secretaria Municipal de Saúde. Descalvado, SP, Brasil

^{IV}Grupo de Vigilância Epidemiológica de Araraquara. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^VLaboratório de Hepatites Virais. Centro de Virologia do Instituto Adolfo Lutz. Coordenadoria de Controle de doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

A hepatite A é uma doença viral de distribuição mundial. A transmissão é fecal-oral e a exposição ocorre principalmente devido às condições inadequadas de saneamento. O presente trabalho relata a investigação de surto de hepatite A (VHA) no município de Descalvado, SP, após cinco anos sem notificação de ocorrência da doença. Foi realizado o estudo de caso-controle composto por 34 casos com IgM positivo e 38 controles com IgM negativos, pareados por faixa etária e local de exposição, para levantamento de fatores de risco e fonte de exposição. Os exames sorológicos foram realizados pelo Centro de Diagnóstico Laboratorial de São Carlos, utilizando kits comerciais da marca DiaSorin®, e pelo Instituto Adolfo Lutz, pela técnica da PCR método *in house*. A mediana de idade dos casos foi de 6,5 anos, 55,9% de homens; sintomas mais frequentes: icterícia (70,6%), urina escura (70,6%), fezes esbranquiçadas (52,9%), náuseas (47,1%), febre (44,1%), vômito (44,1%), dor abdominal (29,4%) e 2 hospitalizações (5,9%). O contato prévio com doentes foi o fator de risco mais significativo: OR de 21,4, IC 95% e $p < 0,001$. Verduras consumidas sem desinfecção foi o segundo fator de risco mais significativo: OR de 4,7; IC 95% e $p < 0,001$. O surto ocorreu em duas escolas e uma creche, atingindo vizinhos e parentes do caso-índice. A ausência de casos por um período de cinco anos resultou em aumento do número de susceptíveis, fazendo com que a ocorrência de um caso fosse suficiente para desencadear o surto. O controle e a prevenção por bloqueio vacinal e por imunoglobulina, assim como medidas educativas desencadeadas em locais de possível exposição, interromperam a cadeia de transmissão.

PALAVRAS-CHAVE: Hepatite A. vigilância epidemiológica. Investigação de surto. Doenças transmitidas por água e alimentos.

ABSTRACT

Hepatitis A is a viral disease spread worldwide. Transmitted by fecal-oral route and occurs mainly because of inadequate sanitary conditions. This paper describes a Hepatitis A outbreak investigation in Descalvado county, São Paulo, after five years without a case. Case-control study was conducted, with 34 IgM anti-HAV positive cases and 38 IgM anti-HAV negative controls, matched for age and exposure local, in order to identify risk factors and exposure source. Serologic exams were performed by Center of Diagnostic Laboratorial of São Carlos, using DiaSorin® commercial kits and Instituto Adolfo Lutz using “in house” method PCR technique. Average age of the cases was 6,5 years old, 55,9% were men, and presented symptoms as: jaundice (70,6%); dark urine (70,6%); pale stools (52,9%); nausea (47,1%); fever (44,1%); vomiting (44,1%); abdominal pain (29,4%) and 2 hospitalizations (5,9%). The most significant risk factor was the previous contact with a HAV patient: OR de 21,45; IC 95% e $p < 0,001$. Consumption of vegetables without disinfections was a second relevant risk factor: OR de 4.7; IC 95% e $p < 0,001$. The outbreak occurred in two elementary schools, one private day nursery and neighbors of primary case. five years without a case increased the number of susceptible, making one case enough to cause an outbreak. Educational measures, vaccine and immunoglobulin application controlled the outbreak and prevented new cases.

KEY WORDS: Hepatitis A. Epidemiological surveillance. Outbreak investigation. Foodborne and waterborne diseases.

INTRODUÇÃO

A hepatite A é uma doença viral de distribuição mundial e sua ocorrência pode ser esporádica ou epidêmica. Em países em desenvolvimento os adultos são usualmente imunes devido à exposição ao vírus na infância, principalmente em razão de condições inadequadas de saneamento. Nesses locais as epidemias são incomuns, entretanto, com a melhoria das medidas sanitárias em muitas partes do mundo, observa-se que os adultos jovens tornam-se suscetíveis e o número de surtos vem aumentando.

Em creches e outros espaços de convivência é comum ocorrer transmissão cíclica da doença entre crianças e, a partir delas, para seus contatos domiciliares. É uma doença de início usualmente abrupto, com febre, mal-estar, anorexia, náusea, desconforto abdominal e aparecimento de icterícia em poucos dias. Muitas infecções são assintomáticas, anictéricas ou leves, especialmente em crianças, e diagnosticadas apenas por meio de testes laboratoriais (sorologia). A letalidade relaciona-se com a idade – estima-se em 0,1% para crianças

menores de 14 anos, chegando a 1,1% para maiores de 40 anos.

A susceptibilidade é geral. A imunidade homóloga depois da infecção provavelmente dura por toda a vida.¹

O ser humano é o reservatório comum do vírus e o período de incubação varia de 15 a 50 dias. A transmissão normalmente ocorre de pessoa a pessoa, por via fecal-oral. O vírus é encontrado nas fezes, alcançando picos em uma ou duas semanas antes do surgimento dos sintomas ou da disfunção hepática, diminuindo rapidamente em seguida, concomitantemente ao aparecimento dos anticorpos virais, que ficam detectáveis por 4 a 6 meses depois do início da doença. A maioria dos casos torna-se não transmissível após a primeira semana de icterícia.^{2,3}

Não há tratamento para a doença instalada, apenas terapêutica sintomática e cuidados específicos em possíveis complicações. Além das medidas de saneamento e de educação sanitária, a imunoglobulina (IG) tem sido utilizada como profilaxia em surtos. Estudos mostram que uma vacina efetiva e segura abre uma importante perspectiva para a redução da incidência da hepatite A, indicando como necessidade sua introdução no calendário infantil e em bloqueio de surtos.⁴⁻⁶

Entre 1999 e 2008, os surtos de hepatite A representaram 12,3% do total de surtos de doenças de transmissão alimentar (DTA) notificados ao Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE) – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-

SP). A média, por ano de notificação, foi de 333 surtos envolvendo 2.712 casos, além de mais de 300 casos individuais, aparentemente não envolvidos em surtos, no mesmo período.⁷

Em 30 de outubro de 2008, durante a semana epidemiológica (SE) 44, a Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar do (DDTHA/CVE) recebeu notificação da vigilância epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde de Descalvado, SP, de ocorrência de cinco casos de hepatite A, dos quais quatro eram crianças e um adulto, moradores do bairro Jardim Albertina. Várias orientações foram discutidas com vistas à identificação dos casos, coleta de exames e ações de controle.

Em 10 de novembro, SE 46, o município informou a existência de 12 casos com sorologia reagente para hepatite A e 11 suspeitos, com alteração de enzimas hepáticas, aguardando os resultados das sorologias já colhidas. Os casos eram pertencentes a creches, escolas e a moradores do bairro Jardim Albertina. Foram desencadeadas várias ações, entre elas o bloqueio vacinal e a profilaxia com imunoglobulina na escola, creche e comunicantes. A partir do estudo descritivo, realizado pelas equipes de VE e do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Araraquara (GVE/CCD), foi tomada a decisão de realizar um estudo de caso-controle para determinação da fonte de transmissão. Em 11 de novembro, SE 46, foi constituída uma equipe de trabalho composta por uma aluna do Epissus/CVE e uma técnica da DDTHA/CVE, que, em conjunto com as equipes locais, desenvolveu a investigação em questão.

Descalvado localiza-se a 242 km da capital paulista. Sua população estimada é de 30.710 habitantes, com densidade demográfica de 38,30 hab./km², mortalidade infantil de 10,43 óbitos/1.000 crianças/ano, expectativa de vida de 74,42 anos, taxa de alfabetização de 91,84%, boas condições socioeconômicas e de saneamento. Tem na avicultura e agropecuária suas principais atividades econômicas.^{8,9} O índice de desenvolvimento humano (IDH), em 2000, era de 0,82,¹⁰ colocando o município entre as regiões de alta condições de vida e desenvolvimento. Para o atendimento à saúde da população Descalvado conta com um hospital (santa casa), um posto de saúde, duas equipes de Pacs (Programa de Agentes Comunitários em Saúde), um ambulatório de especialidade, um núcleo de atendimento à saúde da mulher e cinco equipes Equipes de Saúde

da Família (ESF), com cobertura próxima de 100% da população.

Há cerca de cinco anos o município não apresentava registro de caso ou surto de hepatite A; e este episódio ocorreu predominantemente no bairro Jardim Albertina (Figuras 1 e 2).

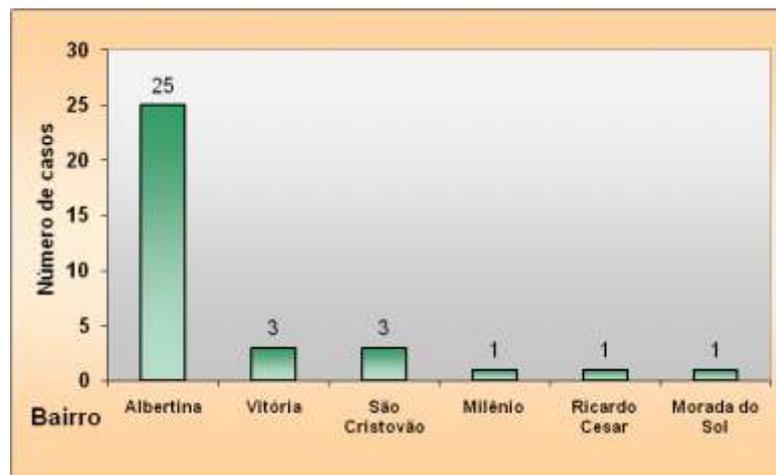
As escolas e a creche são vizinhas e as crianças transitam diariamente entre uma instituição e outra. As duas escolas fazem parte de um terreno único e a creche situa-se no terreno vizinho.

Este trabalho tem por objetivo relatar a investigação de surto de hepatite A, identificado em outubro de 2008, no município de Descalvado, SP, para levantamento de fatores de risco e identificação do local provável de exposição do caso índice, através do estudo caso-controle. Também visa divulgar as medidas de controle tomadas para interrupção do surto e prevenção de futuros casos.



Fonte: Prefeitura de Descalvado, 2009

Figura 1. Mapa da cidade de Descalvado, SP, bairro de Jardim Albertina.



Fonte: DDTHA/CVE, 2008

Figura 2. Número de casos de hepatite A, por bairro de residência dos casos. Descalvado, SP, novembro, 2008.

METODOLOGIA

Estudo descritivo da investigação de surto, com identificação e rastreamento dos casos, possíveis portadores e contatos. Levantamento e análise dos prontuários médicos e fichas epidemiológicas dos casos para identificação dos sinais e sintomas.

Estudo de caso-controle com realização de exames sorológicos dos casos e dos controles selecionados, entrevista por meio de questionário específico para identificação individual e socioeconômico, sinais e sintomas, atendimento médico, exames laboratoriais, fatores de risco no domicílio, hábitos alimentares, saneamento básico, contato fora do município, contato ambiental e detecção dos elos epidemiológicos entre os indivíduos.

População de estudo: moradores do município de Descalvado que realizaram o exame sorológico para anti-HAV IgM, no período da SE 36 a SE 50 (1 de setembro a 9 de dezembro) de 2008.

Definição de caso: todo indivíduo sintomático ou assintomático com presença de

anticorpos IgM anti-HAV ou sintomático sem exame laboratorial, mas com vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente, e realização do questionário de investigação epidemiológica.

Definição de controle: todo indivíduo pertencente à mesma área geográfica e faixa etária dos casos, ausência de anticorpos IgM anti-HAV e realização do questionário de investigação epidemiológica.

Considerou-se surto a ocorrência de dois casos ou mais de hepatite A, associados a uma fonte comum de transmissão.

Variáveis socioeconômicas e 16 fatores de risco foram levantados por meio de inquérito, aplicado aos casos e controles. O questionário em pacientes menores de 18 anos foi aplicado aos pais ou responsáveis pelo menor. O banco de dados e os cálculos estatísticos foram realizados pelo EPI-Info CDC, versão 2000.

Os exames sorológicos dos casos suspeitos foram realizados pelo Centro de Diagnóstico Laboratorial (CDL), em São Carlos, SP. Os exames sorológicos de

anti-VHA IgM para identificação de controles para o estudo foram realizados pelo Instituto Adolfo Lutz Central (IAL/CCD), em São Paulo, SP, pela técnica do ensaio imunoenzimático, utilizando *kits* comerciais da marca DiaSorin® e pela técnica da PCR (reação da polimerase em cadeia), método *in house*.

Inspeções sanitárias foram conduzidas pela equipe de vigilância sanitária do município na creche, escolas, no refeitório (comum a ambas) e meio ambiente, para identificação de possíveis fatores de risco à doença. Agentes ESF e comunitários da cidade realizaram as visitas domiciliares.

A vacinação de bloqueio foi administrada para pessoas entre 1 e 40 anos de idade, pertencentes às escolas, creche e contatantes do caso índice. Para menores de 1 ano e maiores de 40 anos foi administrada imunoglobulina.¹¹ O bloqueio vacinal foi realizado entre as SE 46 e 47 (Figura 3) e a vacina utilizada foi da GlaxoSmithKline.

RESULTADOS

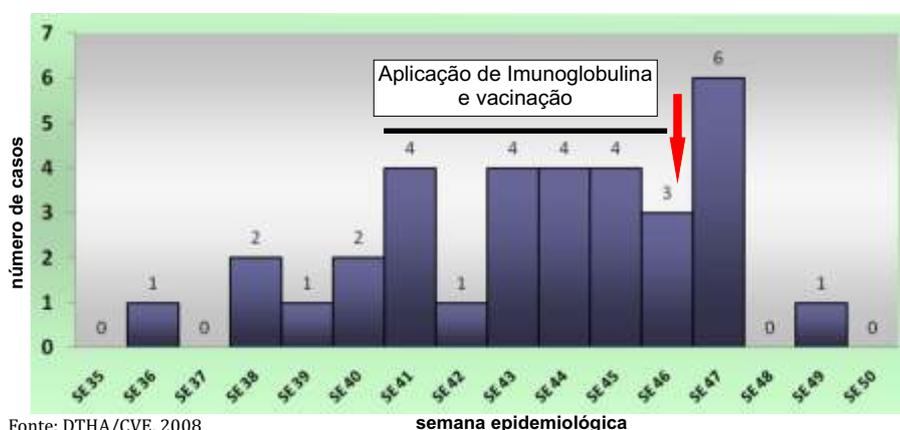
O primeiro caso ocorreu em 4 de setembro (SE 36) e o último em 5 de dezembro

(SE 49). A curva epidêmica do surto pode ser observada na Figura 3, evidenciando a concentração de casos na SE 47, com 13,95% do total. A idade média dos 34 casos foi de 6,5 anos (mínima de 2 e máxima de 35) e 55,9% eram do sexo masculino.

As faixas etárias entre zero a 10 anos foram as mais acometidas pela doença. Na Figura 4 observam-se 21 casos em menores de 10 anos (64,70%) e 13 em maiores de 10 anos (35,3%).

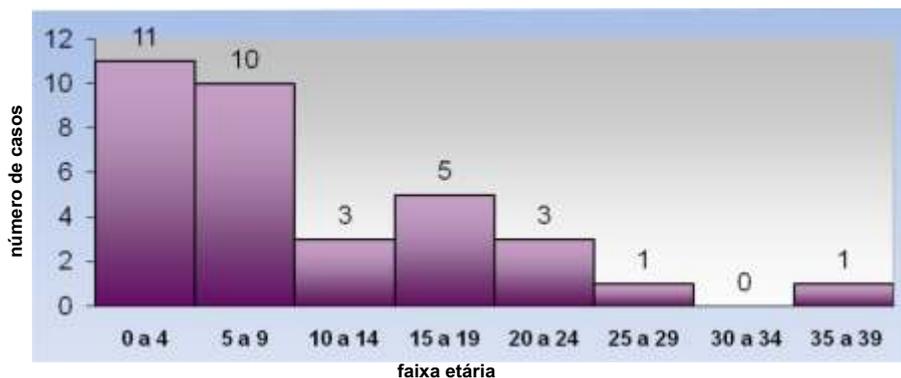
O bairro com a maior frequência de casos foi o Jardim Albertina, com 73%, seguido por Parque Vitória e Jardim São Cristovão, com 8,8% cada. Jardim Milênio, Ricardo Cesar e Morada do Sol tiveram um caso cada (2,9%).

Dos 34 casos, 25 (73,5%) manifestaram alguma sintomatologia, sendo os sinais e sintomas mais frequentes: icterícia (70,6%), urina escura (70,6%), fezes esbranquiçadas (52,9%), náuseas (47,1%), febre (44,1%), vômito (44,1%), dor abdominal (29,4%), fraqueza (11,8%), cefaléia (11,8%), hepatomegalia (5,9%), dor muscular (2,9%) e desidratação (2,9%). Ocorreram duas hospitalizações (5,9%): adulto de 29 anos e criança de 3 anos (Tabela 1).



Fonte: DTHA/CVE, 2008

Figura 3. Curva epidêmica dos casos de hepatite A, por semana epidemiológica. Descalvado, SP, 2008.



Fonte: DTHA/CVE, 2008

Figura 4. Número de casos no surto de hepatites A, por faixa etária. Descalvado, SP, novembro, 2008.

Tabela 1. Sinais e sintomas dos casos do surto de hepatite A em Descalvado, SP, novembro de 2008.

Sinais e sintomas	Sim	%	Não	%	Total
Icterícia	24	70,6	10	29,4	100
Urina escura	24	70,6	10	29,4	100
Fezes esbranquiçadas	18	52,9	16	47,1	100
Náuseas	16	47,1	18	52,9	100
Febre	15	44,1	19	55,9	100
Vômito	15	44,1	19	55,9	100
Dor abdominal	10	29,4	24	70,6	100
Cefaleia	4	11,8	30	88,2	100
Fraqueza	4	11,8	30	88,2	100
Hospitalização	2	5,9	32	94,1	100
Hepatomegalia	2	5,9	32	94,1	100
Desidratação	1	2,9	33	97,1	100
Dor muscular	1	2,9	33	97,1	100

Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP, 2008

Os fatores de risco analisados foram: contato prévio com pacientes com hepatite A; locais frequentados nas semanas anteriores ao surto; local e fonte de consumo de água; modo de eliminação do esgoto; higiene do leite consumindo; local de

aquisição dos alimentos domésticos; local de aquisição de frutas, verduras e legumes; e higienização de frutas, verduras e legumes antes do consumo. Os fatores de risco estaticamente significantes são demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1. Fatores de risco associados ao surto de hepatite A em Descalvado, SP, setembro a novembro de 2008.

Fatores de risco	Casos			Controles			(Medida de associação)			
	Exposto	%	Total	Exposto	%	Total	Odds ratio (OR)			
							OR	IC	X ²	p
Contato prévio com doente	26	76,5	34	5	13,2	38	21,45	6,27-73,37	28,93	0,001
Verdura sem desinfecção	25	73,5	34	14	36,8	38	4,7	1,73-13,04	9,59	0,001

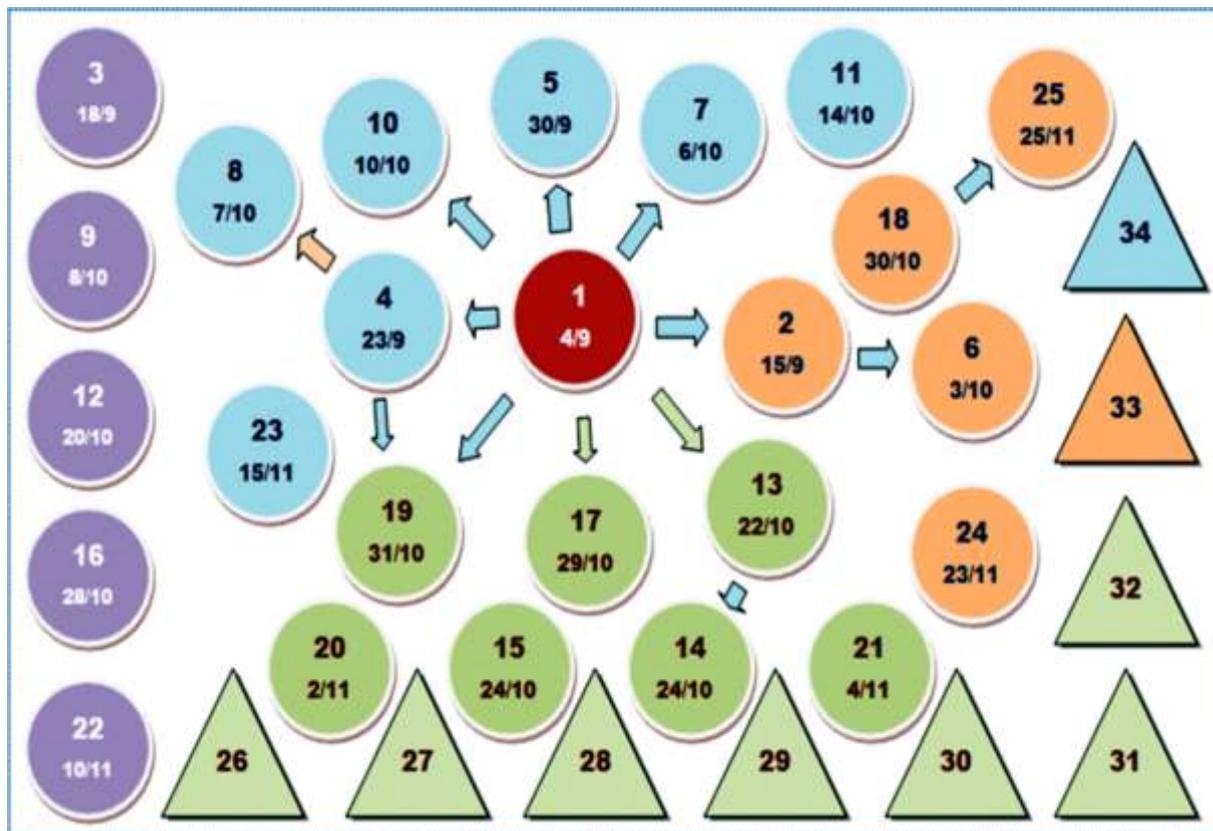
Fonte: questionário de investigação do tipo caso-controle do surto de hepatite A, em Descalvado, SP, setembro a novembro de 2008.

O estudo encontrou associação entre contato prévio com caso de hepatite A e adoecimento de OR = 21,45; IC 95%, e $p < 0,001$. O consumo de verduras sem desinfecção, independentemente do local de aquisição, mostrou associação à doença (OR = 4,7; IC 95%, e $p < 0,001$);

Muitos dos casos secundários tiveram contato com o caso-índice: criança de 9 anos de idade que havia se banhado em rio com águas poluídas, próximo de sua casa. Assim, a partir deste caso surgiram

outros na escola em que a criança estudava e na creche adjacente, que também frequentava, envolvendo inclusive amigos e familiares residentes no bairro Jardim Albertina. O fluxograma da transmissão da doença nesta comunidade está plotado na Figura 5, numerados de um a 34, em ordem cronológica do aparecimento dos primeiros sintomas.

O primeiro caso sintomático ocorreu em 4 de setembro e o último, em 5 de dezembro.



Círculos verdes: casos na creche; círculos laranjas: casos na escola; círculos azuis: casos na família e amigos.
 Círculos violetas: sem vínculo social com casos acima.
 Triângulos verdes: assintomáticos na creche; triângulo laranja: assintomático na escola; triângulo azul: assintomático na família e amigos.
 Dentro das figuras está a data do início dos sintomas e a sua numeração ordenada cronologicamente. Os casos numerados nos triângulos estão numerados a título de quantificação dos casos.

Fonte: DTHA/CVE, 2008

Figura 5. Fluxograma da transmissão da doença no surto de hepatite A. Descalvado, 2008.

DISCUSSÃO

O caso-índice estudava na escola do bairro Jardim Albertina, no período da manhã, permanecendo à tarde em uma sala cedida pela creche. Na hora da merenda todas as crianças entravam em contato.

O primeiro caso provavelmente adquiriu a infecção ao banhar-se no rio impróprio para banho, próximo à sua residência. Mas a infecção poderia também ter sido adquirida pelo consumo de verduras e legumes crus contaminados ou ingestão de queijo de produção caseira, trazido pelos familiares de outro Estado, conforme as informações obtidas na investigação epidemiológica. A residência desse caso era provida de sistema público de abastecimento de água e esgoto, mas observou-se, na visita realizada pelo agente de saúde da ESF e agentes comunitários, que as condições eram bastante precárias, inclusive com deposição de excrementos no quintal da casa. Em decorrência dessa constatação, a família passou a receber orientações de higiene e saúde dos agentes de saúde, ainda que com certa resistência em aceitá-las.

O município de Descalvado possui saneamento básico em aproximadamente 100% do seu território, bem como serviços de saúde com boa cobertura em todos os bairros, inclusive no Jardim Albertina, onde houve a maior concentração de casos. Alta cobertura de saneamento básico e de serviços de saúde à população é essencial para uma baixa incidência da maioria das doenças infecciosas. A manutenção da qualidade sanitária é reconhecidamente responsável pelo declínio de doenças consideradas endêmicas, no Brasil e em todo mundo, e sem dúvida para a diminuição da circulação de doenças

como a hepatite A. Entretanto, a presença de possíveis focos de exclusão social ou de saúde, com pessoas sem hábitos de higiene adequados e educação sanitária devida, mesmo em meio a uma infraestrutura urbana adequada e com ações de saúde disponíveis, pode representar importante fator de risco para a circulação do vírus e a disseminação da hepatite A, além de outras doenças, especialmente considerando fatores como a intensificação do convívio em espaços coletivos fechados, como escolas e creches.

A ausência de casos por um período de cinco anos leva ao aumento do número de susceptíveis. Dessa forma, a ocorrência de um caso foi suficiente para disseminar a doença na comunidade e transmitir para jovens e adultos jovens que eram susceptíveis.

Observou-se a interrupção na cadeia de transmissão da hepatite A após a profilaxia por imunoglobulina e vacinação. O último caso manifestou sintomatologia em até 20 dias após a vacinação, sendo considerado já infectado, pois recebeu a vacina no dia 19 de novembro e apresentou sintomas em 20 dias, que corresponde ao período necessário para conferir proteção contra a doença.

Outras medidas foram ainda recomendadas e desencadeadas durante a investigação: educação nas escolas sobre práticas de higiene e riscos em contrair doenças por práticas recreacionais, de lazer em locais inadequados; informações para a população sobre boas práticas de produção/manipulação de alimentos, cuidados com a origem da matéria-prima e de fornecedores (alimentos previamente preparados); desinfecção dos alimentos

crus, cozimento, refrigeração e armazenamento adequados dos alimentos, dentre outros aspectos.

CONCLUSÃO

A investigação epidemiológica mostrou tratar-se de um surto de hepatite A associado à transmissão pessoa a pessoa e a fatores de risco, como higiene pessoal inadequada e consumo de verduras e legumes crus sem desinfecção. A fonte de exposição provável foi o rio próximo à residência do caso.

As condições adequadas de saneamento básico e de serviços de saúde do município diminuíram a circulação da hepatite A, e esta ausência de contato com o vírus da doença fez aumentar o número de suscetíveis na população. Essa situação propiciou a ocorrência de surtos na comunidade suscetível.

A conduta de controle e prevenção em tempo oportuno, por bloqueio vacinal e por imunoglobulina nos contatos dos

casos e em locais de possível transmissão, foi decisiva para cortar a cadeia de transmissão, não tendo sido registrado mais nenhum caso após dois meses da profilaxia. Entretanto, esse surto reforça a importância de introdução de medidas de prevenção mais efetivas e duradouras, tais como a introdução da vacina contra a hepatite A no calendário infantil de rotina e para bloqueio de surtos, que pode ser um meio seguro para reduzir a incidência da doença.

AGRADECIMENTOS

À vigilância sanitária, à ESF e a todos aqueles que participaram da investigação e das ações de saúde e educação para controle e prevenção da doença. À dra. Helena Sato, da Divisão de Imunização do CVE/CCD/SES-SP, pelas orientações técnicas referentes à aplicação de vacinas e imunoglobulinas nas diferentes idades e situações epidemiológicas do grupo de indivíduos envolvidos no surto.

REFERÊNCIAS

1. Benenson AS. Control of communicable diseases manual. 16. ed. Washington (DC): American Public Health Association; 1995.
2. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - Datasus 2008 [base de dados na internet]. Sistema de Informações de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/Datasus>.
3. Fiore AE, Wasley A, Bell, BP. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization – Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2006; 55(RR07):1-23.
4. Focaccia R. Hepatites virais. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 1996, p. 286-8.
5. Food and Drug Administration - FDA/CFSSAN. Bad bug book – Hepatitis A [on line]. Disponível em:

- <http://www.fda.gov/Food/FoodSafety/FoodborneIllness/FoodborneIllnessFoodbornePathogensNaturalToxins>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais 2008 [boletim na internet] [acesso em 5 ago 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
 7. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal [boletim na internet] 2008 [acesso em 5 ago 2009]. Disponível em <http://www.pnud.org.br/idh/>.
 8. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Informe Net DTA – Hepatite A [on-line] 2006 [acesso em 13/01/2011]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/ifnet_hepa06.htm.
 9. Victor JC, Monto AS, Surdina TY, Suleimenova SZ, Vaughan G, Nainan OV, et al. Hepatitis A vaccine versus immune globulin for postexposure prophylaxis. *N Engl J Med*. 2007;357(17):1685-94.
 10. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Dados estatísticos de doenças transmitidas por alimentos no Estado de São Paulo [acesso em 13 jan 2011]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/hidri_estat.html.

Recebido em: 11/04/2011
Aprovado em: 19/07/2011

Correspondência/correspondence to:

Eliana Suzuki
Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar, sala 607 – Cerqueira Cesar
CEP: 01246-000 – São Paulo/SP, Brasil
Tel.: 55 11 3066-8234/3081-9804
E-mail: esuzuki@cve.saude.sp.gov.br

Documento de diretrizes para prevenção das DST/aids em idosos *Guidelines for DST/Aids prevention in the elderly*

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Coordenadoria de Controle de Doenças.
Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Grupo Técnico de Ações Estratégicas – GTAE.
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa

Atualmente, o envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno de grande relevância em todo o mundo. Os avanços da medicina, associados às novas tecnologias, tornaram possível o aumento da longevidade. A expectativa de vida dobrou no século passado: no Brasil, passou dos 34,7 anos em 1900 para 68,5 em 2000. Atualmente já está por volta dos 72 anos, com perspectiva de aumentar ainda mais.

De acordo com dados do IBGE, em 2009, pessoas idosas eram quase 4,5 milhões no Estado de São Paulo, o que representa 10,7% da população total. Esse número deverá chegar a 7 milhões em 2020. Essa perspectiva certamente exigirá uma política pública para esta população, a fim de garantir dignidade e qualidade de vida aos idosos.

Segundo o Estatuto do Idoso Brasileiro,¹ são consideradas pessoas idosas as que têm 60 anos ou mais. Para garantir os direitos dessa população foram elaboradas portarias nacionais e estaduais. Esses dispositivos legais criaram condições para promover a autonomia do idoso, sua integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Saúde do Idoso² tornou obrigatória aos hospitais públicos,

contratados e conveniados ao SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes acima de 60 anos de idade, quando internados, e autorizou a cobrança da diária do acompanhante no SIH/SUS.

O Estatuto do Idoso reafirma os direitos dos idosos na área da saúde, entre eles a necessidade do atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social, e atendimento domiciliar, bem como a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo à saúde. Considera ainda necessárias políticas públicas que permitam o envelhecimento digno e saudável em nossas cidades, com acesso e oportunidades compatíveis com as possibilidades das pessoas idosas. É fundamental também garantir atendimento preferencial nas unidades de saúde, acolhimento com humanização, dignidade e respeito.

Em 2007, o governo paulista editou a lei nº 12.548/07,³ que consolida a legislação relativa aos idosos em São Paulo. Ainda em 2007 foi criado um grupo de trabalho para a elaboração da política de atenção à pessoa idosa no Estado, hoje denominado Projeto Futuridade, coordenado pela Secretaria Estadual de Assistência e

Desenvolvimento Social. A elaboração do Plano se deu em consonância com as deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, que teve como objetivo a construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (Renadi), uma ação para colocar em prática as demandas organizadas a partir de oito eixos temáticos: ações para efetivação dos direitos da pessoa idosa; previdência social da pessoa idosa; saúde da pessoa idosa; violência e maus tratos contra a pessoa idosa; assistência social à pessoa idosa; financiamento e orçamento público para efetivação dos direitos das pessoas idosas; educação, cultura, esporte e lazer para as pessoas idosas; e controle democrático.

A longevidade que se conquistou traz como desafio a possibilidade de envelhecer com qualidade de vida e com funcionalidade. As políticas com foco no envelhecimento ativo atuam no sentido da promoção de saúde, sendo que se considera de extrema importância a abordagem das questões relacionadas à sexualidade. O incentivo à socialização e à retomada de vínculos ao envelhecer, dando relevância às atividades coletivas e à dança, por exemplo, possibilitam encontros que, associados ao uso de medicamentos que melhoram o desempenho sexual masculino em idades mais avançadas, podem contribuir para o aumento da atividade sexual entre idosos. Acreditar que o idoso volta a ser criança e deixa de ter sexualidade é um equívoco que pode camuflar a realidade dessas pessoas. Hoje são consumidores e cidadãos de direitos que passam a usufruir cada vez mais sua capacidade de amar e se relacionar até o final de suas vidas, não estando imunes a transtornos afetivos e biológicos

relacionados a isso. Cabe considerar ainda que o uso de preservativos não faz parte da cultura do idoso e está muito associado, para essa geração, à promiscuidade.

Além disso, o idoso tem particularidades ao envelhecer que podem tornar mais difícil desde o diagnóstico até o tratamento adequado das DST e aids, misturando-se a agravos mais comuns da velhice. A maior prevalência de aids entre os que envelhecem passa tanto pela maior sobrevivência dos doentes quanto pela maior incidência em faixas etárias mais avançadas. Ambos os desafios impõem a qualificação do cuidado.

Aids e envelhecimento: contextualizando a questão

No Brasil, notam-se proporções crescentes nos casos de aids entre indivíduos com 50 anos e mais de idade, de 7% e 13% nos anos de 1996 e 2004, respectivamente.^{4,5} Contudo, entre os maiores de 60 anos essa proporção se mantém em aproximadamente 2,5% do total de casos notificados no mesmo período. A taxa de incidência entre os maiores de 60 anos em 2000 foi de 5,1 por 100 mil habitantes⁶ e em 2007 passou para 7,2.

Nos Estados Unidos, 10% das pessoas que vivem com aids têm 50 anos ou mais. No Canadá, chega a 12% das notificações.^{7,8}

No Brasil, até os anos 1980, a transmissão sanguínea era o principal fator de risco das pessoas acima de 60 anos; atualmente é atribuída ao contato sexual, principalmente entre homens que fazem sexo com homens (HSH), com aumento dos casos em heterossexuais.⁶ É importante ressaltar que os números baseiam-se em casos notificados de aids, ou seja, não é possível determinar o

número de idosos que vivem com HIV (soropositivos, conhecedores ou não de seu *status* sorológico).

No Estado de São Paulo, de 1980 até 30 de junho de 2009, dos 166.003 casos de aids notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), 3.704 tinham 60 anos e mais, com taxa de incidência em 2007 de 5,12 casos para cada 100 mil habitantes. A proporção de aids em idosos aumentou de 1,9% em 1998 para 4% do total de casos notificados em 2007.

Em relação à categoria de exposição, entre os 2.508 casos notificados em homens com 60 anos ou mais a transmissão heterossexual foi a mais frequente (42%), seguida dos homo e bissexuais (homens que fazem sexo com homens), 21,7%. Entre as 1.196 mulheres na mesma faixa etária, 74,7% eram heterossexuais e 24% permaneceram na categoria de exposição ignorada.⁹

Na análise dos casos paulistas não é possível apontar que os indivíduos estão se infectando em idade mais avançada. Mas os dados indicam que os diagnósticos da doença foram realizados em idades mais elevadas, provavelmente pelo aumento do período de incubação do HIV, em função da introdução da terapia antirretroviral de alta potência, dos aprimoramentos dos recursos clínico-laboratoriais utilizados no seguimento dos pacientes e das medidas preventivas adotadas pelo programa de controle da aids.⁹ É possível que as alterações observadas nas taxas de incidência reflitam mudanças comportamentais, como aumento da atividade sexual em faixas etárias mais elevadas, consequentemente, maior exposição às DST. Essa questão poderá ser esclarecida por meio de estudos específicos nessa faixa de idade,

aprofundamento da análise de informações sorológicas e comportamentais dos portadores recém-diagnosticados como infectados pelo HIV, a exemplo da informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e dos recém-matriculados nos serviços que acompanham portadores.

O diagnóstico do HIV em idosos frequentemente é realizado quando as pessoas procuram o tratamento para uma doença relacionada ao vírus, após todas as outras possibilidades de diagnóstico serem esgotadas. Segundo GROSS,¹⁰ 62% dos casos que levaram o idoso ao primeiro atendimento em um serviço especializado em HIV/aids foi o encaminhamento pós-internação. Os idosos apresentam com mais frequência aids no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV do que os pacientes mais jovens (36% *versus* 5%).¹¹ A incidência de casos com diagnóstico tardio de aids em adultos mais velhos pode estar relacionada ao estigma, à marginalização, à falta de informações dirigidas a idosos, ao subdiagnóstico, a estereótipos e preconceitos de alguns profissionais de saúde.

Uma questão importante do HIV em idosos é diferenciar as condições relacionadas à idade e ao vírus e as que são relacionadas a ambos. O diagnóstico diferencial é um processo complexo, pois muitas doenças próprias da idade e do HIV são semelhantes. Além disso, o idoso pode ter múltiplos diagnósticos. A maioria dos sintomas físicos relacionados à infecção pelo HIV, como fadiga, falta de ar, dor crônica, perda de peso, anorexia, alterações de memória, depressão, erupção cutânea e sintomas de aterosclerose, pode ser relacionada apenas ao processo de envelhecimento, sendo tratada sem a identificação do vírus como um fator causal

ou relacionado. Da mesma forma, as infecções bacterianas, pneumonias, infecções por herpes vírus, inclusive herpes zoster, e outras infecções podem ser identificadas como doenças da idade e tratadas sem uma conexão com o HIV. São exemplos a pneumocistose, que pode ser confundida com insuficiência cardíaca congestiva; o *status* mental alterado, a dificuldade de memória recente e o intelecto diminuído relacionados à infecção pelo HIV podem ser confundidos com Alzheimer; a neuropatia periférica e mielopatia pelo HIV se assemelham com outras doenças da idade.

O diagnóstico precoce em idosos é fundamental, uma vez que estes apresentam uma evolução mais rápida da doença e/ou maior risco de progressão, devido ao fato das células CD4 caírem mais rapidamente a níveis inferiores.¹² A progressão da doença nesta população não está relacionada ao grau ou perda da função imune específica, mas sim à rápida perda de células CD4.^{13,12} Portanto, os idosos infectados pelo HIV podem necessitar de profilaxia para infecções oportunistas mais cedo, no curso da doença.

Devemos considerar, além do HIV, a interação com outras doenças ou condições agudas, pois as morbidades como diabetes mellitus, doenças cardíacas, hipertensão, artrite, complicações neuropsiquiátricas e cognitivas são frequentes, assim como doenças relacionadas à idade, como a osteoporose, que com a presença do HIV aumentam o risco de complicações severas.

São poucos os estudos sobre tratamento do HIV em idosos, mas sabemos que eles apresentam alterações fisiológicas como a perda da capacidade de reserva funcional de órgãos vitais e deterioração do controle

homeostático, além de alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, que podem alterar o metabolismo das drogas e mudar a sua eficácia.

Além das patologias relacionadas ao HIV, o uso de medicamentos antirretrovirais e profilaxias para infecções oportunistas podem fazer surgir patologias como o diabetes mellitus e a hipertensão, entre outras. Estas também requerem a administração de medicamentos, os quais podem resultar em polifarmácia, elevando o risco de surgimento de efeitos colaterais e interações medicamentosas.

Pessoas acima de 50 anos apresentam maior dificuldade para obter incremento de CD4, quando comparadas a indivíduos mais jovens. Portanto, a terapia antirretroviral deve ser introduzida o mais precocemente possível, a fim de maximizar a resposta virológica e minimizar o risco de resistência viral.¹⁴

Na abordagem do paciente idoso, o conhecimento amplo e as visões complementares de múltiplos profissionais são elementos essenciais para que se possa captar toda a complexidade de fatores que influenciam o envelhecer e o adoecer nesta população. Portanto, os profissionais de saúde precisam estar sensibilizados para as especificidades das pessoas idosas que vivem com HIV e seus familiares.

Na avaliação inicial devem ser incorporadas questões relacionadas à prevenção, ao tratamento, à adesão, ao sigilo e apoio social, englobando desde a avaliação clínica até a mensuração qualitativa de suas capacidades funcionais. Os profissionais de saúde, incluindo generalistas, geriatras e especialistas em HIV precisam de uma base sólida de conhecimentos sobre a doença e seu impacto em pessoas idosas,

tanto em termos de co-morbidades e diagnósticos diferenciais como em relação aos sistemas sociais. Os profissionais de saúde devem estar ainda atentos às questões psicossociais como medo, autoestima baixa e homofobia, principalmente a depressão e o isolamento. Muitas vezes precisam de cuidados domiciliares, necessitando de apoio para revelar o diagnóstico a terceiros. O estímulo à autonomia e à independência deve orientar a conduta profissional.

Diretrizes para ações de prevenção às DST/aids em idosos

Para elaborar diretrizes de ações de prevenção às DST/aids para a pessoa idosa, sob perspectiva integral e inter-setorial, faz-se necessário o envolvimento de vários parceiros institucionais e da sociedade civil. Implementar a rede de atendimento à pessoa idosa constitui-se estratégia para melhorar o acesso desta população não só a serviços de saúde, mas também promoção social, direitos, lazer e cultura. Assim, vemos a articulação entre as Secretarias de Saúde, Promoção Social, Justiça, Esporte, Lazer e Cultura ampliando as possibilidades de melhoria da qualidade de vida destas pessoas. A rede de atenção à saúde do idoso será ampliada nas regiões e municípios com as diretrizes delineadas pelo Pacto no Saúde.

Na atual estrutura da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo pode-se contar com os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), vinculados à Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), nos quais se encontram os interlocutores do Programa Estadual de DST/AIDS-SP e também dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS),

que reúnem os articuladores da atenção básica e da saúde da pessoa idosa.

Nos municípios pode-se contar com apoio dos coordenadores dos programas municipais de DST/aids, da atenção básica e saúde da pessoa idosa, além de grupos de envelhecimento ativo, estruturas formadas por serviços e profissionais que atuando articuladamente formam uma rede que favorece a diminuição da vulnerabilidade institucional e social às DST/aids.

Outras instituições, tanto governamentais quanto não governamentais, podem ser agregadas a essa rede, aumentando sua capilaridade. Para tanto, é preciso ter conhecimento desses seguimentos, o que poderá ocorrer por meio do mapeamento local, identificando assim maior número de parceiros.

Recomendações para os serviços

A parceria com a rede de atenção básica é fundamental, pois por meio dela é possível promover discussões sobre sexualidade, diversidade sexual, prevenção, acesso a insumos (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante) e oferecer testagem para o HIV, sífilis e hepatites B e C, nos diversos momentos do atendimento.

A preparação dos profissionais de saúde para o atendimento adequado ao idoso deve ser prioridade, sendo necessária a ampliação de sua visão em relação aos indivíduos com mais de 60 anos, ressaltando que a sexualidade não tem idade e faz parte de todas as fases da vida das pessoas. A falta de conhecimento, aliada ao despreparo, leva os profissionais a infantilizar o idoso, a negar sua sexualidade e a possibilidade do uso de drogas. Quando aparecem questões ligadas à atividade sexual podem ocorrer

atitudes preconceituosas, comportamentos de julgamento e discriminação.

É fundamental perceber e aceitar a realidade dessa população e, sobretudo, reconhecer o seu direito de envelhecer com saúde e qualidade, em todas as áreas da vida. Importante estar atento ainda para os aspectos de acessibilidade (arquitetônicos): os serviços devem estar adaptados às demandas e características da população idosa.

Atividades que podem ser desenvolvidas para pessoas idosas

- Oferta de insumos de prevenção (preservativo masculino, feminino e gel lubrificante) nas unidades básicas de saúde e nos espaços de convivência de idosos.
- Aumento da oferta de testagem para as sorologias de hepatites B e C, sífilis e HIV, contribuindo para o diagnóstico precoce.
- Estímulo à coleta de papanicolaou em mulheres idosas.
- Realização de oficinas de sexo mais seguro com linguagem e exposição adequadas às necessidades desta população.
- Levantamento das necessidades de populações específicas, como profissionais do sexo, usuários de droga e de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).
- Inclusão das discussões sobre sexualidade dos idosos em todas as atividades de prevenção, inclusive com grupos religiosos.
- Inclusão das discussões sobre raça/etnia, gênero, deficiência física,

sensorial e intelectual e sua interface com o envelhecimento nos planejamentos de ações programáticas.

- Produção de material informativos que leve em conta a diversidade e a especificidade nesta faixa etária.

Como fazer

Levar aos espaços de convivência de idosos atividades que possam promover o diálogo, permitindo o aparecimento de questões ligadas à sexualidade, propiciando a discussão das diferentes maneiras de vivenciá-la, diversas práticas sexuais possíveis, incluindo a discussão do uso de preservativos. A adequação do preservativo a ser utilizado pelos casais deve ser avaliada para facilitar o seu manuseio. Nas relações heterossexuais para os homens que apresentam dificuldade de ereção pode-se sugerir o uso de preservativo feminino pela parceira. Para mulheres com dificuldade no manuseio do preservativo feminino recomenda-se o uso do preservativo masculino pelo parceiro, aliado ao gel lubrificante à base de água. Nas relações homossexuais masculinas e entre HSH é sempre importante orientar o uso do gel lubrificante associado ao uso do preservativo masculino.

Vale lembrar

Sabe-se que há uma hierarquia de risco entre as práticas sexuais,¹⁶ sendo a de menor risco para a infecção do HIV a prática do sexo oral. Entretanto, nela há sempre a possibilidade de se adquirir outras DST. Por isso, quando o uso do preservativo ou outras formas de prevenção (barreira) não forem possíveis, recomenda-se evitar a

ejaculação na cavidade bucal, minimizando assim o risco de infecções. Nessa hierarquia a prática de sexo anal é a de maior risco, sendo fundamental usar sempre gel lubrificante e preservativo.

Independente de estratégias adotadas para o incentivo ao uso de preservativos, existem pessoas ou relações de parceria que não irão adotá-los imediatamente, consistentemente e às vezes nunca. No caso dos idosos devemos levar em consideração essa questão, visto tratar-se de uma geração para a qual o uso do preservativo não estava presente no início da vida sexual e epidemia da aids ainda não era uma realidade. Assim, estas pessoas provavelmente devem ter dificuldades de incorporar o insumo no cotidiano de suas vidas. Por isso, é importante que os profissionais de saúde fiquem atentos e tenham uma escuta qualificada que propicie um diálogo franco e viabilize orientações adequadas às diferentes situações vivenciadas pelo idoso. Nesses casos, é essencial considerar estratégias de prevenção para pessoas ou casais que não aderem ao uso do preservativo.

Diminuição do risco com “acordos” e “pactos” entre parceiros

As parcerias afetivas podem auxiliar as estratégias de diminuição do risco com a proposta de “acordos” ou “pactos”.¹⁶ Isso pode ser proposto quando os parceiros tiverem liberdade para realizar tais consensos.

- a) Adoção de preservativo com terceiros: parceiros(as)

envolvidos(as) na relação afetiva/amorosa podem explicitar um acordo de não-uso de preservativo entre si, combinando o uso de preservativo em caso de relações sexuais com outras pessoas, visando o controle da situação de exposição do casal a riscos de DST/HIV.

- b) Sexo exclusivamente com o parceiro: parceiros(as) envolvidos(as) em uma relação afetiva/amorosa podem explicitar um acordo de prática sexual exclusiva entre eles(as), descartando a possibilidade de sexo com outras pessoas.

É importante salientar que “acordos” e “pactos” são estratégias de prevenção sujeitas à “quebra” e ao descumprimento.

Realização da testagem anti-HIV

Parceiros(as) envolvidos(as) em a relação podem realizar o teste anti-HIV considerando o período de janela imunológica, após no mínimo três meses de relação de parceria sexual exclusiva. Dessa forma, podem tentar garantir uma situação de não exposição ao vírus HIV, caso abandonem o uso do preservativo.

É importante ressaltar que a testagem deve ser precoce e periódica, e tem como finalidade a diminuição da exposição à infecção, caso algum parceiro tenha se infectado. A periodicidade do exame deve ser combinada pelo casal, conforme a dinâmica de relação. De forma geral, pode-se pensar em uma periodicidade bianual.

Diminuição de risco na adoção de condutas sexuais diferenciadas

Existem estratégias que podem ser estimuladas visando proporcionar a diminuição do risco no sexo:

- ✓ práticas sexuais não penetrativas;
- ✓ práticas que priorizem o sexo oral; e
- ✓ práticas que busquem reduzir o contato com o esperma ou com a menstruação.

Essas mudanças buscam diminuir a exposição ao risco de infecção por DST/HIV. Lembrar, entretanto, que nas situações que evitam contato com sangue ou secreções sexuais o risco é menor, mas não nulo.

As diretrizes estaduais para a saúde do idoso são fundamentais para fortalecer o direito desta população à vida plena.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 1. ed, 2. reimpr. Brasília (MS); 2003 (Série E. Legislação de Saúde).
2. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, 13 dez 1999; p.20-E. Revogada pela Portaria 2.528, MS-GM, de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União, 20 out 2006; p. 142.
3. São Paulo (Estado). Lei Estadual nº 12.548, de 27 de fevereiro de 1999. Consolida a legislação relativa ao idoso. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 27 fev 2007; Seção 1:1.
4. Barbosa AS. Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com AIDS na Grande São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.
5. Ministério da Saúde do Brasil. Boletim Epidemiológico de DST/aids. Brasília: 2004.
6. Ministério da Saúde do Brasil. Boletim Epidemiológico de DST/AIDS. Brasília: 2010.
7. Lee S. Women and HIV. Aging with HIV. BETA. 2006;18(12):33-5.
8. Eldred S; West L. HIV prevalence in older adults. Can Nurse. 2005;101(9):20-3.
9. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Boletim Epidemiológico de DST/Aids, Ano XVII, nº 1, outubro 2009 - ISSN 1984-641x.
10. Gross JB. Estudo de pacientes portadores de HIV/AIDS após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2005.
11. Ferro S, Salit IE. HIV infections in patients over 55 years of age. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1992;5:348-53.
12. Phillips AN, Lee CA, Elford J, Webster A, Janossy G, Timms A , et al. More rapid progression to aids in older HIV-infected people: the role of CD4+T-cell counts. J

- Acquir Immune Defic Syndr Hum
Retrovirol. 1991;4:970-5.
13. Grabar S, Kousignian I, Sobel A, Le Bras P,
Gasnault J, Enel P, et al. Immunologic and
clinical responses to highly active
antiretroviral therapy over 50
years of age. Results from the french
hospital database on HIV. AIDS.
2004;18:2029-38.
14. Secretaria de Estado da Saúde.
Conjugalidades e prevenção às DST/aids.
São Paulo; 2010.

Correspondência/correspondence to:
Paula de Oliveira e Sousa
Rua Santa Cruz, nº 81 – Vila Mariana
CEP 04121-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 5087-9835
E-mail: paulasousa@crt.saude.sp.gov.br

Diretrizes para a atenção oncológica no Estado de São Paulo: contribuições para o debate

Guidelines for oncologic attention in the State of São Paulo: contributing to the debate

Maria Cecilia M. M. A. Correa¹; Michel Naffah Filho¹¹; Mônica A. M. Cecilio¹¹;
Rosana Maria Tamelini¹¹

¹Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

¹¹Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

*“Tudo o que muda a vida vem quieto no escuro, sem preparos de avisar.”
Guimarães Rosa*

INTRODUÇÃO

De forma genérica, o termo câncer é utilizado para caracterizar um grupo de mais de cem doenças, com diferenças e características próprias, que apresentam como fator comum uma falha nos mecanismos de crescimento, proliferação e morte celular. Atualmente, o câncer representa um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo.

Alguns números referentes ao ano de 2007 confirmam a magnitude do problema no Brasil: 546 mil internações, média mensal de 235 mil pacientes em quimioterapia e 101 mil em radioterapia. Também no Estado de São Paulo o câncer caracteriza-se como problema de saúde pública, com mortalidade crescente, totalizando cerca de 18% dos óbitos em 2009.

Apesar da magnitude do problema e dos transtornos físicos e emocionais vinculados à doença, o conhecimento hoje disponível permite prevenir cerca de um terço dos casos novos, bem como detectar e tratar

precocemente outro terço. Técnicas adequadas de controle da dor e cuidados paliativos disponíveis podem garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes com quadros mais avançados da doença.

Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram que a elaboração de programas nacionais ou regionais é essencial enquanto estratégia de controle do câncer, independentemente da situação econômica do país ou região.¹ É nesse contexto que o presente trabalho se insere.

Inicialmente, são apresentados os principais aspectos normativos da atenção oncológica, dados e informações que abordam a situação do câncer em São Paulo, em seus diferentes aspectos; posteriormente, são apontadas diretrizes e ações necessárias para instituir um programa estadual de atenção oncológica, tendo sempre como referência um projeto que contemple as estratégias para a prevenção, a detecção precoce, o tratamento e a

paliação, buscando o uso racional dos recursos disponíveis e tendo como princípios norteadores a universalidade, equidade, integralidade e garantia de acesso.

Normas técnico-administrativas da atenção oncológica

O arcabouço normativo da área da oncologia no Sistema Único de Saúde (SUS) tem como base duas portarias, ambas de 2005: a GM 2.439, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, e a SAS 741, que define a Rede de Atenção Oncológica.

Os principais pontos a destacar nas duas portarias:

- Organiza uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção (básica, média complexidade e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).
- Constitui redes regionais de atenção oncológica, hierarquizadas, com referência e contrarreferência, garantindo acesso e atendimento integral.
- Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), que é o hospital que possui condições técnicas para a assistência especializada de tratamento dos cânceres mais prevalentes. Essa unidade, minimamente, deve contar com cirurgia oncológica e oncologia clínica.
- Define Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) como o hospital que possui as

condições técnicas para o tratamento de todos os tipos de câncer. Deve prestar atendimento em cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia e hematologia (oncologia pediátrica opcional).

- Estabelece que as unidades e centros credenciados deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual ou municipal.
- Estabelece que para o planejamento da rede de atenção deverá ser considerado o número de casos novos anuais (excluindo-se câncer de pele não melanoma).
- Considera que para 1.000 casos novos de câncer espera-se que 500 a 600 necessitem de cirurgia oncológica, 700 necessitem de quimioterapia e 600 de radioterapia.
- Estabelece que a produção das Unacon e dos Cacon deverá guardar proporcionalidade entre as modalidades terapêuticas acima descritas.
- Define que a incidência média de câncer hematológico é de 5% a 6% do total e a de câncer pediátrico (0 a 18 anos) de 3% a 4%.

Situação do câncer no Estado de São Paulo

Dados de incidência

No Brasil, as estimativas de incidência de câncer são elaboradas pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), órgão do Ministério da Saúde. Os últimos dados disponibilizados têm como referência o ano de 2010,² vistos na Tabela 1.

Tabela 1. Estimativas das taxas brutas de incidência* e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária. Estado de São Paulo, 2010.

Topografia	Masculino		Feminino	
	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta
Cavidade oral	3.230	15,19	890	4,02
Colo do útero	...	...	3.190	14,37
Cólon e reto	4.880	22,94	5.190	23,43
Esôfago	2.010	9,45	510	2,29
Estômago	3.910	18,38	2.070	9,34
Leucemias	1.320	6,22	1.130	5,08
Mama feminina	...	...	15.080	68,04
Pele melanoma	950	4,48	1.040	4,69
Próstata	13.160	61,84	...	...
Traqueia/brônquio/pulmão	4.880	22,94	2.620	11,83
Outras localizações	20.490	96,30	25.030	112,95
Subtotal	54.830	257,70	56.750	256,08
Pele não melanoma	11.810	55,51	12.670	57,19
Todas as neoplasias	66.640	313,19	69.420	313,27

Fonte: Inca/MS

*Por 100.000 habitantes.

Conforme se observa, os tumores mais incidentes no sexo masculino são devidos ao câncer de próstata, pele não melanoma, cólon e reto, traqueia/brônquio/pulmão e estômago. No sexo feminino destacam-se os tumores de mama, pele não melanoma, cólon e reto, colo do útero e traqueia/brônquio/pulmão como os mais incidentes na estimativa enfocada.

Dados de mortalidade

De maneira semelhante ao que ocorre na grande maioria dos países, também o Brasil e o Estado de São Paulo assistem ao aumento do câncer como problema de saúde pública, sendo crescentes as taxas de mortalidade pela doença.

Os últimos dados disponíveis sobre mortalidade no País têm como referência 2009.³

Ao analisarmos a série histórica dos números referentes ao Estado de São Paulo, observamos que na última década ocorreram mudanças importantes no perfil de mortalidade da população paulista. Pode ser observado que, ao lado da estabilização da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, registra-se queda dos óbitos por causas externas e aumento da mortalidade proporcional pelas neoplasias, responsável em 2009 por cerca de 18% dos óbitos ocorridos no Estado.

Em 2009 ocorreram 43.788 óbitos por câncer em território paulista, sendo 54,4% deles do sexo masculino e 45,6%, feminino. A Figura 1 apresenta as dez topografias mais frequentes na mortalidade por câncer em 2009, segundo gênero.



Fonte: SIM (Sistema de Informações de Mortalidade)

Figura 1. Causas mais frequentes de óbito por câncer. Estado de São Paulo, 2009.

Estudo desenvolvido em 2008⁴ analisou a tendência da mortalidade por câncer no Estado de São Paulo entre 1980 e 2004. No período, foi observado que as taxas de mortalidade brutas por câncer variaram de 83,6 a 111,6/100.000 habitantes para o sexo masculino e de 64,4 a 88,8/100.000 habitantes para o feminino. As taxas de mortalidade ajustadas por idade variaram de 129,5 a 145,6 óbitos/100.000 habitantes para o sexo masculino e de 84,2 a 95,4 óbitos/100.000 habitantes para o feminino.

Para o sexo masculino observou-se uma tendência estatisticamente significativa de aumento na mortalidade por câncer, no período estudado, enquanto no sexo feminino também foi observada tendência de crescimento, porém sem significância estatística.

O mesmo estudo apontou que houve tendência de aumento da mortalidade por câncer de pulmão e de cólon/reto, bem como de declínio para o câncer de estômago, para

ambos os sexos. Observou-se aumento na tendência de mortalidade por câncer de mama nas mulheres e declínio para o câncer de colo uterino. Também apontou tendência de aumento na mortalidade por câncer de próstata. Todas essas tendências foram estatisticamente significativas.

Rastreamento do câncer

A política federal de detecção precoce do câncer, definida pelo Inca, preconiza rastreamento para o câncer de colo do útero⁵ e para o de mama.⁶ Para o de colo do útero a estratégia utilizada emprega o exame de colpocitologia oncótica ou teste de Papanicolaou no grupo etário de 25 a 59 anos, sendo que a periodicidade recomendada prevê inicialmente um exame ao ano; no caso de dois exames normais seguidos, deve ser realizado a cada três anos. Para o câncer de mama feminino é preconizado o exame clínico da mama para todas as mulheres, a partir dos 40 anos,

realizado anualmente e inserido no atendimento integral à saúde da mulher, e o rastreamento por mamografia para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre os exames.

No sentido de aprimorar os dados sobre as práticas de rastreamento do câncer de colo de útero e mama, dentre outras ações, o Ministério da Saúde desenvolveu dois sistemas de informações: o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama).⁷ Como ambos os sistemas registram somente exames realizados, seus dados não permitem que se faça qualquer estimativa de cobertura de rastreamento.

O Siscolo é um sistema de informação específico para o câncer do colo do útero e, em tese, coleta dados dos exames realizados e também informações sobre o seguimento das pacientes com resultados alterados. Dados referentes a 2010, para o Estado de São Paulo, registram um total de 2.435.266 exames citopatológicos cérvico-vaginais, 72,3% deles realizados na faixa etária preconizada pelo Inca (25 a 59 anos) para o rastreamento deste tipo de câncer.

O Sismama, por sua vez, coleta os dados dos exames de mamografia realizados. Mostra para o Estado de São Paulo, em 2010, a realização de 901.020 mamografias, das quais 742.623 foram registradas como rastreamento do câncer de mama. Dos exames realizados para rastreamento nas mulheres residentes no Estado, somente 51,6% o foram para a faixa etária preconizada pelo Inca (50 a 69 anos).

Em São Paulo, o rastreamento de câncer é realizado, via de regra, de maneira oportunística e conduzida pelos municípios; como não existe uma política estadual sobre o assunto, não raro se depara com práticas de rastreamento nos municípios realizadas de maneira equivocada, enfocando outras topografias ou outros grupos etários, situação para as quais não existem evidências científicas suficientes que justifiquem a atividade preventiva.

Com o objetivo principal de diminuir a demanda reprimida de mamografias, São Paulo organizou, entre maio de 2005 e novembro de 2009, mutirões para a realização de exames mamográficos. Essa prática atingiu sua meta principal, mas não deve ser encarada como adequada para o rastreamento em câncer.

Dados de estadiamento clínico

O estadiamento clínico dos tumores é uma informação fundamental em oncologia, pois é utilizada para avaliar a extensão da doença, determinar o planejamento do tratamento do paciente e apontar o prognóstico de um caso novo de câncer. É um dos principais dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), sistema que coleta diferentes informações sobre os casos novos tratados nos hospitais paulistas. No Estado o RHC está sob a coordenação da Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp).

Usada internacionalmente para o estadiamento dos tumores, a Classificação TNM avalia as características fundamentais de um câncer: extensão local (T), disseminação regional (N) e metástases à

distância (M). Varia de 0 a IV, sendo este último valor o pior estadiamento.

Dados de estadiamento clínico referente aos tumores de colo do útero, mama e cólon/reto, passíveis de detecção precoce por rastreamento, disponíveis no site da Fosp,⁸ mostram números preocupantes, pois parte considerável dos casos foi diagnosticada nas fases mais avançadas da doença – estádios III ou IV: 25%, 36% e 57%, respectivamente para câncer de colo do útero, mama feminina e câncer colorretal.

Dados de sobrevida

Analisar sobrevida em câncer significa basicamente medir o tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a ocorrência de algum evento determinado, habitualmente o óbito.

No Brasil e também no Estado de São Paulo não se dispõe de análises completas de sobrevida em câncer por tipo de tumor. Dessa forma, serão aqui apresentados alguns dados que têm como referência um estudo comparativo mundial (Concord) envolvendo pacientes com câncer na América do Norte, Europa, Austrália, Japão, Argélia e Brasil.⁹

O estudo analisou dados de 101 Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) de 31 países, abrangendo uma população de 9 milhões de pessoas que tiveram diagnóstico de câncer primário de mama (em mulheres), cólon e reto e próstata, entre 1990 e 1994. A sobrevida refere-se aos cinco anos seguintes, ou seja, até 31 de dezembro 1999. O Brasil

esteve representado no estudo com os dados dos RCBP de Campinas (SP) e de Goiânia.

Nesse período, a pesquisa aponta para um índice de sobrevida mais alto na América do Norte, Austrália, Japão e ocidente europeu do que na Argélia, Brasil e países do oriente europeu.

Rede oncológica cadastrada

A Tabela 2 apresenta a quantidade de serviços habilitados no Estado de São Paulo e respectiva população residente por Departamento Regional de Saúde (DRS), divisão administrativa da Secretaria Estadual da Saúde. Conforme pode ser observado, estão cadastrados para o atendimento oncológico em São Paulo 71 instituições, além de três serviços isolados específicos para radioterapia.

A distribuição espacial dessas instituições, apresentada na Figura 2, mostra algumas desigualdades regionais de forma bastante evidente. Nota-se, por exemplo, que toda a região oeste do Estado apresenta um número menor de hospitais habilitados. Além disso, quando se comparam os DRS 16 e 17, respectivamente Sorocaba e Taubaté, que apresentam população residente semelhante, observa-se que o DRS de Taubaté conta com um número muito maior de serviços cadastrados. O DRS de Registro, que se configura como a área mais carente, conta somente com uma instituição credenciada, cadastrada como Unacon e sem radioterapia.

Tabela 2. População residente, número de serviços habilitados por tipo, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Rede de oncologia no Estado de São Paulo, abril de 2011.

DRS	População residente	Serviços habilitados			
		Unacon	Cacon	Hospital geral	S. I. Radio
1 Grande São Paulo	19.683.975	13	6	6	1
2 Araçatuba	719.323	1	0	0	0
3 Araraquara	920.257	2	0	0	0
4 Baixada Santista	1.664.136	3	1	0	0
5 Barretos	411.690	0	1	0	0
6 Bauru	1.624.623	3	1	0	0
7 Campinas	4.031.910	5	1	0	0
8 Franca	649.807	0	1	0	0
9 Marília	1.068.408	3	1	0	0
10 Piracicaba	1.412.584	5	0	0	0
11 Presidente Prudente	722.192	1	0	0	1
12 Registro	273.566	1	0	0	0
13 Ribeirão Preto	1.327.989	1	2	0	0
14 São João da Boa Vista	773.781	2	0	0	0
15 São José do Rio Preto	1.470.348	2	1	0	0
16 Sorocaba	2.243.016	2	0	0	0
17 Taubaté	2.264.594	6	0	0	1
Total	41.262.199	50	15	6	3

Fonte: População – IBGE/Datasus, 2010; Serviços – CPS/Grupo de Credenciamento



Figura 2. Distribuição dos serviços de Oncologia nas regiões de saúde. Estado de São Paulo, 2011.

Dados sobre recursos da rede cadastrada

Os recursos referentes à rede de atenção oncológica cadastrada pelo SUS encontram-se informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e apresentam alguns equívocos, como o registro do número de salas e não do número de cadeiras disponíveis para a central de quimioterapia, fato que dificulta ainda mais a correta quantificação dos recursos realmente disponíveis. Colabora para essa dificuldade de quantificar recursos o fato de que não existe referência sobre o quanto da capacidade instalada está disponível exclusivamente para o SUS.

Alguns dados constantes no CNES podem ser considerados discrepantes ou mesmo ausentes. Mas refletem as informações cadastradas pelos próprios serviços ou pelos gestores que estavam disponíveis para consulta em abril de 2011.

Apesar da dificuldade em mensurar os recursos físicos disponíveis, chama a atenção o déficit referente aos equipamentos de radioterapia. De fato, levantamento elaborado pela Fundação Oncocentro de São Paulo¹⁰ sobre o parque radioterápico disponível para o SUS no Estado de São Paulo apontou, em 2010, a existência de 79 equipamentos para uma necessidade estimada de 172 (déficit de 93).

Dados de produção em oncologia

Os dados de produção referentes ao tratamento dos pacientes oncológicos podem ser analisados a partir dos sistemas de informação do SUS destinados ao pagamento dos prestadores, sendo a parte hospitalar avaliada por meio das cirurgias oncológicas registradas nas Autorizações

de Internação Hospitalar (AIH) e o atendimento ambulatorial pelas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac), para quimioterapia e radioterapia.

As Tabelas 3 e 4 apresentam, respectivamente, a produção totalizada por Departamento Regional de Saúde e por hospital para o atendimento oncológico pelo SUS no Estado, estando registrados o número de cirurgias oncológicas realizadas, e o número de Apac de quimioterapia e radioterapia apresentadas durante o ano de 2010. Um primeiro destaque a ser apontado é que os sistemas de informação utilizados não possibilitam de maneira imediata que se quantifiquem pacientes, mas sim procedimentos. Este fato limita a análise dos dados, principalmente quando o foco se dá nas Apac de quimioterapia e radioterapia, pois um mesmo paciente estará registrado em várias Apac durante o ano. Além disso, no atendimento ambulatorial quimioterápico, um mesmo paciente pode gerar mais de uma Apac simultaneamente, uma vez que pode estar recebendo tratamento quimioterápico endovenoso, representado por um tipo de Apac e também medicação oral enquanto hormonioterapia, representada por outra.

Os dados apresentados, quando comparados à população residente, devem também ser analisados com cautela, pois a produção apresentada pelos serviços de uma determinada regional de saúde não necessariamente foi realizada para a população residente neste mesmo território. Alguns exemplos podem ilustrar como a simples análise dos dados de produção avaliados sem que se conheça a população alvo dos serviços oferecidos pode

simplificar a discussão, levando a conclusões distorcidas. Os serviços habilitados do DRS 7 - Campinas, por exemplo, atenderam em radioterapia, em 2010, a pacientes residentes de outros dez Departamentos Regionais de Saúde. De forma semelhante, no Hospital Pio XII, de Barretos, 85,6% das cirurgias oncológicas foram realizadas para residentes de outros DRS e Estados.

Outro fator que limita a análise sobre a produção das instituições é a apresentação dos números brutos de cirurgias oncológicas e Apac de quimioterapia e radioterapia sem a especificação das topografias dos tumores tratados. Sabe-se que determinados hospitais apresentam expertise e recursos especializados para o tratamento de determinadas neoplasias, concentrando dessa forma sua produção nessas áreas, ficando outras topografias a cargo de outras instituições. Para exemplificar, suponha-se que o hospital credenciado no DRS XI - Presidente Prudente, único para aquela região de saúde, não possua recursos adequados para o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão, mas concentre seus recursos nos tumores do aparelho digestivo, bastante frequentes. Esse hospital poderia apresentar um número total elevado de cirurgias oncológicas e Apac, mas não poderia ser considerado referência para o tratamento do câncer de pulmão, fato que obrigaria os pacientes daquela região a procurar hospitais mais distantes para o tratamento da neoplasia pulmonar.

Apesar dos limites apresentados, que restringem a análise dos dados de produção das instituições, alguns destaques podem ser assinalados. O primeiro diz respeito ao total de cirurgias oncológicas realizadas

pelos serviços credenciados para o atendimento oncológico: 44.580 ao ano. Número insuficiente quando analisado à luz do que define o Ministério da Saúde como necessidade de cirurgias oncológicas – 60% dos casos novos estimados de câncer, que no Estado de São Paulo supera 110.000 (todas as topografias, exceto pele não melanoma). Mesmo que a esse total tenham sido somadas as 7.873 cirurgias oncológicas realizadas em hospitais não cadastrados pelo SUS para o atendimento oncológico, o valor resultante ainda não atinge as necessidades definidas pela Política de Atenção Oncológica.

Outra questão que merece destaque é o fato de que vários serviços credenciados para o tratamento dos pacientes com câncer realizam um número ínfimo de cirurgias oncológicas, inferior inclusive ao realizado por hospitais gerais que não fazem parte da rede de oncologia. Os dados apresentados mostram estabelecimentos com expressiva produção de cirurgias e de Apac de quimioterapia e radioterapia, ao lado de serviços credenciados com produção pouco significativa. Quando se analisam especificamente os dados de produção das cirurgias oncológicas, nota-se que somente 12 hospitais fizeram mais de 1.000 cirurgias ao longo do ano de 2010 e representaram juntos mais de 57% do total das cirurgias oncológicas realizadas pela rede credenciada para o tratamento do câncer no Estado de São Paulo.

Na análise da produção de quimioterapia e radioterapia observa-se também concentração dos recursos. Somente dez hospitais foram responsáveis pela apresentação de 50% das Apac de quimioterapia e 60% da produção de radioterapia.

Tabela 3. População residente, número de cirurgias oncológicas, Apac de radioterapia e quimioterapia, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS	População residente	Cirurgias oncológicas	Apac	
			Radioterapia	Quimioterapia
1 Grande São Paulo	19.683.975	18.369	61.376	231.982
2 Araçatuba	719.323	232	-	6.026
3 Araraquara	920.257	636	2.517	12.917
4 Baixada Santista	1.664.136	1.177	1.714	27.267
5 Barretos	411.690	5.090	26.522	64.792
6 Bauru	1.624.623	5.543	16.856	62.535
7 Campinas	4.031.910	3.791	21.445	70.731
8 Franca	649.807	547	1.872	15.085
9 Marília	1.068.408	736	5.392	15.586
10 Piracicaba	1.412.584	1.138	6.840	19.573
11 Presidente Prudente	722.192	421	2.812	15.052
12 Registro	273.566	245	-	47
13 Ribeirão Preto	1.327.989	1.824	6.073	30.492
14 São João da Boa Vista	773.781	119	2.095	5.785
15 São José do Rio Preto	1.470.348	1.558	3.933	26.734
16 Sorocaba	2.243.016	719	4.815	25.823
17 Taubaté	2.264.594	2.435	10.170	44.041
Total	41.262.199	44.580	174.432	674.468

Fonte: População IBGE/Datasus 2010; produção SIH-SUS/SIA-SUS

Tabela 4. Número de cirurgias oncológicas, Apac de radioterapia e quimioterapia em unidades habilitadas na rede de oncologia, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS), município e hospital. Estado de São Paulo, 2010.

DRS	Município	Hospital (CNES)	Cirurgias oncológicas	Apac	
				Radioterapia	Quimioterapia
1	Diadema	Hospital Estadual de Diadema/Hospital Serraria	292	-	-
1	Mogi das Cruzes	Centro Oncológico Mogi das Cruzes	33	3.689	13.937
1	São Bernardo do Campo	Hospital de Ensino Fundação do ABC	328	6.382	6.326
1	São Bernardo do Campo	HMU Fundação do ABC	80	-	-
1	Santo André	Hospital Estadual Mario Covas/Santo André	877	-	6.063
1	Santo André	Centro Hospitalar de Santo André	130	-	318
1	Santo André	Instituto de Radioterapia do ABC	-	3.612	-
1	São Caetano do Sul	Complexo Hospitalar Marc	145	-	-
1	São Paulo	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo	3.809	-	47.981
1	São Paulo	HC-FMUSP/Hospital das Clínicas São Paulo	1.651	8.417	4.169
1	São Paulo	Centro de Referência da Saúde da Mulher de São Paulo	1.629	-	45.039
1	São Paulo	Irmandade Santa Casa de São Paulo	1.372	-	18.010
1	São Paulo	Casa de Saúde Santa Marcelina/São Paulo	1.355	8.711	17.855
1	São Paulo	Instituto Brasileiro de Controle do Câncer IBCC	1.138	7.342	24.830
1	São Paulo	Hospital São Paulo/Unifesp	1.004	1.581	10.759
1	São Paulo	Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho	912	14.068	17.652
1	São Paulo	Hospital do Câncer AC Camargo	799	3.223	5.840
1	São Paulo	Hospital de Heliópolis	743	-	1.077
1	São Paulo	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	443	-	-
1	São Paulo	Hospital de Transplantes do Estado De SP/EJ Zerbini	410	-	4.991
1	São Paulo	Hospital São Joaquim/Beneficência Portuguesa	369	4.351	4.242
1	São Paulo	Hospital Ipiranga	368	-	2.334
1	São Paulo	Conjunto Hospitalar do Mandaqui	168	-	-
1	São Paulo	Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha	36	-	-
1	São Paulo	Hospital Infantil Darcy Vargas UGA III	27	-	559
1	Taboão da Serra	Hospital Geral de Pirajussara	251	-	-
Total DRS 1 - Grande São Paulo			18.369	61.376	231.982

DRS	Município	Hospital (CNES)	Cirurgias oncológicas	Apac	
				Radioterapia	Quimioterapia
2	Araçatuba	Santa Casa de Araçatuba	232	-	6.026
Total DRS 2 - Araçatuba			232	-	6.026
	Araraquara	Santa Casa de Araraquara	293	1.326	7.731
	São Carlos	Santa Casa de São Carlos	343	1.191	5.186
Total DRS 3 - Araraquara			636	2.517	12.917
4	Guarujá	Hospital Santo Amaro	266	-	1.603
4	Santos	Hospital Guilherme Álvaro Santos	438	-	4.575
4	Santos	Hospital Santo Antônio Santos/Sociedade Portuguesa de Beneficência	250	-	8.012
4	Santos	Santa Casa de Santos	223	1.714	13.077
Total DRS 4 - Baixada Santista			1.177	1.714	27.267
5	Barretos	Fundação Pio XII	5.090	26.522	64.792
Total DRS 5 - Barretos			5.090	26.522	64.792
6	Avaré	Santa Casa de Avaré	93	-	571
6	Bauru	Hospital Estadual de Bauru	521	1.985	10.966
6	Botucatu	Hospital das Clínicas de Botucatu	580	2.927	11.321
6	Jaú	Hospital Amaral Carvalho	4.349	11.944	39.677
Total DRS 6 - Bauru			5.543	16.856	62.535
7	Bragança Paulista	Hospital Universitário São Francisco	229	-	2.730
7	Campinas	Hospital de Clínicas da Unicamp	1.503	6.815	35.932
7	Campinas	Hospital Municipal Dr. Mario Gatti	464	1.900	4.658
7	Campinas	Hospital e Maternidade Celso Pierro	440	-	6.680
7	Campinas	Centro Infantil de Investigações Hematológicas Dr. Domingos A. Boldrini	216	9.850	2.695
7	Jundiaí	Hospital São Vicente de Paulo	939	2.880	18.036
Total DRS 7 - Campinas			3.791	21.445	70.731
8	Franca	Santa Casa de Franca	547	1.872	15.085
Total DRS 8 - Franca			547	1.872	15.085
9	Assis	Hospital Regional de Assis	79	-	1.718
9	Marília	Santa Casa de Marília	295	-	6.643
9	Marília	Hospital das Clínicas de Marília/Famar	148	5.392	5.168
9	Tupã	Hospital São Francisco	214	-	2.057
Total DRS 9 - Marília			736	5.392	15.586
10	Araras	Hospital São Luiz de Araras	118	-	3.361
10	Limeira	Santa Casa de Limeira	297	1.619	5.335
10	Piracicaba	Hospital dos Fomecedores de Cana de Piracicaba	334	3.044	5.043
10	Piracicaba	Santa Casa de Piracicaba	250	2.177	4.716
10	Rio Claro	Santa Casa de Rio Claro	139	-	1.118
Total DRS 10 - Piracicaba			1.138	6.840	19.573

DRS	Município	Hospital (CNES)	Cirurgias oncológicas	Apac	
				Radioterapia	Quimioterapia
11	Presidente Prudente	Santa Casa Hospital Dr. Aristóteles Oliveira Martins	421	-	15.052
11	Presidente Prudente	Instituto de Radioterapia Presidente Prudente	-	2.812	-
Total DRS 11 - Presidente Prudente			421	2.812	15.052
12	Pariquera-Açu	Hospital Regional Vale do Ribeira	245	-	47
Total DRS 12 - Registro			245	-	47
13	Ribeirão Preto	Hospital das Clínicas Faepa	1.255	5.151	18.145
13	Ribeirão Preto	Hospital Imaculada Conceição	390	922	9.206
13	Ribeirão Preto	Santa Casa de Ribeirão Preto	179	-	3.141
Total DRS 13 - Ribeirão Preto			1.824	6.073	30.492
14	Mogi Guaçu	Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos	13	-	4.790
14	São João da Boa Vista	Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros	106	2.095	995
Total DRS 14 - São João da Boa Vista			119	2.095	5.785
15	Catanduva	Hospital Padre Albino	266	-	1.769
15	São José do Rio Preto	Hospital de Base	844	-	17.589
15	São José do Rio Preto	Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto	448	3.933	7.376
Total DRS 15 - São José do Rio Preto			1.558	3.933	26.734
16	Sorocaba	Conjunto Hospitalar Sorocaba	380	-	23.498
16	Sorocaba	Santa Casa de Sorocaba	339	4.815	2.325
Total DRS 16 - Sorocaba			719	4.815	25.823
17	Assis	Hospital São Francisco de Assis	384	-	8.609
17	Guaratinguetá	Hospital Frei Galvão	274	2.596	8.603
17	São José dos Campos	Hospital e Maternidade Pio XII – IPMMI Obra Ação Social	347	-	5.110
17	São José dos Campos	Hospital Materno-Infantil Antoninho da Rocha Marmo	103	-	8.345
17	São José dos Campos	Centro De Tratamento Fabiana Macedo de Moraes GACC	50	-	831
17	São José dos Campos	Instituto de Radioterapia Vale do Paraíba/Cenon	-	4.187	-
17	Taubaté	Hospital Regional do Vale do Paraíba	1.277	3.387	12.543
Total DRS 17 - Taubaté			2.435	10.170	44.041
Total geral			44.580	174.432	674.468

Fonte: SIH-SUS/SIA-SUS

Dados de produção de exames diagnósticos

Os exames diagnósticos representam papel importante na assistência oncológica, pois sua adequada disponibilização garante agilidade tanto para a confirmação diagnóstica como para o estadiamento dos tumores e seguimento adequado dos pacientes em tratamento. Entretanto, torna-se difícil quantificar de maneira desejável os exames mais importantes utilizados em oncologia, uma vez que, com exceção dos tumores de

mama e colo de útero, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Ministério da Saúde não permite identificar, do total dos procedimentos realizados, quais foram os exames utilizados especificamente na atenção oncológica.

Outro aspecto que merece destaque é que o estabelecimento de tetos financeiros para procedimentos de média e alta complexidades pode impactar de maneira negativa o diagnóstico e o seguimento dos

pacientes envolvidos. Vale destacar, como exemplo, uma comparação possível do montante de exames produzidos com as estimativas de necessidade. No caso de mamografias, tomando a faixa etária de 50 a 69 anos, temos no Estado de São Paulo um total de 3.785.266 mulheres (população residente, 2010). Considerando que estas deveriam realizar uma mamografia a cada dois anos, a necessidade seria de 1.892.633 mamografias de rastreamento nesta faixa etária. A produção apresentada em 2010 referente ao SUS foi de 1.057.186 (para todas as idades).

Outro exemplo é a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Considerando a população maior de 50 anos temos um total de 9.195.531 pessoas no Estado de São Paulo (população residente, 2010). Da mesma forma, considerando o parâmetro de realização de um exame a cada dois anos, teríamos uma necessidade estimada da ordem de 4.597.765 exames, sendo que o produzido em 2010 no SUS foi da ordem de 155 mil, muito aquém do necessário apenas para o rastreamento do câncer colorretal.

Diretrizes para a atenção oncológica no Estado de São Paulo

Qualquer programa de atenção oncológica visa, em última instância, a redução da incidência e da mortalidade por câncer, o aumento da sobrevida e uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

A Organização Mundial de Saúde preconiza que seus Estados membros elaborem planos globais de ação contra o câncer que contemplem: prevenir o que for prevenível (estratégias de prevenção);

curar o que for curável (estratégias para detecção precoce e tratamento); aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida (estratégia de cuidados paliativos e gestão para o sucesso); e fortalecer os mecanismos de gestão.¹¹

É dentro desse caráter abrangente que esta proposta se insere. São sugeridas diretrizes que contemplem todas as faces da atenção oncológica, sendo que, ao final do texto, são apontadas algumas premissas que os autores deste documento entendem como essenciais para que o projeto avance de forma concreta. Espera-se que as diretrizes aqui apontadas possam servir de subsídio para a construção de um plano diretor de oncologia completo e consistente para o Estado de São Paulo.

Promoção e proteção da saúde

O câncer é considerado por muitos como uma doença em certa medida evitável, já que algumas de suas causas estão ligadas à atividade humana. Dessa forma, a prevenção primária do câncer busca diminuir a incidência da doença por meio do desenvolvimento de intervenções que visam, em última instância, à promoção de um estilo de vida saudável.

As principais ações envolvidas na prevenção primária são de caráter transversal, podendo ser citadas como principais o controle do tabaco, a adoção de uma dieta saudável, o incentivo às atividades físicas e o combate à obesidade, a redução do consumo de álcool, a imunização contra o vírus da hepatite B, a diminuição das exposições ocupacionais e a orientação para se evitar a exposição prolongada ao sol.

Para a promoção da saúde apontam-se as seguintes diretrizes:

Diretriz 1: potencialização de ações que promovam um estilo de vida saudável, de modo a estimular hábitos alimentares saudáveis, incentivar atividade física e combater o tabagismo, o consumo de álcool, a exposição excessiva ao sol e a obesidade

Diretriz 2: implementação de programa específico de educação em saúde para crianças e adolescentes, de modo a estimular um estilo de vida saudável, particularmente relacionado com alimentação, atividade física, exposição ao sol e combate ao tabaco e álcool. Sugere-se uma parceria com a Secretaria de Estado da Educação.

Diretriz 3: incremento às ações de apoio aos fumantes que pretendam abandonar o hábito de fumar.

Diretriz 4: implementação de ações de educação em saúde, englobando diferentes mídias, para a prevenção do câncer

Diretriz 5: desenvolvimento de ações específicas para a informação adequada e sensibilização dos grupos populacionais alvos dos programas de rastreamento do câncer.

Detecção precoce

A prevenção secundária ao câncer utiliza como estratégia para o diagnóstico precoce as técnicas de rastreamento populacional, existindo atualmente evidências científicas suficientes para preconizar o rastreamento para o câncer de colo do útero, mama e colorretal. O rastreamento pode ser classificado como oportunístico ou organizado. No primeiro, os exames são ofertados aos pacientes que oportunamente chegam às unidades de saúde. Já o modelo organizado compreende uma série de intervenções: definição da

população alvo e sua convocação, ações para garantir diagnóstico e tratamento ágeis, controle de qualidade em todas as etapas do processo e seguimento adequado dos casos tratados.¹²

Para o câncer de colo do útero e também para o de mama deverão ser seguidas as normas preconizadas pelo Inca. Para o câncer colorretal propõem-se projetos pilotos que utilizem como método a pesquisa de sangue oculto nas fezes, preferentemente com o método imunoquímico, que apresenta grande vantagem sobre o método tradicional (guáiac), por ser específico para hemoglobina humana. Como público alvo sugerem-se os adultos com 50 anos ou mais, com exame realizado a cada dois anos e, em caso de possibilidade da pesquisa do sangue oculto, complementação diagnóstica imediata com colonoscopia.

Embora o objetivo final deva ser o rastreamento de base populacional para os tumores de colo do útero, mama e cólon/reto, entende-se que esse processo deve ser gradativo, de modo a possibilitar que os casos diagnosticados pelo rastreamento possam ser tratados com agilidade e qualidade exigidas. Dessa forma, são propostas as seguintes diretrizes:

Diretriz 6: desenvolvimento de ações específicas que viabilizem o rastreamento do câncer para os tumores do colo do útero, mama e cólon/reto, tendo sempre como objetivo a implementação do rastreamento organizado ou de base populacional, realizado através da atenção primária à saúde.

Diretriz 7: transformação do rastreamento oportunístico realizado para os tumores de colo do útero e mama para um modelo de rastreamento de base populacional.

Diretriz 8: planejamento e implantação de modelo adequado de rastreamento populacional do câncer colorretal.

Assistência aos pacientes

À medida que se aprimoram o diagnóstico precoce e o tratamento, as enfermidades oncológicas tendem a adquirir o caráter de cronicidade, fato que exige um número elevado de consultas, exames e tratamentos, tanto em nível ambulatorial como hospitalar. Dessa forma, o tratamento oncológico deve ser oportuno, integral, multidisciplinar e realizado em instituições de saúde especializadas no atendimento dessas doenças.

Devido à complexidade que permeia toda a assistência oncológica, parece claro que somente através da incorporação de mecanismos de gestão eficientes é que os diferentes setores que trabalham com a atenção oncológica dentro do SUS poderão garantir equidade de acesso, agilidade e qualidade no tratamento do paciente. A regulação do acesso à assistência surge, assim, como o principal mecanismo de gestão a ser implantado, ao lado de ações permanentes de avaliação e controle.

As peculiaridades inerentes ao câncer impõem um modelo de regulação que considere as diferenças topográficas da doença, a capacidade técnica dos serviços credenciados e a necessidade de regionalização da atenção. Necessário se faz que os diferentes níveis de assistência à saúde participem do processo de atenção oncológica, criando uma rede de atenção constituída de diferentes tipos de instituições, que se articulam entre si, tendo sempre como objetivo a regionalização da

assistência. Sempre que possível deve-se descentralizar as ações, mas procedimentos complexos ou tratamento de tumores raros deverão ser realizados em centros de referência.

Na definição dessa rede de atenção oncológica devem obrigatoriamente estar incluídos os casos referentes aos tumores da infância, que demandam recursos específicos. Após estudos iniciais, também deverão ser contemplados alguns indicadores: tempo máximo admitido para o diagnóstico do tumor e seu estadiamento clínico; tempo máximo para o início das diferentes modalidades terapêuticas; e distância máxima a ser percorrida pelo paciente para o tratamento dos tumores mais prevalentes.

Hoje, diferentes estimativas são utilizadas para que se definam as necessidades de serviços especializados em tratamento do câncer no SUS, fato que invariavelmente conduz os gestores a diagnósticos equivocados ou superficiais. Entende-se que a utilização de mecanismos claros de regulação do acesso à assistência, com o suporte de ferramentas de gestão, permitirá que se conheça mais sobre as reais deficiências da rede de atenção oncológica.

Os diferentes dados apresentados sobre a rede credenciada e sua respectiva produção de serviços mostram que não existem, hoje, ferramentas suficientes para avaliar em detalhes se o rol de instituições cadastradas para o atendimento oncológico no Estado de São Paulo é suficiente ou não. Dessa forma, necessário se faz criar instrumentos que permitam avaliar e quantificar detalhadamente a rede cadastrada e os serviços oferecidos.

Como exceção deve ser considerada a premente adequação do parque radioterápico, pois a aquisição de equipamentos e a adaptação física dos serviços demandam planejamento de longo prazo e investimentos consideráveis.¹²

Como a implantação deste novo modelo de atenção requer uma série de ações que podem impactar a atual assistência oncológica desenvolvida em nosso Estado, propõe-se que seja implantado paulatinamente. O câncer de mama feminino, por integrar o Pacto pela Vida (Ministério da Saúde), alta incidência, mortalidade crescente e por já possuir uma linha de cuidado definida, nos parece a escolha ideal para ser o primeiro a ser abordado em projeto inicial. O câncer de próstata, por sua relevância, ou os tumores hematológicos que exigem transplante de medula óssea também podem ser os enfocados inicialmente.

Propõe-se o seguinte modelo a ser adotado, considerando-se as características regionais:

Fase diagnóstica

- O nível de atenção primária exerce o principal ponto na suspeita diagnóstica e tem papel fundamental no diagnóstico precoce de alguns tumores, através de ações vinculadas ao rastreamento do câncer de colo do útero, mama e cólon/reto.
- Todo caso suspeito deve ser encaminhado para o nível secundário ou para os centros especializados em câncer, para a confirmação diagnóstica. De forma semelhante serão encaminhados os pacientes selecionados para os exames de rastreamento. Papel importante aqui deve ser atribuído aos Ambulatórios

Médicos de Especialidades (AME), unidades de saúde planejadas para o diagnóstico rápido de patologias e que já trabalham com vários protocolos para diagnóstico oncológico.

- Confirmado o diagnóstico de câncer, o caso deve ser encaminhado a uma central de regulação em oncologia, que, por meio de protocolos definidos, encaminhará o paciente a um centro especializado para o diagnóstico da extensão do tumor e o consequente planejamento terapêutico. Esse centro será o responsável pelo tratamento.

Fase de tratamento

- O planejamento terapêutico deve ser elaborado em centro especializado, por comissão formada por diferentes profissionais implicados no tratamento.
- O planejamento terapêutico deve ser baseado em protocolo clínico único, a ser seguido por todos os envolvidos no tratamento.
- O tratamento deve ser realizado, preferentemente, em um único centro especializado, sendo que, dependendo dos recursos disponíveis, poderá ser descentralizado somente para o tratamento radioterápico.

Fase de seguimento

- O acompanhamento do paciente é de responsabilidade do centro especializado ao qual está vinculado.
- A atenção básica deve ter participação clara na identificação precoce das recidivas.

Fase avançada

- Aqui a função de maior destaque corresponde às unidades de cuidados paliativos, sendo importante a participação da atenção básica e da assistência domiciliar.
- O suporte psicológico é imprescindível em todas as fases, mas nesta é fundamental.

Nesse contexto, propõem-se as seguintes diretrizes para a área assistencial:

Diretriz 9: desenvolver novas ferramentas para qualificar e quantificar com detalhes a rede credenciada e seus serviços oferecidos, garantindo aos gestores informações suficientes para planejamento desta rede e concluir pela suficiência da rede atual ou, pelo contrário, pela necessidade de credenciamento de novas instituições e/ou ampliação das já cadastradas.

Diretriz 10: desenvolver ações para a elaboração de protocolos assistenciais, contemplando diagnóstico, tratamento e seguimento dos pacientes, devendo ser abordados inicialmente os tumores mais relevantes epidemiologicamente. O *Manual de Oncologia Clínica*, elaborado pelo Instituto de Câncer do Estado de São Paulo (Icesp) pode ser adotado como modelo.

Diretriz 11: implantar mecanismos de regulação do acesso à assistência, através de ferramentas de gestão que permitam a operacionalização de centrais de oncologia, coordenadas e articuladas entre si.

Diretriz 12: implantar uma rede estadual de atenção ao câncer, com a participação de diferentes instituições articuladas entre si, com o objetivo de desenvolver ações que envolvam todas as etapas do controle da doença, de modo a buscar a integração, hierarquização, regionalização, equidade e

agilidade necessárias para o enfrentamento do câncer, sob regulação.

Diretriz 13: desenvolver ações que permitam avaliar a real capacidade dos serviços especializados credenciados para o atendimento oncológico pelo SUS no Estado de São Paulo, de modo a identificar necessidades específicas regionais, necessidade de novos equipamentos ou atualização dos equipamentos já existentes.

Diretriz 14: elaborar plano de ampliação do parque radioterápico, de forma a compatibilizar as necessidades populacionais, desigualdades regionais e recursos disponíveis.

Diretriz 15: estabelecer mecanismos objetivos de avaliação de desempenho da rede estadual de atenção ao câncer.

Cuidados paliativos

Apesar dos avanços obtidos no diagnóstico precoce e no tratamento dos pacientes oncológicos, estima-se que parte dos acometidos pelo câncer irá morrer por causa da doença. Dessa forma, ao longo da patologia oncológica devem coexistir terapêuticas antineoplásicas e ações de cuidado paliativo, predominando as últimas nas fases terminais.

Recomenda-se que um programa de cuidados paliativos inclua desde o controle da dor e de outros sintomas até medidas de suporte e apoio para o paciente e a família. Como em geral as ações de cuidados paliativos referentes ao câncer diferem pouco daquelas outras decorrentes de uma série de doenças crônicas, os programas de cuidados paliativos devem ser pensados e estruturados de modo a incluir uma série de pacientes com transtornos crônicos e

potencialmente mortais. Estudos já realizados por grupo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo apontam que os recursos disponíveis para os cuidados paliativos podem estar localizados em hospitais de pequeno porte. Essa área de cuidado, tão importante e ainda bastante incipiente, deve ser abordada por equipe multidisciplinar, articulada com o sistema de saúde local. Para tanto, as seguintes diretrizes para a área de cuidados paliativos são propostas:

Diretriz 16: definir as necessidades regionais de cuidados paliativos, se possível de forma articulada com outros setores da assistência à saúde, tendo como objetivo chegar o mais próximo da residência dos pacientes, dando-lhes preferentemente apoio qualificado domiciliar.

Diretriz 17: implementar estudos para a definição de modelos de cuidados paliativos em oncologia, de forma a contemplar as diferentes ações necessárias e também as especificidades regionais.

Diretriz 18: desenvolver estudos e ações visando a definição de uma política estadual de alívio da dor em oncologia, apontando critérios para a dispensação de medicamentos e facilitando o acesso aos mesmos.

Merece também destaque a atenção que devem ter os diferentes sistemas de informações que permeiam a atenção ao câncer, desde os vinculados ao pagamento dos procedimentos realizados pelos prestadores até aqueles mais específicos, como os registros de câncer. Esses registros, por sua importância estratégica, devem merecer tratamento preferencial por parte dos envolvidos com a questão.

Outros aspectos fundamentais à atenção oncológica não foram aqui abordados devido à sua complexidade, mas sugere-se que também mereçam atenção especial. Podemos citar, dentre outros, a formação de recursos humanos para área, a pesquisa em oncologia e também a política de incorporação tecnológica que será adotada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A complexidade das atividades relacionadas à atenção oncológica desenvolvida no Estado exige que diferentes estruturas e instâncias, estaduais e municipais, participem do processo, cada qual executando tarefas específicas. A ausência de tal articulação resulta em ações por vezes descoordenadas, parciais ou redundantes e falta de definição clara das responsabilidades.

Dessa forma, e tendo como objetivo coordenar todas as diferentes ações da área, sugere-se a criação de um grupo técnico para a atenção oncológica, vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário Estadual da Saúde. Esse grupo teria como tarefa principal articular os diferentes setores que atuam na área da oncologia no Estado de São Paulo, além de subsidiar o processo de pactuação entre gestores municipais e estaduais acerca do papel a ser exercido por cada esfera de gestão. O primeiro resultado esperado desse trabalho seria a elaboração de um plano estadual de oncologia.

Considerações finais

Por sua magnitude, complexidade e gravidade, o câncer pode ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, particularmente no

Estado de São Paulo. Tal fato gera a necessidade de se adotar medidas diversas, quer de educação e promoção da saúde, quer de diagnóstico e tratamento, quer ainda de reabilitação e cuidados paliativos, que concorram para a diminuição das taxas de incidência e mortalidade pela doença. Para tanto, necessário se faz priorizar o problema e concentrar esforços numa ação conjunta, coordenada, com medidas que garantam maior eficiência ao objetivo de prevenir o que for prevenível, curar o que for curável e melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

Compatibilizar as diferentes necessidades apresentadas com os recursos disponíveis – físicos, humanos e financeiros – é uma tarefa tão difícil quanto imprescindível. Mas urgente se faz organizar as ações, buscando o envolvimento

de gestores de saúde, prestadores, universidades e sociedades científicas num grande pacto estadual que permita a qualificação da atenção oncológica em São Paulo.

Também imprescindíveis para o êxito das ações são o adequado cadastramento das instituições que compõem a rede de atenção oncológica, a implantação efetiva de um sistema de regulação em oncologia e, ainda, o desenvolvimento de um sistema de informações que permeie todas as fases da atenção oncológica.

Para atingir esses objetivos este artigo buscou definir as principais linhas de cuidado a serem abordadas, além de apontar diferentes diretrizes que podem servir de subsídio para a elaboração de um plano diretor de oncologia para o Estado de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. OMS - Organización Mundial de la Salud, Programas Nacionales de Control del Câncer. Políticas y pautas para la gestion. Genebra; 2004.
2. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet] Estimativa 2010 – Incidência de Câncer no Brasil [acesso em abril de 2011]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>.
3. Ministério da Saúde, Datasus [homepage na internet]. Informações de Saúde – Mortalidade [acesso em abril de 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
4. Tamelini, RM. O câncer no Estado de São Paulo: uma análise da morbimortalidade e do gasto público [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2008.
5. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet] Plano de ação para a Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero [acesso em abril de 2011]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario_colo_uteroversao_2011.pdf.
6. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama

- [acesso em abril de 2011].
Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama_.pdf.
7. Ministério da Saúde, Datasus [homepage na internet]. Informações de Saúde – Informações Estatísticas – Siscolo e Sismama [acesso em abril de 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
8. Secretaria de Estado da Saude de São Paulo [homepage na internet]. Fundação Oncocentro de São Paulo. [acesso em abril de 2011]. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br>.
9. Coleman MP ET al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *The Lancet Oncology*, (08)70179-7,2008.
10. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo. Plano de reestruturação da radioterapia no Estado de São Paulo. São Paulo; 2010.
11. Naffah Filho M, Cecilio MAM. Subsídios para um novo modelo de atenção ao câncer no Estado de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo. 2005;v.7, n.28.
12. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama. *Ver Bras Cancerol*. 55(2): 99-113, abr-jun.2009.

Correspondência/correspondence to:
Michel Naffah Filho
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188
CEP: 05403-000 – São Paulo/SP, Brasil
Te.: 55 11 3066-8456
E-mail: mnaffah@saude.sp.gov.br

Instruções aos Autores

Missão

O **Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa)** é uma publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) responsável pelo planejamento e execução das ações de promoção à saúde e prevenção de quaisquer riscos, agravos e doenças, nas diversas áreas de abrangência do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP). Editado nos formatos impresso e eletrônico, documenta e divulga trabalhos relacionados a essas ações, de maneira rápida e precisa, estabelecendo canal de comunicação entre as diversas áreas do SUS-SP. Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde de maneira rápida e precisa, tem como objetivo incentivar a produção de trabalhos técnico-científicos desenvolvidos no âmbito da rede pública de saúde, proporcionando a atualização e, conseqüentemente, o aprimoramento dos profissionais e das instituições responsáveis pelos processos de prevenção e controle de doenças, nas esferas pública e privada.

Política editorial

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/>.

Após uma revisão inicial para avaliar se os autores atenderam aos padrões do Bepa, os trabalhos passam por processo de revisão por dois especialistas da área pertinente, sempre de instituições distintas daquela de origem do artigo, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos autores. Após os pareceres, o Conselho Editorial, que detém a decisão final sobre a publicação ou não do trabalho, avalia a aceitação do artigo sem modificações, a sua

recusa ou devolução ao autor com as sugestões apontadas pelo revisor.

Tipos de artigo

Artigos de pesquisa – Apresentam resultados originais provenientes de estudos sobre quaisquer aspectos da prevenção e controle de agravos e de promoção à 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, e podem, ainda, ser replicados e/ou generalizados por todo o sistema (o que foi encontrado e o que a sua descoberta significa).

Revisão – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo os limites do tema. Os artigos desta seção incluem relatos de políticas de saúde pública ou relatos históricos baseados em pesquisa e análise de questões relativas a doenças emergentes ou reemergentes.

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.

Informe epidemiológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças e agravos e programas de prevenção ou eliminação de doenças infecto-contagiosas.

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 agravos.

Resumo – Serão aceitos resumos de teses e dissertações até um ano dois anos após a defesa.

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.

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.

Editoriais – São escritos por especialistas convidados a comentar artigos e tópicos especiais cobertos pelo Bepa.

Relatos de encontros – Devem enfatizar o conteúdo do evento e não sua estrutura.

Cartas – As cartas permitem comentários sobre artigos veiculados no Bepa, e podem ser apresentadas a qualquer momento após a sua publicação.

OBS – Os informes técnicos, epidemiológico, Pelo Brasil, atualizações e relatos de encontros devem ser acompanhados de carta do diretor da instituição à qual o autor e o objeto do artigo estão vinculados. *Clique aqui* para ter acesso ao modelo.

Apresentação dos trabalhos

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

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar em MÉTODOS que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de Helsink e aprovada por comissão de ética reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como registro dos estudos de ensaios clínicos em base de dados, conforme recomendação aos editores da Lilacs e Scielo, disponível em: <http://bvsmodelo.bvsalud.org/site/lilacs/homepage.htm>. O nome da base de dados, sigla e/ou número do ensaio clínico deverão ser colocados ao final do RESUMO.

O trabalho deverá ser redigido em Português do Brasil, com entrelinhamento duplo. O manuscrito deve ser encaminhando em formato eletrônico (e-mail, disquete ou CD-ROM) e impresso (folha A4), aos cuidados do Editor Científico do Bepa no seguinte endereço:

Boletim Epidemiológico Paulista

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 131
Cerqueira César – São Paulo/SP, Brasil
CEP: 01246-000
bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

O manuscrito deverá ser apresentado segundo a estrutura das normas de Vancouver: TÍTULO; AUTORES e INSTITUIÇÕES; RESUMO e ABSTRACT; INTRODUÇÃO; METODOLOGIA; RESULTADOS; DISCUSSÃO e CONCLUSÃO (se houver); AGRADECIMENTOS; REFERÊNCIAS; e TABELAS, FIGURAS e FOTOGRAFIAS anexas, conforme ordem a seguir.

A íntegra das instruções aos autores quanto à categoria de artigos, processo de arbitragem, preparo de manuscritos e estrutura dos textos, entre outras informações, estão disponíveis no site: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa37_autor.htm.

