

**ATA DA 298ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO, 14/09/2023

PRESIDENTE

LUIZ CARLOS ZAMARCO

COORDENADOR DA COMISSÃO EXECUTIVA

JOSÉ CARLOS RIBEIRO GIMENES

SECRETÁRIO GERAL DO CMS-SP

JÚLIO CÉSAR CARUZZO

LISTA DE PRESENÇA

I – Conselheiros Presentes

Representantes da Sociedade Civil:

ADRIANA RAMOS COSTA MATEUS (TITULAR) - REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE

ALESSANDRA ESTEVÃO DA ROCHA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE

BENEDITO ALVES DE SOUZA (TITULAR) - REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO

CRISTÓVÃO AVELINO NERY (TITULAR) - REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL

DIMITRI AUAD (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL

RUBENS ALVES PINHEIRO FILHO (TITULAR) - REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE

JOSÉ CARLOS RIBEIRO GIMENES (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE

ALICE REGINA DE LIMA SANTEZI (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE

ANDRÉ ANCELMO ARAÚJO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

FREDERICO SOARES DE LIMA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

JULIANA MATIAS DE OLIVEIRA (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

Representantes dos Portadores de Patologias

NADIR FRANCISCO DO AMARAL (TITULAR) - REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS

WALTER MASTELARO NETO (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS

THAÍS MENDES SOUZA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS

Representantes da Pessoa com Deficiência

MARIA IMACULADA HENRIQUE CÂNDIDO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Representantes dos Sindicatos Patronais

Representante das Centrais Sindicais

ALEX RICARDO FONSECA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS

Representantes dos Trabalhadores em Saúde

FLÁVIA ANUNCIÇÃO DO NASCIMENTO (TITULAR) - REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS

ROSEMEIRE SENA LOPES (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

MARGARETH ANDERAO (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

Representante dos Conselhos Função Meio

Representante da Associação dos Profissionais Liberais

Representante da Universidade Pública

IVALDO SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA ASSOCIAÇÃO DA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Representante da Universidade Privada

Representante do Prestador Lucrativo

CARLOS ALBERTO PEREIRA GOULART – REPRESENTANTE PRESTADOR LUCRATIVO

REINALDO JOSÉ TOCCI (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO

Representante do Prestador Filantrópico

ELZA DE SANTANA BRAGA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR FILANTRÓPICO

Representantes do Poder Público:

MARCELO MONTEIRO PINTO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO
MARILDA SILVA DE SOUSA TORMENTA (TITULAR) - REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO
NELZA AKEMI SHIMIDZU (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO
RITA DE CÁSSIA BATISTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO
JOSÉ IVAN FERREIRA – (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

II – Ausentes

ALBERTINA SOUZA RIBEIRO JUSTINO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE

SUELY LEVY BENTUBO FONSECA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO

CLARISVALDO RÊGO MONTEIRO FILHO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE

JOCILÉIA NÉIA DA COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

VICTÓRIA MATOS DAS CHGAS SILVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

AMANDA CONEGUNDES MUCCI (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

EDINALVA EDITE DE SOUSA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS
VERA HELENA ALVES SANTANA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

MANOEL OTAVIANO DA SILVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

OLGA LUISA LEON DE QUIROGA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTO SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

CARLOS MIGUEL DE FREITAS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS

EDUARDO VICTOR FERREIRA FARIA (TITULAR) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

EDUARDO BUENO DA FONSECA PERILLO (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS SINDICATOS PATRONAIS

JOSÉ HENRIQUE MARQUES CAMARGO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS SINDICATOS PATRONAIS

ÂNGELA APARECIDA DOS SANTOS (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE

LAUDICÉIA REIS SILVA DOS SANTOS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS

SILAS LAURIANO NETO (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS

AMÉLIA DALVA RIBEIRO DE OLIVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS

FERNANDO HENRIQUE VIEIRA SANTOS (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS
FUNÇÃO FIM

ELAINE DIAS VASCONCELOS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

FRANCISCO ERNANE RAMALHO GOMES (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS FUNÇÃO MEIO

JOSÉ APARECIDO MAION (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS FUNÇÃO MEIO

ALEXANDER DE CARLO FREITAS NAVARRO (TITULAR) – REPRESENTANTE DA ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAIS LIBERAIS

IRAMIR BASTOS GOMES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS

FERNANDO MUSSA ABUJAMRA AITH (TITULAR) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PÚBLICA

PAULO ROBERTO MARVULLE (TITULAR) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA

MARIA DA PENHA MONTEIRO OLIVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA

MÁRIO SANTORO JR. (SUPLENTE) – REPRESENTANTE PRESTADOR FILANTRÓPICO

MARIA DAS DORES LIMA SOARES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

MARCOS ANTÔNIO CAMPOY (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

KELLY CRISTINA LOPES LIMA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

III - Justificativas:

JOSÉ GONZAGA DA CRUZ (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS

JOSÉ ERIVALDER GUIMARÃES DE OLIVEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE

IVONILDES GERREIRA DA SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE

ATA ELABORADA PELA EQUIPE TÉCNICA DO CMS/SP:

DENIZE CALVO COSTA – ASSISTENTE TÉCNICO

DIGITAÇÃO:

SUELÍ DE OLIVEIRA GIMENEZ – ASSISTENTE ADMINISTRATIVO DE GESTÃO

DENIZE CALVO COSTA – ASSISTENTE TÉCNICO

REVISÃO GERAL:

JÚLIO CÉSAR CARUZZO – SECRETÁRIO GERAL

José Carlos Ribeiro Gimenes, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte, Coordenador da Comissão Executiva do CMSSP: Boa tarde! Parabéns pela parte da comunicação acessível. Um grande avanço para as pessoas que são PCD. Deseja boa tarde também a todos que estão online. Estamos com transmissão ao vivo pelo YouTube e pelo Facebook do CMSSP. Estamos aqui abrindo a ducentésima nonagésima oitava reunião plenária do Conselho Municipal de Saúde. Cumprimenta a todos.

Julio Cesar Caruzzo, secretário Geral do CMSSP: Agradece à Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência a Educalibras porque hoje temos intérpretes de libras. Que seja consignado em

4

ata. Faz leitura da pauta da ducentésima nonagésima oitava reunião plenária ordinária do conselho Municipal de saúde de São Paulo. O quórum foi verificado, podemos dar início. Passa à aprovação ata da ducentésima nonagésima sétima reunião plenária ordinária e da quarta reunião plenária extraordinária do CMSSP. Consulta o Pleno: Atas aprovadas. Consulta a mesa e não há informes. Faz leitura da pauta:

A - Aprovação da Ata da 297ª Reunião Plenária Ordinária e 4ª Reunião Plenária Extraordinária

B - Informes da Mesa;

C - Informes dos Conselheiros;

D - Informes das Comissões;

E - Ordem do Dia:

- Apresentação da Área Técnica de Saúde Integral da População LGBTIA+

- Panorama das seguintes doenças:

- Dengue
- COVID – 19
- Tuberculose
- Sífilis
- Raiva

F- Deliberações

- Documento resposta sobre a Declaração de bens dos conselheiros municipais de saúde e dos conselheiros gestores de saúde do município;

- Aprovar Seminário com a pauta “NUVIS”;

- Aprovar Seminário de Saúde da Pessoa Idosa.

Pergunta se há proposta de alteração de pauta. No item F, deliberações, documento, resposta sobre a declaração de bens dos conselheiros municipais de saúde e dos conselheiros gestores de saúde do município. Aprovar o seminário com a pauta NUVIS, aprovar o seminário de Saúde da Pessoa Idosa. Eu consulto se algum conselheiro tem alguma inclusão de pauta.

Fábio Henrique Salles, da AGP: Solicita inversão de pauta, colocar a Ordem do Dia em primeiro lugar porque os técnicos da SMS já se encontram presentes.

Walter Mastelaro Neto, Conselheiro Titular, representante dos Portadores de Patologias:

Inclusão deliberação a aprovação dos três convênios que foram feitos na reunião ontem da comissão COFIN. 732, 1430 e 913. Essas respostas são sobre esses convênios que ficaram atrasadas. Só pra aprovação dentro da comissão. Já tinham sido aprovados. Já tinham deliberado internamente e visto as apresentações. Todos eles foram aprovados e é preciso passar por deliberação aqui no pleno pra que possam devolver ao estado que inclusive já está pedindo.

José Carlos Ribeiro Gimenes, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte, Coordenador da Comissão Executiva do CMSSP: Acha que a gente pode colocar como deliberação sem problemas.

Adriana Ramos Costa Mateus, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste: Boa tarde a todos e todos e todos. Na verdade, queria pedir uma inclusão, Mas não seria pra hoje depois pensar num numa pauta, mas é um assunto já a ser abordado. A gente está vendo muito na mídia essa questão dos hospitais municipais. Inclusive eu até falei que o senhor Gimenes ontem por telefone pra gente pensar numa pauta sobre essa questão em caráter de urgência sobre esse assunto. Sobre essa questão da vigilância em saúde nos hospitais. E assim hospitais lotados, muitas pessoas na fila. Solicita que o Conselho colocasse esse assunto em algum Pleno. É para ontem porque é urgente.

José Carlos Ribeiro Gimenes, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte, Coordenador da Comissão Executiva do CMSSP: Responde que por conta do que está repercutindo na mídia e qual vai ser nossa posição. Já estamos colocando aqui como uma realização de reunião plenária extraordinária para tratarmos deste assunto. Por solicitação da conselheira Flávia. Depois só vamos ver se o seu pleno atual aprova essa deliberação.

Alessandra Estevão da Rocha, Conselheira Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste: Pede a palavra para informar que a conselheira Suely Levi está se ausentando da comissão de comunicação. Solicita que no início da reunião seja lido informe que ela mandou para os vários grupos e como coordenadora adjunta da Comissão de Comunicação solicita a gentileza para ler texto sobre a informação do afastamento dela.

José Carlos Ribeiro Gimenes, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte, Coordenador da Comissão Executiva do CMSSP: Quando chegar na parte de informes de conselheiros informar dos conselheiros sim será lido será lida a mensagem de afastamento da conselheira Suely ou nos informes de comissões. Houve uma inversão de pauta com apresentação da área técnica, aprovada. Vamos então agora à apresentação da população LGBTQI A+.

Dra. Tânia R. Corrêa Souza, Coordenadora da Área Técnica de LGBTQIA+: Agradece o convite, é psicóloga de formação, com uns trinta e quatro anos de trabalho no serviço público. Já é funcionária aposentada e há dois anos assumiu a área técnica de saúde integral da população LGBTQIA+. Há diversas siglas na área. Quem não se lembra do GLS? Mas tudo foi mudando. Hoje há a LGBTQIA+ que nós adotamos como sigla aqui na Secretaria Municipal da Saúde que ocorreu em concordância com o comitê que nós temos de saúde. O que nós não falamos aqui consideramos que estão todos no mais. Vai falar um pouco como é que foi a construção de toda política que a gente tem hoje de atenção à população LGBTQIA+. Relata que quando assumiu essa área havia três desafios importantes. Primeiro era fortalecer o acesso e a qualidade do atendimento, nas questões de acolhimento, de poder oferecer uma assistência integral e de poder garantir os direitos e partindo do princípio do direito ao uso do nome social nas unidades e em todos os documentos das unidades de saúde da rede de atenção. O outro desafio foi investir na capacitação dos servidores para o atendimento a essa população e oferecer os cuidados necessários. E um terceiro, ampliar a rede de atenção pensando principalmente em referências pra crianças e adolescentes e também um ambulatório de especialidades. Então, trouxe uma linha do tempo, não vou ler todo o conteúdo, vai deixar aqui a apresentação com o Fábio. Acha que há algumas questões que são importantes nessa linha do tempo. A primeira unidade foi implantada em dois mil e quinze na UBS Santa Cecília e permanece até hoje. Em 2020, é que assumiu essa área. Anteriormente a isso, as demandas dessa população eram todas encaminhadas para a saúde da mulher. Não havia uma área técnica destinada às demandas de saúde dessa população. A partir de dois mil e vinte e um então nós começamos a reorganizar essa rede, ampliar serviços, fazer parcerias. Chegando então neste ano, a algumas questões que são muito importantes. Em janeiro nós consolidamos a Rede Sampa Trans com uma publicação, uma resolução no diário oficial, depois nós tivemos também a publicação agora em agosto da nota técnica que autoriza o nome social a partir dos doze anos sem a anuência dos pais e também em agosto foi publicado o segundo protocolo, a segunda edição do protocolo, nós já tivemos uma publicada e este ano ele foi publicado com uma revisão ampliada incluindo algumas questões e algumas diretrizes importantes para o desenvolvimento da política

pública de saúde. E também tivemos agora em dois mil e vinte e três, em agosto, a publicação da portaria quinhentos, que dispõe sobre a política pública do Município de São Paulo. Acha que isso é um ganho muito grande pra nós. Se há algum município no Brasil que tenha uma política pública, ela não está tão estruturada e organizada como está a nossa. Então, como nós organizamos essa rede? Nós desenhamos uma linha de cuidado. Todas essas pessoas que compõem essas letrinhas, essas categorias identitárias, a entrada delas é pela UBS. A Unidade Básica de Saúde é o nosso principal ponto de captação dessa população. Também temos uma entrada pequena, mas temos principalmente aqui na região do centro pelo consultório na rua. Que são os moradores em situação de rua. E temos também na atenção primária a entrada pelo CAPS, muitas dessas pessoas fazem acompanhamento em saúde mental no CAPS. Temos na atenção primária grande parte da rede Sampa Trans. Então o que é a rede Sampa Trans? A rede Sampa Trans são unidades na maioria compostas por UBS e essas doze estão na atenção secundária. Em HD ou AMAE e onde nós temos uma equipe multiprofissional capacitada para acompanhamento de pessoas que desejam fazer transformação corporal. Essa transformação corporal pode ser através de estratégias sociais que seriam, por exemplo, mudança do nome, mudança do cabelo, mudança na vestimenta, uso de maquiagem, uso de acessórios, um acompanhamento com fonoaudióloga pra poder mudar a voz ou então também com uma nutricionista, um educador físico, uma fisioterapeuta. Fica com a expressão de gênero mais parecida com sua identidade de gênero. E também as estratégias biológicas, que seria o uso dos hormônios que é ofertado pelo município, que também é o único município do Brasil que oferece hormônios e as cirurgias de transformação corporal. Na atenção secundária, temos então o SAE e o CTA que são equipamentos da coordenadoria de IST/AIDS que acompanham essa população, principalmente a de maior vulnerabilidade. Cita o ambulatório de especialidades e o CR Pop TT que também é uma unidade da rede Sampa Trans que foi inaugurada no início deste ano aqui no centro, que funciona como um apoio pra rede Sampa Trans porque ele tem uma equipe multiprofissional especializada com alguns especialistas que não tem na rede Sampa Trans. Então, no CR Pop TT nós temos endocrinologista, urologista, ginecologista, psiquiatra, equipe de saúde mental que fazem então esse encaminhamento especializado. Na atenção terciária nós temos os hospitais gerais e os hospitais que fazem as cirurgias do processo transexualizador, também conhecido como processo de formação corporal, de afirmação de gênero, onde as pessoas então procuram as cirurgias e hoje são oferecidas SUS, inclusive a mamoplastia masculinizadora para homens trans, a histerectomia para homens trans e pra mulheres trans nós temos as cirurgias de redesignação sexual. O papel da unidade de saúde, da Unidade Básica de Saúde, de uma forma geral é acolhedor, com respeito aos direitos. Orientar com relação ao direito do uso do nome social tanto no cartão SUS como em todos os prontuários, todos

os documentos da unidade. E quando for uma pessoa trans, perguntar se deseja transformação corporal, encaminhar pra rede Sampa Trans. Pessoas que a gente pode dizer que estão dentro das categorias identitárias e orientação sexual, por exemplo lésbicas, gays, assexuais, bissexuais, esses ficam na Unidade Básica de Saúde. Oferecer atenção à saúde integral dessa população. A gente já tem aí questões de preconceito e discriminação, que por exemplo todo homem gay tem que ir pra uma unidade do IST, porque com certeza ele tem um IST, ele precisa fazer um teste pra HIV? Então, a gente pode ampliar esse nosso olhar. Outra questão também é que a gente modifica o olhar sobre que mulher lésbica, por exemplo, não precisa fazer Papanicolau? Então, são essas questões que temos e que aprimoram na atenção primária. Chegando então na rede Sampa Trans, essa pessoa vai com uma consulta agendada e essa primeira consulta vai ser com uma equipe multiprofissional onde ela vai contar o seu histórico de vida, as suas necessidades, os seus desejos, os seus medos e o profissional também vai aproveitar essa consulta pra poder orientá-la com relação a todas as estratégias que a unidade oferta com relação a esse processo transexualizador. Feito isso é desenhado então o projeto e essa pessoa passa a ser acompanhada nessa unidade da rede Sampa Trans. A hormonização pode ser feita a partir dos dezesseis anos. Eles dão apoio também pra pessoas intersexo para complicações de aplicação de silicone industrial que eles fazem. Há acompanhamento pré-natal para homens trans e grávidos e também fazem acompanhamento de algumas endocrinopatias de base que podem surgir pelo uso de hormônios. Então, essa é a nossa linha de cuidado. E tanto a rede Sampa Trans como o CR PopTT fazem a inscrição dessa pessoa que tem desejo de cirurgia na lista para cirurgias. Quem faz a gestão dessa lista é o Estado. Não somos nós do município. Então, o fluxo como eu falei é esse. A entrada se dá então pela UBS, a UBS através de agenda regulada encaminha pra rede Sampa Trans onde essa pessoa é acompanhada e numa necessidade de uma especialidade ela vai pro CR Pop TT, que funciona tanto com agenda regulada como com acolhimento. Das nove da manhã às vinte e uma horas uma pessoa pode ter acesso a esse serviço. Então, aqui no centro nós temos três unidades mais o CR PopTT na CRS Leste. São quatro na Norte, nove na Oeste, dezessete na Sudeste sete e na Sul, quatro. Essa rede Sampa Trans foi consolidada pela Portaria nº 36/2023. Abaixo desta faixa etária de 13 anos temos uma parceria com o ambulatório do HC onde essas crianças são acompanhadas. Essas equipes foram então capacitadas por esse ambulatório do HC para poderem fazer o acompanhamento dessas crianças. Para nós são crianças, mas já são adolescentes, segundo o ECA. Quanto ao número de pessoas atendidas neste primeiro semestre, nós temos um total de pessoas em acompanhamento nesses serviços de quatro mil setecentas e dez pessoas, com três mil e sessenta sessões de hormônios. Então temos aqui trinta por cento dessa população que não faz o uso de estratégias biológicas e fazemos apenas o uso das estratégias sociais. Nós

temos desse total quarenta e cinco por cento que são mulheres trans e cinquenta e cinco por cento são homens trans. Isso também foi uma surpresa porque nós sempre identificamos mais mulheres trans do que homens trans, mas isso pode até ser justificado pelo alto custo da testosterona e pela necessidade de receita médica. A aplicação da testosterona será feita numa unidade de saúde. Então isso está levando os homens trans a procurarem mais as unidades da rede Sampa Trans do município. De janeiro a junho há cinquenta e oito adolescentes em acompanhamento na rede e só oito usando hormônios. Para fazer uso dos hormônios há sempre acompanhamento, avaliação e uma decisão conjunta da pessoa com a equipe de saúde. Outro desafio é a capacitação dos profissionais de saúde. E hoje a gente tem com a educação permanente reunião mensal com os psicólogos, reunião mensal com o Trans US Essas duas reuniões são reuniões com profissionais de todo o estado e são reuniões riquíssimas com partes teóricas, discussão de casos. Muito importante para nossos profissionais. Temos uma reunião mensal com antigos, onde eles fazem a supervisão do atendimento dos nossos adolescentes. Também temos reunião mensal com a rede Sampa Trans onde também discutimos todos esses desafios que essa assistência traz para as equipes de saúde. Discutimos casos e também trazemos pessoas de fora da instituição pra poder auxiliar. Fizemos já vários cursos, seminários, com capacitações baseadas nas necessidades de saúde da população principalmente com foco no preparo dessas equipes para o acompanhamento das pessoas trans. São capacitações online e temos uma um EAD construído e já foram realizadas três turmas; isso construído junto com a Escola Municipal de saúde e também temos capacitações presenciais que os próprios profissionais do CRP e até agora nós já atingimos mil novecentos e setenta e quatro participantes dessas capacitações. Trabalhamos também em parceria com a coordenadoria de IST/Aids e nessas unidades da rede Sampa Trans nós temos cerca de sessenta por cento que também oferecem o PREP e o PEP. Fizemos dois seminários, um ano passado e outro este ano. Pensando também na reprodução, saúde sexual e reprodutiva e também de cuidados de saúde onde participaram presencialmente novecentos e vinte profissionais de saúde. Então, acha que por esses números a gente consegue avaliar o grande interesse que a nossa rede tem esses temas. Ações para a população. Hoje já é uma política pública, mas nós começamos o ano passado uma parceria com a Secretaria de Administração Penitenciária, por uma demanda judicial, o CDP dois de Pinheiros tinha acho que dez, onze mulheres que conquistaram o direito de fazer o uso de hormonização. E nós começamos então com um projeto piloto, em uma unidade de saúde da rede Sampa Trans da região. Vimos que era possível fazer o acompanhamento dessas mulheres tanto com consultas presenciais como com consultas por teleatendimento. Hoje já não é mais um projeto piloto, hoje nós já temos isso como uma política pública do município e nós temos um CDP. Nós ampliamos com duas unidades na Coordenadoria Oeste atendendo essas mulheres.

Nós temos uma unidade na CRS Sudeste também por conta do CDP ou da penitenciária ali do Belenzinho. E temos também na Sul o HD Capela do Socorro, que está atendendo três mulheres da penitenciária de Parelheiros. Na Leste há uma pessoa que também ganhou o direito judicialmente e nós vamos então atender na UBS Vila Jacuí que também é da rede Sampa Trans. Esse ano também fizemos uma parceria com a Fundação Casa e nós e nós estamos no CR Pop TT atendendo já começamos há uns quinze dias os adolescentes da Fundação Casa que também desejam acompanhamento em transformação corporal. Além disso, também temos um olhar especial pra pop rua, ofertamos capacitação pras equipes do consultório na rua pra que elas possam também fazer o os encaminhamentos adequados. Pra isso, a gente também tem parceria com o CRD Bruna Valim, que fica na Major Sertório e também com as Casas Florescer 1 e 2, que são pontos aqui na região central com maioria dessa população mais vulnerável. Fizemos uma caminhada na região Sudeste, participação na Feira da Diversidade, na Parada Gay e uma ação que nós fizemos com o IBRATE, e é o Instituto Brasileiro de Homens Trans, que no ano passado outubro não é rosa, é da cor de quem tem peito. E esse ano eles estão fazendo porque eles ficam muito revoltados com esse outubro rosa, novembro azul, etc. E às vezes a gente acaba não encaixando. Então, nós estamos junto com a atenção básica, pensando na inclusão dessa população usando mais, por exemplo, aleitamento materno, mas sim aleitamento humano. Não usando mulheres, mas usando pessoas com útero, pessoas com próstata pra poder tornar essa linguagem mais inclusiva e pra que essa população se sinta pertencente a essas campanhas. E esse ano acho que nós vamos trabalhar, já tem uma na CRS Sudeste; eles já vão fazer uma atividade em outubro e novembro de todas as cores, e a gente achou o slogan também bastante interessante. Exibe o site, a página no site da Secretaria Municipal da Saúde onde nós temos ali no primeiro botão a rede Sampa Trans. Então lá tem a relação de todas as nossas unidades. No comitê LGBTQIA+ tem a relação dos participantes do comitê, o regimento interno e a formação do comitê. O comitê tem três blocos. O primeiro é formado por pessoas da gestão, o segundo por representantes de todas as categorias identitárias e o terceiro por instituições parceiras. Lá nós temos as legislações, então todas as resoluções, decretos, etc. federais, estaduais e municipais que nos orientam. Publicações também algumas, uma das categorias identitárias e em vídeos nós temos vários vídeos com essa temática que quem faz aqui é a nossa assessoria de comunicação no programa saúde para todos. São vídeos muito interessantes porque são vídeos curtos que podem ser utilizados em grupos, em oficinas, em sala de espera para reflexão e discussão. Encerrada a apresentação, está à disposição. Agradece.

José Carlos Ribeiro Gimenes, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte, Coordenador da Comissão Executiva do CMSSP: Vamos consultar os senhores conselheiros se tem alguma pergunta, vamos fazer as inscrições.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias: Diz que há muitos preconceitos a serem dizimados, e gostaria de saber se há um olhar especial para a pessoas idosa, uma população grande na cidade de São Paulo, dois milhões e duzentos mil. Que tenhamos informação sobre nós, pessoas idosas, porque é complicado hoje em dia que a gente recebe muito na comissão e mesmo no Conselho Municipal do Idoso do qual faz parte, esse preconceito, porque ser velho parece um palavrão, mas todos que são sessenta mais são pessoas idosas. E há os que são chamados de veados velhos, degradando cada vez mais a pessoa. Então eu gostaria dentro desses programas muito bem apresentados aqui e com olhares especiais, que você, Tânia, colocasse a pessoa idosa nos dados estatísticos, nos problemas que essas pessoas idosas trazem. Porque é toda uma vida e chegar nesse ponto de vida de poder se expor. Eu acho que os preconceitos também são muito grandes. E eu gostaria também de que tivesse nas suas apresentações e espalhar por todo esse sistema montado o olhar pra pessoa idosa.

Dra. Tânia R. Corrêa Souza, Coordenadora da Área Técnica de LGBTQIA+: Seria muito bem-vindo. Nós temos esse olhar. E temos inclusive no comitê a participação da ONG Eternamente Sou. Eles estão sempre junto com a gente e no protocolo uma das questões que foi ampliada foi o texto mesmo que fala da pessoa idosa. E mesmo aqui com a área técnica de saúde da pessoa idosa na atenção básica a gente também já incluiu algumas questões pra poder identificar e acolher melhor o idoso LGBTQIA+. A gente não tem dados. Você pode ver que quando eu apresento eu apresento número de pessoas atendidas. Porque um dos nossos problemas é a falta de campo no sistema de informação que tenha lá identidade de gênero e orientação sexual. O Siga ele segue o CADSUS. essa mudança tem que vim do Ministério da Saúde pra gente poder colocar aqui no CADSUS. Mas já estamos há muito tempo tentando trabalhar isso. Já tivemos inclusive reunião com o Ministério onde nós já colocamos essa dificuldade.

Benedito Alves de Souza, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Centro: Lembra que o regimento diz que todo e qualquer documento deve ser enviado com sete dias de antecedência e isso não vem ocorrendo. Era essa a sua solicitação, haja vista que vem fazendo essa cobrança há quatro, cinco, seis, sete meses. Para os conselheiros se apropriarem realmente do material, para fazerem a discussão devida

Margareth Anderáos, Conselheira Titular representante do Conselho Regional Função Fim:

Pergunta há quanto tempo houve essa reorganização que foi apresentada, essa nova área técnica que a Dra. Tânia assumiu a coordenação. Faz tempo? Dois anos. Março fez dois anos. Por que demorou tanto pra chegar até à instância de controle social, essa informação e todos esses esclarecimentos que você traz e por que que a gente não fica sabendo desses cursos que vocês oferecem porque aqui haver pessoas com interesse de estar participando, enfim.

Dra. Tânia R. Corrêa Souza, Coordenadora da Área Técnica de LGBTQIA+: Responde que está há dois anos nessa área e está sempre à disposição. Acontece que não foi chamada antes, mas por ela não tem problema nenhum e se vocês quiserem definir uma forma da gente passar informação desses cursos também não tem problema nenhum a gente não vê aqui enquanto secretaria problema algum. É só chamar que a gente vem.

Dimitri Auad, Conselheiro Suplente, representante do Movimento Popular de Saúde Sul:

Declara que não ficou muito claro na apresentação que ela seria centrada nas pessoas assistidas pela rede Sampa Trans. Não sabe se essa particularidade se fez em razão do da forma como foi requerida pelo Conselho a apresentação. Tem a curiosidade, por exemplo, quando a gente pensa na população idosa a gente sabe que está em torno de dezessete por cento dos da população da capital. Há pessoas que não se declaram. Isso a gente sabe. Mas entre os que se declaram qual é o número, a porcentagem. Dentro do município de São Paulo que a gente tem identificado como pertencente à comunidade LGBTQIA+ Essa é uma curiosidade. Agora em relação à Rede Sampa Trans tem quarenta e cinco unidades e , mas pelo que ouviu, são dezessete unidades em determinada região, quarenta por cento, e a gente sabe que a Oeste não corresponde a quinze e vinte por cento da população da capital. E detém quarenta por cento das unidades. Aí fica uma pergunta, por quê? Deve ter uma razão e queria entender essa razão, porque viu que tem outros territórios que apesar de ter uma população maior tem menos unidades. Assistiu uma aula essa semana em que se falava de uma estimativa de vinte e oito mil mulheres trans. Mas é uma estimativa. Então a gente está muito longe ainda de acompanhar

Dra. Tânia R. Corrêa Souza, Coordenadora da Área Técnica de LGBTQIA+:

Realmente algum dado próximo a essa estimativa. falou na linha do tempo no início da apresentação. Que em dois mil e quinze foi implantado o primeiro serviço ele foi implantado mais por uma militância. Tanto de profissionais como de pessoas dessas categorias identitárias. Não havia aqui na secretaria uma

área técnica organizando essa rede desde o início. Então ela cresceu de forma desorganizada, como você mesmo apontou. A gente tem dezessete serviços de região pequena que não atende um terço do que atende a região do Centro, porque mais de cinquenta por cento desses quatro mil e setecentos hoje estão aqui no centro com quatro unidades. Então, quando essas unidades foram implantadas, não havia critérios pra implantação de novas unidades. Era assim, tem uma equipe ali, tem um enfermeiro, tem um médico que está sensível com a causa, vamos implantar ali, vamos mandar o hormônio, porque até inicialmente essas unidades eram conhecidas como polos de harmonização. Era só pra distribuir hormônio. Faziam o acompanhamento ali necessário com os exames e davam hormônio. Só que aí quando entrou, começaram uma reflexão de que dar hormônio é apenas um procedimento de todo esse processo. E começaram também a ampliar o horizonte pensando num acompanhamento multiprofissional, pensando nessa pessoa como um ser que necessita de uma saúde integral. Então, criaram critérios e vocês podem ver que de um ano pra cá a gente não tem mais implantado nenhum serviço, até porque nós não temos hoje demanda reprimida em nenhuma das Coordenadorias.

André Ancelmo Araújo, Conselheiro Suplente representante dos Movimentos Sociais Comunitários: Agradece à área técnica por participar dessa reunião aqui conosco, e tem uma dúvida. Conhece bem ali o CR PopTT porque mora na região. Sempre que tem a oportunidade, dá uma passadinha lá pra conversar com o pessoal e tentar enquanto conselheiro municipal fortalecer o serviço. Percebe que ainda está muito aquém do esperado, talvez do ponto de vista da do potencial que aquele serviço tem versus o que ele tem efetivamente produzido. Não sabe se isso se dá pelo fato talvez do serviço ser referenciado. É preciso passar pela agenda regulada e o conselheiro Dimitri falou uma questão que considera bem importante, que às Há uma certa dificuldade de forma geral, são diversos obstáculos no acesso à saúde. Quando esse cidadão é vulnerabilizado ele tem um uma dificuldade um pouco maior. Então pode ser que a comunidade LGBTQIA+ não esteja completamente adentrando os serviços como disse a senhora numa estimativa. Acredita que se conseguisse ampliar isso a gente daria um boom significativo na qualidade de vida dessas pessoas porque as vezes buscam por fora colocar silicone e outras coisas e acabam tendo uma complicação maior. Mas saber quais são as estratégias da secretaria nesse exato momento pra fortalecer um pouco mais o CR PopTT. e se há também uma estimativa de ampliação dos serviços dentro do território.

Dra. Tânia R. Corrêa Souza, Coordenadora da Área Técnica de LGBTQIA+: Na zona Leste hátem quatro serviços, você tem na UBS Segutti que fica lá no Ermelino Matarazzo, aí você tem na

14

Vila Jacuí que fica ali em cima da STS de São Miguel, tem na Cidade Tiradentes, tem na UBS Santo André lá em São Mateus, mas dentro dessa região que comporta a CRS Leste tem um vazio desse serviço na STS do Itaim Paulista e na STS de Itaquera. Existe uma estimativa pra ampliação pra que essas áreas também sejam assistidas desde o ponto de vista de ter um uma porta qualificada para o acesso dessas pessoas. Agradece o trabalho de vocês, que considera excelente; parabéns ao conselheiro André, com relação ao CR Pop TT diz que têm trabalhado muito para que a população possa conhecer o que é ofertado lá pelo CRPOP e a gente já teve um aumento bastante significativo de acompanhamento de usuários. Acho que nesse último mês eles fizeram seiscentos e cinquenta e poucos atendimentos e ainda como ele mesmo disse eles têm capacidade de atender muito mais. O CRP não tem a porta estreita, ele tem porta aberta. Ele faz o agendamento através da regulação quando querem marcar a consulta direto com um especialista. Então se lá na Vila Jacuí precisa passar com endocrinologista eles já agendam e a pessoa vai na consulta agendada. O CR PopT tem o acolhimento aberto diariamente das nove da manhã às vinte e uma. E inclusive ele tem acolhimento aberto pra saúde mental que é uma das nossas grandes dificuldades nesse momento. Têm trabalhado bastante pra isso inclusive no mês de julho, fizeram dezesseis reuniões com as STS pra explicar justamente a linha de cuidados e qual é o fluxo de encaminhamento pra que eles possam saber as potencialidades tanto das unidades da Rede Sampa Trans quanto do CRPop T. Na implantação de novos serviços nós temos outros exemplos. No município de algumas regiões que estão sem nenhuma rede de referência naquela região. Não temos nenhuma unidade prevista ainda lá em Itaquera. Como falou, nós não temos demanda reprimida. E quando a coordenadoria identificar a necessidade de abrir mais um serviço ou de fechar algum serviço ou de fazer troca de uma unidade pra outra nós estamos sempre abertos a essas discussões. Por enquanto, a gente não tem ainda nenhuma solicitação nesse sentido.

Walter Mastelaro Neto, Conselheiro Titular, representante dos Portadores de Patologias:

Considera a apresentação muito importante. Costuma reclamar de várias coisas, mas acha que é importante também trazer algumas questões, talvez até ajudando na complementação de uma pergunta que a conselheira Margareth fez. A Tânia passa a ser hoje a primeira interlocutora oficial no município dentro da área da atenção básica e acha importante trazer isso. Que embora o município tenha há muito tempo uma militância e todo e até dentro de um conflito na saúde. E lutaram pra ter esse atendimento que a Tânia conseguiu nos últimos dois anos normatizar. Fazer com que existisse formalmente muito do que a gente tem hoje. A gente tem a rede Sampa Trans porque a Tânia conseguiu mapear essas redes, colocar isso dentro de um documento, colocar isso com uma política a gente teve a publicação da política municipal na semana passada que é um

marco muito significativo especialmente considerando o país onde a gente está ainda e o estado onde a gente está. Há documentos de protocolos que foram criados nos últimos anos, então considera essas questões e reconhecer isso é extremamente importante. Pediu fala pra poder elogiar a Tânia publicamente aqui no Conselho por essa questão. Acha que é importante e gente tem muito que avançar ainda. Mas uma questão que talvez seja muito importante e que passa até da capacidade da área técnica é uma limitação que a gente tem natural. Percebe uma resistência dessas OS em ter essa população dentro e quando diz essa população é a mapeada dita e identificada porque embora algumas pessoas possam parecer LGBTQIA+ muita gente não sabe ou acha que é até que essa pessoa se identifique. É preciso avançar especialmente talvez como Conselho. Garantir que essas políticas possam ser devidamente implementadas e sejam implementadas mesmo que as OS tenham certa resistência ou não tenham interesse nisso. Agradece à Tânia pela apresentação e parabéns pelo trabalho que tem feito.

Dra. Tânia R. Corrêa Souza, Coordenadora da Área Técnica de LGBTQIA+: Agradece ao conselheiro Walter, que é um grande companheiro no Comitê e contribui bastante pra gente poder colocar tudo isso em prática e publicamente.

Thaís Mendes Souza, Conselheira Suplente, representante dos Portadores de Patologias: Quer apenas fazer uma ponderação. A gente está chegando também próximo ao outubro rosa. Uma campanha tão forte nacionalmente. Câncer de mama e agora expandindo para cânceres ginecológicos e não tem como a gente lembrar e mencionar também a população trans nesse cenário que muitas vezes também é inviabilizada, a gente tem certo gargalo em relação a dados. Então, pensar em políticas públicas, pensar em acesso, pensar em humanização pra essas pessoas é ainda mais difícil. Coloca aqui um apelo também em relação a isso e acha que é um momento de muita visibilidade em que a gente pode atuar e trazer essa questão à tona. Hoje o câncer já é a primeira causa de morte em mais de seiscentas municípios. São Paulo ainda não, mas a gente tem capacidade de não alcançar essa estimativa aqui também. Coloca esse apelo e muito obrigada pela atenção.

Dimitri Auad, Conselheiro Suplente, representante do Movimento Popular de Saúde Sul: Não acha justo que algumas Supervisões estejam desprovidas do serviço quando a gente vê que outras que não estão.

André Ancelmo Araújo, Conselheiro Suplente, representante dos Movimentos Sociais e Comunitários: Talvez no seu ponto de vista obviamente é que tem faltado um pouco de divulgação do serviço. E queria saber de que forma o Conselho Municipal de Saúde pode auxiliar a área técnica nesse sentido de trazer um pouco mais de luz a esses serviços que considera tão importantes e relevantes pra saúde da cidade de São Paulo, principalmente quando se vê que as pessoas que vão buscar colocar silicone industrial e isso dá algum problema quando volta, o impacto negativo na vida dessas pessoas é grande. E como um acompanhamento profissional, psicológico, que está dentro dessa rede criada com tanto esmero como é que a gente consegue se apoiar no sentido de trazer mais visibilidade para que se tenha uma adesão maior.

Dra. Tânia R. Corrêa Souza, Coordenadora da Área Técnica de LGBTQIA+: Declara que estão abertos para sugestões e nós temos as nossas reuniões do comitê mensalmente o conselheiro André será bem-vindo pra poder trazer alguma sugestão que a gente talvez ainda não tenha pensado como sendo da gestão.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias: É muito boa a participação ou esse convite que você faz aos conselheiros é muito oportuno mesmo que os conselheiros tomem ciência e e participem. Você consegue trabalhar com todos esses recortes dentro de um de um tema tão polêmico, de um tema em que não há entendimento total em termos de orçamento público. Porque como na saúde da pessoa idosa a gente vê muito isso. Vamos investir ou não na pessoa idosa, merece ou não continuar.

Dra. Tânia R. Corrêa Souza, Coordenadora da Área Técnica de LGBTQIA+: Também é uma pessoa idosa. Também tem mais de sessenta, tenho trinta e quatro, trinta e cinco anos de serviço público, só com HIV, AIDS, trabalhou trinta anos. Então acha que a gente tem uma formação nessa vida. E a gente consegue ter jogo de cintura. Acha que é a maturidade, a experiência mesmo que faz a gente ter um outro olhar pra essas questões.

José Carlos Ribeiro Gimenes, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte, Coordenador da Comissão Executiva do CMSSP: Passa ao segundo item do Ordem do Dia. Apresentações da COVISA

Juliana, Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica da COVISA: Apresenta-se e fala que a encomenda foi falar sobre vários agravos. Fizeram a seguinte divisão, dez minutos para cada

agravo, seguida assim da apresentação, abertura pra dúvidas e assim também a gente otimiza o trabalho dos técnicos. Trouxe pra compor conosco os coordenadores de cada área. Então a nossa divisão ela é composta por vários núcleos. Cada um aí dentro de uma especialidade. Então nós vamos iniciar com a apresentação sobre dengue e raiva. E quem vai apresentar é o Dr. Marco, que é o coordenador do núcleo de doenças transmitidas por vetores. Gostaria de salientar que nós vamos trazer aqui dados relacionados a humanos, porque na COVISA também existe a divisão de vigilância de zoonoses especificamente pra controle dos vetores dos animais. Então, se por ventura os conselheiros tiverem alguma dúvida nessa temática a gente vai acolher e aí levar pros nossos pares e poderemos responder depois.

Dr. Marco Antônio Staufacar Correia, Coordenador do Núcleo de Doenças Transmitidas por

Vetores da COVISA: Agradece o convite. É sempre bom poder compartilhar o trabalho que desenvolvem diariamente. Atualmente está como coordenador do núcleo de doenças transmitidas por vetores e zoonoses que engloba algum dos agravos relacionados a transmissão por mosquitos e por animais, mamíferos por exemplo também e assim por diante. A raiva e a dengue. Então vai falar um pouco dos nossos dados das nossas atividades, dos dados epidemiológicos relacionados aos agravos quando a gente fala do ser humano, quando ele é acometido pelo agravo. Nós achamos importante fazer uma contextualização a respeito dos agravos. Trouxeram alguns dados técnicos mais básicos para contextualizar os dados epidemiológicos que vão mostrar. A dengue é uma doença endêmica no município de São Paulo. Desde noventa e nove a gente tem transmissão da doença aqui. Ela é uma virose causada pelo famoso mosquito *Aedes aegypti* que todo mundo já ouviu falar. É considerado um arbovírus, aquele vírus que tem uma fase no ciclo de desenvolvimento, de replicação dentro no caso o mosquito *Aedes aegypti*. Lembrando que o *Aedes aegypti* pode transmitir outras doenças também, como chikungunya, zica, febre amarela, etc. Mais algumas informações básicas a respeito da doença como período de incubação no ser humano que é de em torno de três a quinze dias e no vetor no mosquito em torno de oito a doze dias. Isso é importante porque quando a gente faz análise dos casos todos esses fatores são levados em consideração, até pra saber onde a pessoa se contaminou. É a exatidão nos dados que a gente levanta. A suscetibilidade é universal, ou seja, qualquer um está sujeito a pegar dengue. Claro que a gente tem quatro sorotipos que causam a doença e quando a pessoa pega por exemplo o sorotipo um, ela vai ter defesa contra esse sorotipo o resto da vida. Porém ela tem mais três chances de pegar a dengue na vida se ela tiver contato com os outros três sorotipos e aí que entra a questão dos casos graves e até óbitos às vezes. Então, quais são alguns dos fatores importantes em questão epidemiológica? Falando da questão epidemiológica em si há uma suscetibilidade

universal. Você tem um número grande de pessoas que podem contrair a doença. Quatro Sorotipos, ou seja, quatro vezes na vida, se a pessoa viver num local onde existe a circulação dos quatro sorotipos, quatro vezes na vida ela pode pegar a doença. Vinte por cento apenas das pessoas que pegam a doença em torno de vinte a trinta por cento são sintomáticos, ou seja, em torno de setenta, oitenta por cento das pessoas que pegam nem sabem que pegaram. Ela passa como um resfriado, como uma gripe comum e a pessoa às vezes nem procura assistência para atendimento e aí que é entra a questão dos casos graves e óbitos. Porque às vezes a pessoa é assintomática, o que a gente chama de oligossintomático quando tem sintomas, não se atenta tanto, não fica tão preocupada com a doença, não busca atendimento e aí você pode ter uma evolução ruim do quadro. Normalmente, essa doença leva a uma evolução benigna. Na maior parte dos casos, as pessoas se recuperam naturalmente, às vezes com hidratação. E são inclusive aqueles casos que são sintomáticos e que vão pra assistência, a maior parte deles também recupera naturalmente. Os principais sintomas da dengue, normalmente aquele caso que a gente considera como suspeita de dengue tem que ser agudo seguido de dois ou mais sintomas que a maioria das pessoas sabe que são dor na musculatura, nas articulações, dor atrás dos olhos, dor de cabeça. E esse quadro ele pode evoluir pra um quadro mais grave que envolve às vezes as questões dos sintomas hemorrágicos, com hemorragia nasal, hemorragia de gengiva, às vezes hemorragia interna. Às vezes evolui pra um quadro mais grave e normalmente está relacionado a quadro hemorrágico. Então, pra gente suspeitar dum caso, ele tem que preencher aqueles critérios citados, febre aguda, repentina. Claro que ele tem que residir no local onde se sabe que tem a transmissão do vírus. Não adianta ele também estar num local onde não há transmissão porque às vezes essa febre pode ser várias outras coisas. Essa febre de início agudo seguido de dois ou mais sintomas. E a partir disso, a gente começa a levar em consideração os sintomas que são apresentados. Então, o caso suspeito apresenta dor atrás dos olhos, dor de cabeça, dor muscular, dor nas articulações, daí ele vai para um caso suspeito com sinais de alarme e além desses sintomas que eu já falei são mais leves, mais brandos, pode apresentar dor abdominal intensa, vômito, persistente, com acúmulo de líquidos em cavidade como edema pulmonar, edema abdominal, aumento do fígado, a diminuição da motilidade, a pessoa fica mais apática, mais irritada, sangramento de mucosa e assim por diante. Daí a gente pode ter o quadro avançando pra uma gravidade maior, para um suspeito de quadro grave. E além de todos esses sintomas, os sintomas normalmente de sangramento são aumentados além dum quadro de choque que se apresenta e também comprometimento de órgãos. Às vezes você tem insuficiência, falência de alguns órgãos. O que pode levar ao óbito às vezes. Na Vigilância, há necessidade de notificação, se houve suspeita pelo médico. Por quem está atendendo é obrigatória a notificação compulsória. Em vinte e quatro horas. Aqui no município

existe uma portaria que obriga o profissional de saúde que suspeita a notificar em vinte e quatro horas. A investigação é imediata, normalmente isso é realizado pela vigilância do território. O sistema que a gente usa pra notificação é SINAM e o próprio território faz o levantamento desse banco para ver se existem casos novos aparecendo já pra desencadear as ações pertinentes, como também a busca ativa de resultados nos bancos laboratoriais. Então, tanto a notificação quanto a busca ativa de dos dados laboratoriais são importantes pra gente ter uma ação precoce em relação àqueles casos. Evitar com que eles evoluam pra um quadro grave. O gráfico mostra como é a incidência da dengue em relação ao comparativo do país, o estado de São Paulo e o município. A gente nota que a incidência de casos no município ainda é baixa em relação com o estado de São Paulo e com o Brasil. Há uma tabela de comparativo entre os anos. É muito interessante. Todos esses dados eles estão disponíveis na internet. Depois vai mostrar os links pra acessá-los. Tanto de manuais técnicos quanto de orientação à população, quanto a esses dados epidemiológicos também. Então a gente nota o número de casos por exemplo em dois mil e dezesseis, com 16.283 casos confirmados. E esse ano doze mil. Então, a gente consegue traçar mais ou menos o perfil epidemiológico do ano comparando com os anos anteriores. E é bem parecido com dois mil e dezesseis. Diferente de um ano epidêmico que a gente teve, por exemplo, em 2015 foram muitos mais casos.? Exibe um comparativo também numa série histórica de 2016 pra cá em relação a quantidade de casos notificados e a quantidade, a proporção de casos confirmados. A gente tem uma proximidade também com o ano de 2016, 2018, mais ou menos em 2019. O que faz a gente já ter uma ideia de como é o perfil epidemiológico desse ano. O gráfico mostra a questão da positividade dos casos e também é um comparativo entre anos. O que chama atenção lógico se a gente for observar o ano de dois mil e vinte e três, ele é mais baixo do que os anos que tiveram também transmissão semelhante. Mas esse pequeno platô correspondente ao mês de julho e agosto. Provavelmente está relacionado também à questão do clima, influência diretamente à manutenção da transmissão durante o ano inteiro. Então, a gente está vendo que a gente está com clima de verão praticamente agora. Não no início da primavera, parece que o tempo quente já está sendo antecipado. O gráfico que é utilizado pela vigilância que a gente chama de Now Casting serve pra a gente prever a curva de transmissão com dez dias de antecedência. Então, ele usa alguns fatores para conseguir prever isso como o número de casos confirmados, número de casos notificados assim como o tempo entre a notificação e os números de casos notificados. Pra gente ter uma ideia de dez dias antes se essa curva de transmissão vai subir, vai descer, vai ficar um platô, isso pra nós da vigilância é muito importante. Pra desenvolvimento das ações. Mostra um mapa com os coeficientes de incidência da doença, a gente nota que a região norte, oeste, leste são onde você tem o maior número de casos. É maior, e aqui a prevalência de sorotipos. Então

aquilo que comentou no começo, o sorotipo um, dois, três, quatro este ano foram identificados sorotipo um e sorotipo dois em algumas regiões da cidade. Porque isso é importante. Lembrem que citou que a pessoa quando pega a primeira vez, ela fica imune o resto da vida por aquele sorotipo que ela pegou, uma segunda vez que ela pegue, sendo ainda a questão do sorotipo dois, que às vezes está relacionado a um quadro mais grave da doença as chances dela apresentar um quadro mais grave na segunda infecção é maior do que na primeira. Quanto às as ações, vão desenvolvendo durante todo o ano de forma contínua. Atualização do plano de contingência a gente acaba com um plano do ano anterior e já começa acabou o plano desse ano a gente já começa a fazer o plano do ano seguinte. Então, a gente está sempre trabalhando com essas atualizações considerando o perfil da doença. Assim como também as questões que envolvem clima e o perfil do vetor. Atualização foi realizada da nota técnica em relação ao fluxo laboratorial. Isso pra fazer com que a o profissional de saúde que faz o acolhimento do município, o atendimento do município ele tem um acesso rápido pra qual direcionamento ele tem que fazer em relação as amostras que ele coleta, o dia tem que ser em tempo oportuno, existem vários critérios que têm que ser utilizados. Existem vários exames pra fechar um diagnóstico e esses exames dependem de alguns critérios. O monitoramento dos bancos de notificação com elaboração semanal de boletim epidemiológico isso a gente faz semanalmente. Inclusive esses boletins estão disponíveis na internet. Até com uma série histórica de anos anteriores. Então, vocês vão conseguir pegá-los por semana epidemiológica e analisar e ver qual é o perfil da doença no município. Inclusive não só da dengue. Ali é um boletim de arboviroses. Então, você vai ver dengue, zika, Chikungunya. É feito o acompanhamento da evolução dos casos graves e investigação por arboviroses em conjunto com a vigilância do território. A gente faz o acompanhamento constante, contínuo de forma exaustiva nos casos graves, primeiro evitar com que eles cheguem aos casos graves. E chegando aos casos graves, a gente faz o acompanhamento de perto. Pra que não evolua ao óbito. Acompanhamento dos resultados de sorotipos da dengue até aquilo que comentou da importância de você saber qual o sorotipo que está circulante na cidade. Porque aí você já tem uma ideia se pode se você vai poder ter casos mais graves ou se a população é mais suscetível ou menos suscetível. Essa identificação de sorotipo é tanto realizada pelo nosso laboratório de diagnóstico de zoonoses que fica lá no antigo centro de controle de zoonoses, hoje Divisão de Vigilância e Zoonoses quanto no Instituto Adolfo Lux. A gente pega os dois laboratórios, os dois dados que eles fornecem. Em relação à identificação viral, esses são alguns materiais, eu não sei se alguém já acessou a página relacionado aos dados que a gente tem. E há o endereço, o link e lá a gente contém informações para o cidadão, roteiro pra eliminação de criadouros, informação pra profissionais de saúde, materiais gráficos, ações estratégicas de combate, cenário epidemiológico, plano municipal. Então, isso é aberto pra

qualquer um que acessar a internet conseguir ver os dados. Exibe a capa do boletim que a gente faz semanalmente. Por semana epidemiológica. E ali um exemplo de alguns materiais que vocês vão encontrar para informação para cidadão em relação ao combate ao mosquito.

Agora é raiva. A raiva agora recentemente com o caso positivo pra raiva em cão. Então, a gente além dos dados relacionados a em si no município vai trazer também algumas ações que foram realizadas num caso desse que você encontrar um cachorro positivo pra raiva. Para vocês terem ideia, último caso de raiva humano foi em 1981 no município. O último caso de raiva transmitida por vírus canino foi em 1983. Existem diferentes vírus que causam a raiva. Então tem o vírus do cachorro, tem o vírus do morcego e assim por diante. E o último caso relacionado à transmissão foi em 2011. É importante frisar. O ciclo da raiva nos morcegos no município sempre existiu. Ele vai continuar existindo. Esse é o perfil epidemiológico que a gente tem na cidade hoje. Do vírus da raiva presente nos morcegos. Esporadicamente acontece de uma pessoa ou de um animal ter contato com esse morcego com raiva e acabar tendo que seguir algumas condutas relacionadas à profilaxia pós exposição da raiva. Está trazendo alguns conceitos básicos também para contextualizar a respeito dos dados epidemiológicos, inclusive em relação à questão da análise dos animais também. A gente tem alguns ciclos de transmissão da raiva, tem um ciclo aéreo que é o que a gente tem mais presente nas regiões urbanas, que está relacionado ao morcego. E há o ciclo silvestre, que às vezes a gente tem a presença do cachorro do mato, raposinha. Ciclo rural que envolve os herbívoros que é bovino, equino e assim por diante. E também a parte que envolve os animais domésticos que estão mais em contato com a gente. E estão relacionados normalmente com o ciclo aéreo pra nós aqui, com o ciclo urbano que é onde a gente considera que a raiva está sendo transmitida pelo vírus canino. O felino tem o hábito de preda. Então a partir do momento que ele preda, ele tem essa característica às vezes de caçar animais como o morcego, como outros animais silvestres. E aí ele fica mais exposto às vezes ao vírus. O cachorro por exemplo que está dentro de casa. Vocês vejam que esse caso que a gente teve em São Paulo o histórico do animal era de um animal errante. Então, a gente não sabe dizer de onde ele veio, como é que ele pode ter pegado a raiva e assim por diante. Então, voltando à questão do ser humano, quando tem contato com o animal suspeito de raiva, o que que a gente tem que levar em consideração é seguir com a conduta de profilaxia da doença com a pessoa. A característica do ferimento, a localização do ferimento, a extensão do ferimento, profundidade do ferimento. Todos esses são fatores que levam em consideração para o médico analisar e dizer se a pessoa vai tomar vacina, vai tomar soro, sobre vacina. E assim por diante. Classificação do acidente, isso é um acidente leve, superficial, isso é muito grave. É dilacerante, múltiplo e assim por diante. E a avaliação do animal, que é importantíssimo. Qual espécie envolvida? O histórico vacinal desse animal, se ele tem origem. E

22

assim por diante. Todos esses são fatores de riscos que são analisados e aí depois segue-se com a conduta do que se fazer em relação ao caso. Como conduta básica inicial, a pessoa sofreu uma agressão por um animal suspeito de raiva ou um animal desconhecido, lava o ferimento com água e sabão por quinze minutos, esfregar mesmo, o vírus tem uma característica que ele acaba rompendo a proteção que ele tem quando em contato com produtos como sabão. O sabão acaba matando o vírus que está naquele local. Por isso é importante lavar o ferimento por esse período. Em relação a curativo com aproximação, evitar suturas, avaliação de infecção do ferimento, isso tudo normalmente a equipe que faz o atendimento é que analisa. Normalmente o ferimento causado por mordedura ou arranhadura não tem indicação de sutura, mas isso depende da avaliação médica sempre. O animal às vezes com a garra tá no ambiente e a gente sabe que a bactéria causadora do tétano está no ambiente, às vezes você tem alguns animais com essa bactéria na boca, nas garras e pode transmitir por meio dessas lesões que eles causam. As classificações de acordo com o tipo de ferimento, são leve, ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente são únicos, em tronco, em membro, exceto extremidade que aí podem acontecer em decorrência de mordedura e arranhadura e lambedura de pele com lesões superficiais e também são considerados leves. Já os graves são aqueles ferimentos de extremidade como cabeça, face, pescoço, mão, a ponta dos dedos ou planta do pé, profundos, múltiplos, extensos em qualquer região do corpo, lambeduras de mucosa ou de pele onde já existe uma lesão grave, ou seja, já existe uma lesão profunda ou é em extremidade de e ocorre lambedura por um animal suspeito. Profundos causados por unhas de animais é o mais importante. Também qualquer ferimento causado por animal silvestre. Então morcego, pessoa que vai lá brinca com o sagui ou então tem contato com o guaxinim, cachorro do mato, são considerados ferimentos graves, não importa a extensão do ferimento, não importa a profundidade, são considerados graves. A avaliação do animal com a espécie envolvida na agressão, a condição no momento da agressão, no momento da agressão animal era suspeito de raiva. Ou por exemplo foi uma agressão provocada que a gente chama então o animal estava comendo a pessoa foi lá e enfiou a mão no prato e mordeu, ele respondeu a uma agressão de alguém mordendo, se defendendo. Então tudo isso é levado em consideração. E o fator primordial é a possibilidade de observação do animal. Então se eu posso observar o animal por dez dias, cão e gato, no caso, porque silvestre não se consiga observar normalmente. Se pode observar o cão e o gato por dez dias isso muda todo o panorama em relação à conduta da prevenção da doença. Tem alguns animais que são considerados de baixo risco, Os de baixo risco são roedores, lagomorfos e assim por diante. Coelho, rato de telhado, ratazana, quando ocorrem acidente com esses animais não há indicação de tratamento de prevenção da doença raiva. Animais de médio risco, cães e gatos. Vai depender do caso, como esse caso que a gente teve de raiva canina, o

animal não tinha histórico. O animal estava com uma alteração comportamental, todos esses são fatores que já levam você a considerar ele de um risco maior. Diferente de um animal que é meu ou do animal que é do vizinho, que está vacinado. Todas essas avaliações tem que ser realizadas. Animais de interesse econômico também, por exemplo, bovinos, equinos, caprinos. Então avaliar o grau de contato, exposição que os tratadores têm com esses animais. A raiva no herbívoro é diferente da raiva no carnívoro normalmente. Então, vai depender do tipo do vírus também que está causando. Normalmente no herbívoro você tem a correlação do morcego hematófago, ele vai lá se alimenta do sangue do cavalo, ele se alimenta do sangue do boi e assim ele transmite a raiva porque ele tem o vírus na saliva. E aí o boi, o cavalo eles normalmente apresentam um sintoma diferente do cão. Sintoma que o boi e o cavalo apresentam é de se isolar. Às vezes eles começam a vocalizar sem alguma coisa que justifique. E tem paralisia de membros pélvicos também deles. Uma coisa que acontece que chama atenção é onde ocorre o risco da transmissão. No caso de herbívoros é como o animal para de engolir e você começa a notar salivação. E a salivação faz com que a pessoa ache que ia acontecer obstrução. Aí ele vai lá e enfia a mão lá dentro pra ver se tem um caroço de manga, se tem alguma coisa assim. E aí que ele se machuca e tem contato com o vírus da raiva do cavalo, do boi e assim por diante. Então, animais de alto risco, sempre. Morcegos e animais silvestres. A lesão causada por morcego hematófago às vezes a gente acha que é uma lesão grande ou que são dois furinhos e não é nada disso. É um raspadinho que você nota normalmente quando ele causa a lesão. Todos os animais silvestres devem ser classificados como animais de risco, mesmo que domiciliados ou domesticados porque você não tem muita precisão do período de incubação do vírus nesses animais. A pessoa pegou um sagui da natureza. Ele pode apresentar sintomas de raiva daqui a meses. Por isso que eles são considerados de risco. Importante a profilaxia com soro e vacina independente da gravidade de lesão. Aqueles animais considerados de maior risco, não importa a característica da lesão, profilaxia e a sorovacinação. O problema às vezes dos canis silvestres é você ir com o seu cachorro pra fazenda ou pro sítio, pra chácara e lá seu cachorro ter contato com esses animais também. Há manuais no site. E alerta está disponível também no site. Ele tem tantos dados básicos a respeito da raiva. Dados epidemiológicos também. Agora falando a respeito do atendimento antirrábico humano, isso daqui não são casos de raiva, são atendimentos que as pessoas sofreram agressão e receberam a conduta de profilaxia da doença. Então aqui é uma série histórica de dois mil e quinze pra cá e a gente nota esse perfil de em torno de dois mil, dois mil e quinhentos atendimentos por ano. E vinte mil a vinte e cinco mil atendimentos por ano. Na época de janeiro há um aumento leve. Aumento leve no mês de julho. Isso alguns dados apontam e na verdade está sendo estudado a respeito disso que talvez em alguns casos tem que levantar todos esses casos como foram essas

agressões, qual a idade das pessoas que sofreram as agressões porque também tem algum vínculo às vezes com período de férias. Fala do site onde tem as informações igual lá nas arboviroses. Tanto para o cidadão quanto pro profissional de saúde, temos os endereços, os contatos das unidades de referência de atendimento do município e os documentos técnicos referente a raiva. Então, qual o procedimento, qual a conduta em relação a cada tipo de agressão sofrida. Exibe o aplicativo que tá em fase final de desenvolvimento e qualquer profissional de saúde vai poder ter no próprio celular, é muito interessante. Ele vai dar a sugestão de conduta baseada nas notas técnicas, nos manuais técnicos, de Ministério, Estado e Município. A conduta que deve ser realizada de acordo com o tipo da agressão, de acordo com a espécie envolvida e assim por diante. O profissional vai ter um auxiliar ali no aplicativo pra que ele tire as dúvidas com relação à conduta frente àquele caso que ele está fazendo o atendimento. É necessária a avaliação de caso por caso. Teve gente que não teve contato com o cachorro. Então esse não é um caso de indicação de soro vacina por exemplo. E as pessoas que tiveram já é considerado um outro, uma outra metodologia para tratamento. Não só a questão de lavar a lesão e fazer infiltração com soro, fazer vacina e assim por diante.

José Carlos Ribeiro Gimenes, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte, Coordenador da Comissão Executiva do CMSSP: Agradece aos técnicos da COVISA e por problema pessoal e particular informa que terá que se ausentar. A conselheira Flávia está com a internet dela deficitária, ela está acompanhando, mas está deficitária. Eu convido o conselheiro Nadir que está presente aqui, para assumir a coordenação deste Pleno. Muito obrigado a todos

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias: Está aqui presente substituindo o conselheiro Gimenes na coordenação até o final da reunião.

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento popular de Saúde Oeste: Boa tarde a todos e a todos. Gentilmente eu conversei com a doutora Juliana e os demais membros que estão fazendo a apresentação e solicita um tempo para que as convidadas Julia e Giovana se expressem, pois são representantes das mulheres imigrantes a ideia é de nós estarmos interagindo com os imigrantes e nas regiões nossa com grande de concentração de imigrantes.

Convidada Julia: Faz correção porque não representam unicamente as mulheres. A Giovana que trabalha numa organização e nós da rede de cuidados em saúde da população refugiada e imigrante. Paralelamente também trabalham em outras questões de imigrantes, pessoalmente trabalha com no Instituto de Psicologia da USP atendendo a população imigrante como psicóloga, então nós temos nossos trabalhos e a questão aqui é que a gente vem aqui nos apresentar porque há muitas questões que estão relacionadas com os cuidados de saúde, com a Secretaria da Saúde, especificamente demandas relacionadas aos cuidados a essa população nos dispositivos de saúde que estão muito relacionados à questão de compreensão, de idioma, de sensibilidade cultural. Ficaria uma hora só falando disso. Está à disposição para realizar uma palestra, uma sensibilização com essa equipe. Vem trazendo essa necessidade e essa e outra questão também da rede que existe há mais de sete anos. Inicialmente representantes dos dispositivos de saúde participavam das reuniões, as reuniões acontecem uma vez por mês por duas horas da primeira sexta-feira de cada mês, a próxima vai ser dia seis de outubro. Trata-se de uma missão de paz. Estão todos convidados, quem quiser participar, é aberto a quem se interessar trabalhar com essa população. Estão aqui para fazer essa breve apresentação e trazê-los pra junto deles. Pra gente poder trabalhar junto com uma população que tem uma demanda muito específica. Viram no estatuto que não tem um ponto específico pra população refugiada e imigrante, apesar de passar por várias outras. Passar por LGBT, passa por idoso, posição, enfim, pessoas que tem demandas interseccionais. 1

Convidada Jobana: Boa tarde a todos e todas. Obrigado por esse espaço. É imigrante boliviana, ketchua. Conta com Júlia, faz parte da rede da rede, um coletivo de mulheres migrantes que são voluntárias numa equipe. Considera importante frisar que tem migrantes que se identificam como indígenas e trazem o tema deles também no atendimento na saúde básica que considera que não só beneficiaria pessoas migrantes como também as pessoas indígenas em contexto urbano. Que possam complementar e ajudar nesse trabalho excelente que vocês fazem e estarão acompanhando todas reuniões e se colocam à disposição para colaborar em tudo que seja necessário.

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste: Agradece. muito a atenção de vocês e mais uma vez nos disponibilizamos a atendê-las aqui porque é extremamente importante e a partir desse momento nosso secretário do Conselho Municipal de Saúde vai estar à diretamente em contato sempre que vocês necessitarem. E esse conselheiro está à disposição de vocês também. Está bom. Muito obrigado. Espera que da próxima

vez a gente possa trocar mais. Damos continuidade então, já temos as pessoas que querem fazer as perguntas

Dimitri Auad, Conselheiro Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Sul: Sobre a dengue são poucas as perguntas. Número de mortes em dois mil e vinte e dois e no primeiro semestre de dois mil e vinte e três e números de internações. E no caso de casos graves, quais são as ações de vigilância ambiental? Essa é sobre dengue.

Dr. Marco Antônio Staufacar Correia, Coordenador do Núcleo de Doenças Transmitidas por Vetores da COVISA: A gente teve cerca de dez óbitos no ano de dois mil e vinte e três. Só a gente abrir a tabela pra ver do ano anterior. Existem territórios ou regiões que têm maior incidência de dengue na capital. O mapa mostra a maior incidência de acordo com o DA. A região Norte, a região Oeste, Leste e um pouquinho do Centro, ali na Sudeste que têm a maior incidência. A tabela mostra o número de óbitos. Tanto o número de óbitos quanto a porcentagem de letalidade. E esses dez desse ano são até esse momento. Esse dado é até 06/09. Em 2022 foram dois. Se a gente fizer um comparativo progresso, pega o ano de dois mil e dezesseis comparando o número de notificados com número de casos, claro que esse ano ainda não fechou, e a gente está vendo esse veranico aí acontecendo. O índice é de letalidade se a gente for comparar, lógico que isso infere em vários fatores, como a circulação de um sorotipo diferente do que a população não está muitas vezes imunizada. Então, o que a gente tinha prevalente, o que a gente tem ainda prevalente é a circulação do sorotipo um. Mas a gente nota que quando há a circulação de um novo sorotipo, a incidência às vezes de casos graves e óbitos acaba sendo maior. Havia anos que não tinha a presença desse sorotipo novo circulante. Outra pergunta foi: Quando identificados os casos graves, qual é a ação da vigilância? O que acontece? Tentar explicar de uma maneira um pouco mais simples em relação às ações que são desenvolvidas. A vigilância ambiental é que faz a parte do controle do vetor. Nós não trabalhamos nessa parte que seria a parte de nebulização, delimitação de foco e bloqueio de caso novo e assim por diante. A gente atua na parte dos humanos. Que são acometidos pelo agravo. Claro que nesses casos de aumento de casos graves e óbitos, antes disso a gente já está trabalhando, sensibilizando os profissionais de saúde que estão atuando na no atendimento dessas pessoas. Quanto às questões de apresentar como é o perfil das pessoas que surgem pro atendimento, se tem sintomas que são considerados já os sinais de alerta ou que possam evoluir pra casos graves, a hidratação nesses casos é indicada de uma maneira imperativa. Porque a maioria dos casos de dengue que apresentam sintomas graves com a hidratação precoce você evita a maior parte de que esses casos evoluam pra grave ou até mesmo óbito. Essa

27

sensibilização dos profissionais de saúde que fazem o atendimento é feita continuamente. Tanto com os manuais quanto com reuniões técnicas, sensibilização e assim por diante. Agora, a parte ambiental do controle do vetor, do combate ao vetor a gente pode trazer depois. A gente pode encaminhar, por exemplo, à Divisão de Vigilância e Zoonoses, que é o antigo CCZ. Eles é que desencadeiam essas ações relacionadas ao controle do vetor junto com hoje a coordenação do programa de arboviroses. Fazem todas essas ações voltadas ao controle do vetor. Importante se diagnosticado que é um caso grave, comunicar a vigilância pra que ela atue na no território, pra que seja contido. Na verdade, a gente faz a comunicação desde o caso suspeito. Então assim, entrou com a notificação, a notificação obrigatória do caso, feito isso já vai pra vigilância ambiental e lá ele já desencadeia uma ação. As ações de vigilância ambiental são para fazer delimitação de foco, controle do vetor e assim por diante.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias:

Relata que realiza trabalho com a população idosa. É uma população vulnerável que vive em muitos casos em locais bem precários, mesmo estando dentro de um sistema. Esteve na Vila dos Idosos há um mês e tinha uma senhora com oito gatos dentro do apartamento dela. E há outros problemas. Como é que vocês da vigilância trabalham com essa população que fica acamada dentro desses ambientes? Como trabalho? Porque quando vocês informam tudo isso a gente fica mais preocupado com o que está acontecendo, fica mais alerta e a gente começa a ver como é que nós vamos agir, é por isso que também quer estender aos outros três temas que é essa mesma pergunta por isso que eu queria fazer no final mas vai fazer agora, qual é esse tratado? Esse olhar especial que hoje foi falado aqui pra essa população dentro desses locais onde eles estão vivendo, que não sabe se tem controle ou não, porque quando a gente pergunta se alguém da COVISA vai fazer essa fiscalização, não sabe o que é. E a gente também tem falta de informação, essas informações que vocês nos passam, e quando a gente vê os dados de vigilância, nós não temos o diferencial sessenta mais. Isso é importante pra política pública, para pessoas que atuam com a população idosa. Esses óbitos são de jovens, adultos, sessenta mais? Como isso é visto nesse trabalho que vocês executam nesses temas que vocês estão trazendo aqui.

Dr. Marco Antônio Staufacar Correia, Coordenador do Núcleo de Doenças Transmitidas por

Vetores da COVISA: Responde que pode falar um pouquinho a mais até a parte em relação ao “casa a casa” que é feito com orientação aos agentes de zoonoses. Eles são de combate a endemias, vão nas residências fazer orientação em relação a questão de criadouros e assim por diante. Sobre a questão dos gatos, legalmente falando, ela pode ter até dez animais dentro da

28

residência. Ela pode ter até dez animais. Claro que tudo isso vai depender da avaliação do fiscal sanitário que foi ao local verificar o que está ocorrendo. Mas claro, pessoas com comorbidades geralmente idosas. A gente sensibiliza a rede de atendimento quanto aos cuidados e quanto à avaliação de uma maneira bem criteriosa. Normalmente, quando a gente divulga os dados, entende que a saúde é uma coisa única, a gente acaba sempre trabalhando com os totais, porque a gente sempre sabe que aquela pessoa tem aquela chance de piorar, mas sim, a gente consegue fazer essa análise. Por exemplo, pra covid, o quanto esse fator dependente da idade é crucial. A gente não tem esses dados separados por faixa etária, mas a gente tem condições sim de fazer essa análise e faz mais internamente. Isso aí a gente identificar algum sinal de alerta pra trabalhar com essa questão territorializada. Então, é importante ressaltar que além da idade, também tem essa questão da dengue, qual o local de maior incidência. E dentro dessa população, qual é a população mais acometida. Pra aí sim a gente trabalhar com assistência e esses dados.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias:

Como coordenador da comissão de saúde da população idosa aqui, seria interessante ter esses dados pra poder passar para seu coletivo, porque há muitos questionamentos que nos fazem. E que a gente não tem resposta. E a gente vê onde há uma prevalência, aonde a gente pode atuar mais. Políticas públicas até para quem faz as leis terem uma noção da gravidade ou não.

Convidada Auxiliadora: Agradece ao Rubens que trouxe essa temática aí pra ser explanada muito rápido, mas ainda assim tá valendo, faz um convite para Giovana que já nos conhecemos e a outra companheira dela pra fazer parte da comissão de saúde das mulheres e ali tem a questão das mulheres, do homem, do movimento LGBTQIA+, da criança e do adolescente. Então, é muito importante que vocês componham essa comissão que é do Conselho Municipal de Saúde. Uma outra questão é sobre a dengue. A gente sempre está todo ano falando da mesma coisa. E aí a gente percebe que a se não trabalhar em rede não dá, não surte efeito. Acha que vocês têm um papel fundamental que é trabalhar a prevenção, só que nas periferias a gente vê muitos lixos, pontos que acumulam água, que acumulam líquidos, que acumulam insetos e infelizmente a Subprefeitura não faz o seu trabalho. Então, deixa aqui essa indignação que é só gasto pra prefeitura, pras Subprefeituras, pra própria Secretaria da Saúde. Quanto à questão do animal que não foi colocada aqui, mas precisa falar até pra pensar se no futuro a gente pode pensar em ponto de pauta sobre isso. Hoje os animais não tem mais o local onde faça o enterro de animais que morrem. Antigamente era em Santana, ali na Zoonoses de Santana. Chegou muitas vezes levar

animais lá pra deixar lá. E hoje a gente não tem mais. Aqui na periferia, não tem mais terrenos pra serem enterrados esses animais

Dr. Marco Antônio Staufacar Correia, Coordenador do Núcleo de Doenças Transmitidas por Vetores da COVISA: Existem 2 locais para receber animais em São Paulo. É serviço gratuito. Destinação de corpos de animais. Importantes para não haver contaminação do solo e do ambiente. Os locais estão no site.

Adriana Ramos Costa Mateus, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste: Gostaria de saber da área responsável que em 2019 existia um comitê de arbovirose. Eu não sei como é que está esse comitê se eles têm alguma informação pra nos passar, como é que está isso a nível local. A gente trazia discussões a nível de Subprefeitura, com a saúde, várias outras pastas e tratavam justamente dessa questão, assim como a própria Auxiliadora que antecedeu sua fala falou. Isso é questão de zeladoria porque tem todo um trabalho pela saúde que é executado até pra não ter o risco e se não tiver a questão tratada de zeladoria, questão de enchentes e lixo acumulado em determinados locais vai virar fogo. E aí mais pra frente nós vamos ter o período de chuvas, enchentes e vamos ter um boom nessa questão. Sabe que não foi abordada aqui essa questão, mas gostaria de levantar uma que considera importante, que algumas regiões estão tendo infestações de caramujo. Uma questão que a gente precisa tratar e lá atrás também houve uma discussão uma foi passou muito na mídia, né? Essa questão da do ai esqueci agora o nome do bichinho, acho que é um tema também que a gente precisa saber se houve algum caso né? Daquela febre maculosa. Aqui em São Paulo a gente teve casos com relação a infestação de carrapatos. Eu acho que são temas que a gente precisa se debruçar porque a gente está falando de saúde pública. A raiva também é uma questão que a gente tem que se preocupar.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias: E a gente não pode esquecer do escorpião aqui no centro de São Paulo tem muito escorpião. Vinte e três de maio ali está infestado de escorpião. Não vocês estão

Dr. Marco Antônio Staufacar Correia, Coordenador do Núcleo de Doenças Transmitidas por Vetores da COVISA: Só completando quantidade falou é importante também essa questão dos escorpiões. Já é um assunto que volta à questão da parte ambiental também. A gente faz um trabalho relacionado aos dados epidemiológicos, agravos causados por escorpião, não só por escorpião, por serpentes e assim por diante. Porém esse já é o manejo ambiental e tanto no

30

caramujo, na questão do caramujo também, existe um trabalho que é feito pelas unidades de vigilância e saúde dos territórios. Então, é importante ligar no um cinco meia, solicitar que a unidade vá até o local para analisar o ambiente. E ver qual medida deve ser realizada naquele local. Tanto em relação a escorpião, quanto em relação ao caramujo. Com relação ao comitê, hoje nós já estamos dando continuidade às discussões. E também junto com o programa de arboviroses tanto na instituição de alguns outros comitês, assim como também da questão da sala de situação. Provavelmente a gente vai se encontrar discutindo a respeito desses assuntos. Nessa semana, a gente tem uma reunião com a coordenadoria de arbovirose, justamente pra fazer um organograma relacionado a essas questões de sala de situação.

Dimitri Auad, Conselheiro Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Sul:

Pergunta sobre a letalidade da raiva. Dependendo do contexto ou pode haver irreversibilidade da pessoa infectada com a raiva que foi atendida?

Dr. Marco Antônio Staufacar Correia, Coordenador do Núcleo de Doenças Transmitidas por Vetores da COVISA:

Sim. A raiva é ainda é considerada uma doença cem por cento letal. Se a gente ver os dados, 99,9%. A gente tem alguns casos pontuais de cura em decorrência de um tratamento de um protocolo que é instituído, hoje chamado protocolo de Recife e se não lhe falha a memória, praticamente todos os casos de pessoas que começaram a apresentar sintomas evoluíram ao óbito. É uma doença extremamente grave, por isso que realmente um método eficaz para que não aconteça é a profilaxia. A vacina pós exposição e no caso acima de soro vacinação depende do tipo de lesão e do tipo do animal que causou o agravo e também pra aqueles profissionais que têm um maior risco de contato com o vírus. Profissionais também precisam de pré-exposição – tratamento.

Convidado Santana: Elogia a apresentação. Fala da subnotificação de dados de determinada doença. Pergunta se há estimativa de subnotificação e se há dados sobre isso. Fala de notícias de salas de hospitais infestadas por escorpiões.

Dr. Marco Antônio Staufacar Correia, Coordenador do Núcleo de Doenças Transmitidas por Vetores da COVISA:

Há uma área específica de uma das comunidades que tinha esse problema com escorpiões. Entretanto, por não haver casos graves de acidentes a gente não tem um número efetivo do que aconteceu naquela comunidade. Isso porque os casos não foram notificados. Então concretamente é o que é feito para mobilizar a população no sentido de procurarem serviços

médicos independentes da gravidade ou não do caso para que esses números efetivos a gente tenha certeza absoluta de que eles são reais e que não há sub ou super notificações. Obrigado. Boa tarde, Santana. Eu acho que a sua colocação ela é muito interessante que essa questão da subnotificação a gente encontra aí em todas as doenças, pra todos os agravos, sem dúvida nenhuma. A gente tem aí casos que a gente chama de oligossintomáticos que muitas vezes as pessoas não chegam a procurar serviço de saúde mesmo. Mas falando com dados e nessa parte de vigilância epidemiológica a gente trabalha muito com linhas de tendências. Então, é comparado com a nossa série histórica o que a gente já registrou. Então, subnotificação sempre vai existir e a gente sempre tem que trabalhar nessa sensibilização tanto do profissional de saúde quanto da população e há um trabalho contínuo, seja de sensibilização através dos ACS onde tem a estratégia de saúde da família, seja com a disponibilização de material em nossa própria página da COVISA, em todos os nossos relatórios que ao qualquer sinal e sintoma de uma pessoa, ela procura o atendimento médico eficaz. Refere-se tanto à qualidade do atendimento dessa pessoa quanto pra gente que ela também aproveite a oportunidade de entrar em nossos números. Mas infelizmente esse é um problema que a gente convive sim.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias:

Vamos dar continuidade. Com dengue, tuberculose, sífilis e covid. Vamos dar andamento agora com a tuberculose. Quem vai apresentar é a Dra. Raquel.

Dra. Raquel Russo Leite, Coordenadora do Programa Municipal de Controle da Tuberculose:

Está desde 2019 na forma cooperativa do programa de tuberculose. Vai fazer um breve adendo em relação aos imigrantes. Que tem tuberculose nos imigrantes. A gente faz atendimento desses pacientes, inclusive com medicamentos de alto custo que vêm diretamente do Ministério da Saúde. A gente tem cartazes com diversas línguas e a gente participa também do comitê estadual de tuberculose. Do estado de São Paulo, onde há presença de pessoas que também representam imigrantes. Então, a gente está sempre junto porque na verdade eles estão sempre com a gente. Tuberculose é uma doença de transmissão aérea, geralmente, noventa e nove por cento dos casos. Pode haver algum outro tipo de transmissão, mas é muito raro. Ela geralmente acomete os pulmões, mas ela pode acometer qualquer lugar do corpo, pele, osso, olhos, cabelo, pode ocorrer em qualquer lugar do corpo. E a gente trata todos esses tipos de acometimentos, não apenas a tuberculose pulmonar. A gente tem políticas públicas, políticas mesmo de cuidado para alguns tipos de situações de vulnerabilidade da população vivendo em situação de rua, população vivendo com HIV/ Aids. A gente faz parte também do cuidado da população prisional, apesar de ser o estado

que olha essa população de uma maneira geral, mas a gente também atende essa população dentro das nossas unidades do município. E tem uma população de imigrantes, profissionais de saúde. Então, tuberculose quando o paciente chega na unidade ele está tossindo, seja por três semanas ou menos dependendo da sua vulnerabilidade; eles chegam na unidade de saúde e em qualquer unidade de saúde básica vai ser feito o exame de escarro onde são feitos três tipos de exames, o TRM, que é um teste molecular rápido, a baciloscopia que tem aí há mais de cem anos e a cultura se ele já teve tuberculose antes ou se ele faz parte do grupo de vulnerabilidade. Em dando positivo, alguns desses exames ou algum sintoma relacionado à tuberculose ou à presença de tuberculose no exame de raios X, ele inicia o tratamento dentro da própria unidade básica e faz acompanhamento dentro dessa unidade durante um período de no mínimo seis meses. A tuberculose, diferente das doenças que serão faladas aqui, é uma doença crônica. Não adianta a gente falar em cura de tuberculose com menos de seis meses. E existem alguns projetos, alguns trabalhos que a OMS recomenda, de um tratamento encurtado, mas isso não chegou ainda pra gente no Brasil. Então, nosso tratamento ainda é de no mínimo seis meses se é uma tuberculose sem nenhum tipo de resistência bacteriana. Se há algum tipo de tuberculose que tem algum tipo de resistência pode se estender por até um ano e meio, pra até dezoito meses. Esse paciente é acompanhado na nossa rede e dependendo, ele pode fazer o tratamento em casa ou faz tratamento dentro da unidade. Quando ele faz o tratamento dentro da unidade, a gente chama de tratamento supervisionado. E aí ele vai ter direito a receber incentivos como cesta básica e o vale transporte da SPTrans. O bilhete da SPTrans. Esse bilhete da SPTrans não é exclusivo apenas para pacientes, para aquelas pessoas que são contatos também. Precisa se deslocar pra fazer um exame ou pra passar em atendimento. Ele pode solicitar às unidades da sua unidade básica e vai solicitar a sua unidade de vigilância. Dentro da rede de contatos da tuberculose, a gente pede que sejam avaliados. O que significa isso? Essa pessoa que teve contato com a tuberculose vai ser investigada, se verificar que ela está infectada, mas não doente, tem indicação de fazer um tratamento preventivo que a gente vai falar aqui também. E falando já um pouco dos temas que foram falados aqui, todos os dados que a gente tem, a gente tem estratificados pra sexo, idade, raça-cor. A gente só não tem pra LGBTQIA+ porque isso não está contemplado dentro do nosso sistema de vigilância. Mas é um projeto que a gente já tinha solicitado inclusive pro estado, porque a gente usa o sistema de vigilância diferente do resto do país. Então a gente tem essa estratificação toda eu não trouxe isso aqui porque o tempo é dez minutos pra falar. A gente trouxe uma apresentação dividida em antes da pandemia e depois da pandemia. Por que? Porque mundialmente todos os serviços, todos os agravos de qualquer coisa que tenha sido afetada pela pandemia, e a tuberculose, antes da pandemia, era a principal causa de morte de doenças

infeciosas no mundo. Então não é uma doença que ocorre somente onde a gente está. Depois da pandemia, ela ficou em segundo lugar e agora ela já está voltando pro seu posto de primeiro lugar em termos de óbito, até porque se a gente parar pra pensar, essas pessoas que têm tuberculose durante a pandemia elas não tiveram seu diagnóstico. Porque não saiu de casa? Porque o serviço de saúde estava sobrecarregado com covid. Porque elas ficaram com medo às vezes de se confundirem com covid. Então, muitos motivos, muitos fatores desenvolvidos para que a gente tivesse uma diminuição dos casos de tuberculose. Em 2019, a gente tinha casos novos. A gente tinha vinte e quatro casos novos de tuberculose, de pessoas no município. De pessoas que nunca tiveram tuberculose. Quando a gente vem pra o ano de 2020, a gente vê essa queda e essa queda ela foi mundial. Existem estudos matemáticos inclusivos que mostram, da OMS, que essa diminuição vai gerar um aumento no número de óbitos em todo o mundo, em torno de mais ou menos de um milhão e três casos de óbitos no mundo inteiro. Então, o que a gente espera? Lá na frente elas vão acabar sendo acometidas de um estágio muito desfavorável. E isso a gente viu aqui no nosso no nosso município; teve essa baixa do número de casos e em 2021, quando a gente viu que estava caindo muito e que a gente já estava vendo uma repercussão nos estágios desfavoráveis, abandono de tratamento e óbito, a gente fez diversas campanhas dentro do município pra que as pessoas aumentassem a detecção de casos. A gente pediu que qualquer tossidor, mesmo que não houvesse nenhum outro sintoma, fizesse exames de tuberculose. Então a gente vê aqui uma recuperação que é uma recuperação esperada e muito mais rápida do que a gente tá vendo no Brasil. A gente tá fazendo muito mais diagnóstico hoje, mas não porque a gente tá tendo muito mais casos. A gente está recuperando aqueles casos que a gente não fez em 2020. Então é normal esse aumento aqui. A gente vai continuar aumentando porque o que a gente quer nesse momento e é algo que está no nosso plano municipal, é diagnosticar o máximo que as pessoas podem esses casos para tratar e eles não tiveram um estágio desfavorável. Os dados de 2023 já têm atualmente quatro mil e quase quatro mil e setecentos casos até o começo desse mês. A gente vê que no ano de 2022 já passou o ano de 2019, e esse aumento de casos é esperado porque esses casos não foram divulgados, diferentes de um caso de covid, por exemplo que se não é revelado, ele passa. A tuberculose fica e ela piora. Quanto às pessoas em situação de rua, paralelamente também há esse grupo de vulnerabilidade. Porque é um grupo muito importante dentro do nosso município. A gente vê que eles também tiveram uma diminuição do número de casos em 2020 e já têm uma recuperação também em 2021 e 2022. Com a população geral, a população em situação de rua foi a que menos atrasou a quantidade de diagnósticos, por que? Porque a gente tem um consultório na rua o tempo todo. Então o consultório na rua mesmo com aquele monte de casos de covid, eles continuaram fazendo investigação de tuberculose. Teve

diminuição. Mas foi 11% de queda em comparação a mais ou menos a 20%. E da população geral, em relação aos casos de coinfeção TB-HIV, a gente vê também que existe essa queda e esse aumento e isso também é esperado. A gente não aumentou a quantidade de proporção, então, se antes da pandemia a gente tinha 9%, 8% das pessoas que estavam doentes, com tuberculose, a gente mantém esse número. Então hoje em dia, aqui no município a gente tem mais ou menos uma taxa de coinfeção em cerca de oito, oito e pouco por cento. É o esperado que a gente vê no Brasil e ele é um pouco maior do que a gente vê o nível internacional também. De todas as pessoas que estão contaminadas, que estão tratando tuberculose, em cerca de oito por cento são TB-HIV, tá? Em relação aos encerramentos, não se fala mais em abandono. Desde o ano passado que a gente vem numa tendência em parar de falar porque o abandono culpabiliza o paciente e na verdade você para o tratamento, não quer dizer que seja uma culpa do paciente, às vezes o adoecimento por tuberculose não é apenas uma doença causada por uma bactéria, é uma doença multifatorial. Uma doença social, é uma doença que muitas vezes afeta a família inteira, ela não afeta só uma só a pessoa em si, então a gente tem uma tendência dessa mudança de acabar com o nome abandono e interrupção do tratamento. a gente ainda tem dois mil e vinte e um e dois mil e vinte dois mil e vinte e dois especificamente casos em aberto. O que é isso? São pacientes que ainda não a gente não sabe se curou, teve interrupção do tratamento. Há casos que a gente ainda está aguardando que sejam encerrados no sistema. Em relação à cura também é uma tendência que a gente tem visto não só no município, mas nacionalmente. Às vezes o paciente vai demorar antes, demoraria seis meses pra tratar, pode demorar até um pouco mais porque acabou pegando uma cepa resistente. E a gente tem os casos não encerrados. Em relação à população em situação de rua, acha que são múltiplos fatores em relação à interrupção do tratamento, pelos problemas mentais, álcool e drogas. Eles são migratórios, uma hora eles estão aqui, outra hora eles estão em outros lugares, eles mudam de nome, então em algum lugar ali. Acha que são muitos desafios que as pessoas têm pra trabalhar com essa população pra que essa interrupção do tratamento venha a cair. Em 2022, a taxa de óbito é em torno mais ou menos de 12%, 13%, o que significa que as pessoas que são acometidas por tuberculose que estão vivendo na rua, 12% delas vão a óbito. E aí às vezes essa taxa de óbito inclui também o óbito por HIV, ou outro óbito que não seja como causa básica da tuberculose, mas onde a tuberculose está associada também. Pode passar bem em relação ao tratamento de prevenção.? Uma das coisas que a gente vem falando bastante no mundo inteiro é justamente que não tem como erradicar a tuberculose, que a gente tem um plano de eliminação até 2032, e uma das maneiras que as pessoas vão conseguir fazer isso é evitar que o pessoal adoença. Como que a gente vai evitar que uma pessoa adoença? Descobrir que ela está infectada. E uma vez descobrindo que ela está infectada, tratando essa infecção com prevenção.

Que é justo o tratamento da infecção latente. é financiado pela OPAS, município de cinco capitais é uma delas que está escolhida e está fazendo esse engajamento pra criar novas ferramentas pra gente poder aumentar a quantidade de infecção latente porque não há uma maneira da gente impedir que uma doença aconteça sem a gente tentar fazer alguma coisa antes. O objetivo é evitar que as pessoas adoeçam e aí é através da infecção latente, identificar essas pessoas que estão doentes. Pra gente poder tratá-las evitar que elas adoeçam. Dentre as pessoas que têm indicação de fazer esse tratamento, os contatos que são aquelas pessoas que estão mais frequentemente junto daquela pessoa que está com tuberculose são o nosso objetivo maior, porque ela tem uma chance maior de ser infectada e de acabar adoecendo. E aí a gente vem aumentando progressivamente a quantidade de contato que a gente vem tratando. E só pra gente trazer as pessoas vivendo com HIV AIDS, a gente que mostra que tem feito um trabalho junto com a Coordenadoria de DST AIDS pra levar essa prevenção para pessoas que vivem com HIV. Porque são pessoas que têm uma taxa de mortalidade de vinte por cento. É uma mortalidade muito alta. E não só aqui, mundialmente também. Então a gente vê que a maneira de evitar que evoluam pra esse estágio é tratando a infecção latente. Então, é uma recomendação internacional de que pessoas vivendo com HIV tratem tuberculose preventivamente. Então, a gente vem fazendo essa campanha junto com a coordenadoria e vem aumentando bastante. Vocês veem em 2020 que foram quatrocentos e noventa tratamentos. Em 2022 foi triplo, mil e mil e quinhentos. E aí a gente vê com razão, que as pessoas que têm imunidade mais baixa, que são aquelas que têm que ser adequadas menor do que trinta e cinquenta, elas vêm aumentando a quantidade de tratamento preventivo e em relação às outras pessoas que são justamente esse foco daquelas pessoas mais imunodeprimidas que a gente quer mesmo atingir pra que evite que elas adoeçam. E em relação à rede da tuberculose do município fazem atendimento em toda a rede básica. A gente tem uma equipe de consultório na rua que também faz atendimento de tuberculose dessa população e a gente tem uma rede de referência secundária e quais são os pacientes que vão pra rede de referências? Aqueles pacientes que não estão tratando com esquema básico, quem precisa de um medicamento especial ou que tenha algum tipo de complicação que a rede básica não vai conseguir. Então a gente tem treze serviços com tisiologia espalhadas no município. A gente tem dezessete serviços que atendem pacientes convivendo com HIV e tuberculose. A gente tem oitenta e duas unidades que fazem aplicação da prova tuberculínica que é justamente um teste cutâneo que diz se você teve contato ou não com tuberculose. E a gente está realizando o IGRA que é uma nova prova de investigação de tecnologia também que foi lançada no finalzinho de dois mil e vinte e um e quando foi agora em dois mil e vinte e dois a gente conseguiu fazer aqui no nosso município. Em relação aos cuidados das pessoas com tuberculose, tem o tratamento supervisionado em todas

as nossas unidades básicas. Inclusive no contrato de gestão as pessoas têm um indicador de tratamento supervisionado. A gente tem um projeto terapêutico singular que é justamente para aqueles casos mais difíceis, em que uma equipe multiprofissional vai discutir esse caso, a gente tem visitas domiciliares que vai em busca daquela pessoa que pode ser sem contato. Da pessoa que está com tuberculose então ela informa quais são seus contatos e a gente faz uma visita pra essas casas, pelo EMAD, que é uma equipe multidisciplinar que quando o paciente não tem condições de ir até a unidade, a equipe vai até a casa dele ou pra fazer o tratamento supervisionado ou para as consultas. Outros tipos também, mas a tuberculose está incluída. E a gente tem os encaminhamentos pro hospital de Campos do Jordão, o Nestor Goulart, para aquelas pessoas que precisam sair um pouco da área de uso. E pra poder conseguir fazer seu tratamento de tuberculose tentando tirar um pouco o fator de álcool, drogas. E a gente tem a entrega dos incentivos. Tanto de cesta básica como da SPTrans. No ano passado entregaram vinte mil cestas básicas.

José Ivan Ferreira, Conselheiro Suplente, representante do Poder Público: Pergunta qual é a incidência de TB fora da população com HIV e em situação de rua.

Dra. Raquel Russo Leite, Coordenadora do Programa Municipal de Controle da Tuberculose: Responde que em população normal em 2022 foram 55/100 mil habitantes. Neste ano, 26/100 mil.

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste: Nós, conselheiros, temos que estar bem preparados para esse entendimento todo. Se o conselheiro não está preparado, ele não sabe como trabalhar também. Mas o que lhe chama a atenção, a dúvida que paira sobre a explicação que a senhora deu é a respeito do infectado. Como a pessoa sabe se ela não tem sintomas? Como é que sabe e como procurar ou como o sistema de saúde identifica isso? Existem algumas situações que fazem com que uma pessoa tenha um risco maior de adoecimento

Dra. Raquel Russo Leite, Coordenadora do Programa Municipal de Controle da Tuberculose: Infelizmente não há como o serviço e não há indicação pra gente fazer um rastreio na população inteira. E se a gente tivesse condições, isso digo mundialmente, a gente pegaria todo o mundo e faria um rastreamento que antigamente era aquele raio X pequenininho e não era que todo mundo tinha que fazer? Hoje não tem como a gente fazer isso porque viu que não era só fazer o raio X. Hoje em dia a gente quer um pouco mais, não quer que as pessoas cheguem à doença. A gente

37

pega grupos que têm um aumento da vulnerabilidade, pois são as pessoas que estão em contato, que estão vivendo diretamente com aquela pessoa. São pessoas imunodeprimidas, são profissionais de saúde, são crianças. Tem uma série de grupos que são investigados. E há teste exclusivo do PPD ou IGRA. Existem três tipos de esquemas porque existem especificidades. Alguns esquemas que não são tão bons pra pessoas mais idosas, tem alguns esquemas que não podem ser feitos pra crianças. Existem esquemas que não podem ser tomados com alguns medicamentos. Então isso é tudo escolhido e especificamente para essa pessoa que vai fazer o tratamento.

Dimitri Auad, Conselheiro Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Sul:

Considera meio óbvio o que vai perguntar, mas é só pra confirmar, sobre a rede de urgência hospitalar. Quando há o diagnóstico ela se comunica à unidade de uma UBS?

Dra. Raquel Russo Leite, Coordenadora do Programa Municipal de Controle da

Tuberculose: Tuberculose é uma doença de notificação compulsória. A Unidade de Vigilância é notificada. O paciente fora do hospital tem direito a escolher onde quer ser tratado. E todo diagnóstico de tuberculose é de notificação compulsória. Não se entrega medicamentos sem estar notificado. Então o paciente teve o diagnóstico no hospital, ele vai notificar a unidade de vigilância, a unidade de vigilância vai por no sistema e ele vai receber esse medicamento. Quando o paciente sai de alta, ele será direcionado para uma unidade básica. Às vezes ele não quer tratar perto de sua casa porque tem um estigma. Ele quer tratar perto do seu local de trabalho. Especialmente se ele é paciente vivendo com HIV Aids. Então, se ele quiser tratar perto do trabalho dele que é mais cômodo pra ele tratar perto do trabalho ele vai se direcionar a uma UVIS do trabalho dele. Mesmo que um paciente seja confirmado por um médico particular ou por um hospital particular, ele enviará sua notificação para unidade de vigilância. Ele só vai pegar o remédio se tiver essa notificação. É uma notificação obrigatória. Não adianta o paciente chegar lá com o pedido do remédio. A gente precisa que ele esteja notificado.

Alessandra Estevão da Rocha, Conselheira Suplente representante do Movimento Popular

de Saúde Sudeste: Dentro do tratamento do município, essa questão da tuberculose, o que pode melhorar? O que pode melhorar e como o Conselho Municipal e os conselheiros gestores no território podem colaborar para divulgar essa questão e para colaborar no sentido que as pessoas vão em busca de tratamento de uma forma mais clara. Porque muitas e muitas pessoas não têm a mínima ideia. Como podemos colaborar nesse sentido?

Dra. Raquel Russo Leite, Coordenadora do Programa Municipal de Controle da Tuberculose:

Não? Eles procuram na verdade a UBS e a UBS vai encaminhar. Então vamos lá, vamos começar por partes. Foi falado que a UBS não encaminhava pro hospital. A UBS encaminha pro hospital esse paciente. É possível encaminhar tanto para as secundárias como pro hospital quando há necessidade de um atendimento mais especializado pra tuberculose. É o caso de uma insuficiência respiratória, ou às vezes o paciente tem um derrame pleural, e às vezes o paciente que está com alguma lesão, então a UBS encaminha para o pra o hospital. Na maioria dos casos a gente quer que eles sejam divulgados dentro da UBS porque é uma doença que é muito prevalente em nossa região, então ela tem que ser liberada mais precocemente possível se ela for liberada só no hospital o paciente já está num estado mais avançado. Então nosso interesse é que a UBS identifique esse paciente. Em relação a pessoa em situação de rua. A gente tem um trabalho um conjunto muito grande com uma coordenadoria de atenção básica em relação à população em situação de rua. Todo paciente em situação de rua quando ele faz escarro, este vai pra cultura. Porque muitas vezes pode ser que não dê no primeiro exame, mas pode vir positivo na cultura. Então, a gente quer justamente pegar aquele paciente que tenha diagnóstico mais precocemente possível. Então essa investigação ela é exaustiva não só na rua como nos equipamentos sociais. A gente faz essa busca também dentro dos equipamentos sociais junto com o pessoal da assistência e com SMADS. O objetivo da gente é fazer com que o paciente se cure. Quando a gente identifica algum paciente por exemplo dentro de um equipamento social, a gente investiga todos os funcionários e todos os pacientes. Existem várias ações que a gente faz com aquela pessoa que está na UBS, mas que a gente também faz com a pessoa que está em situação de rua. Até porque ele tem uma vulnerabilidade muito maior. Uma outra questão é a questão da alimentação. A gente fornece cesta para esses pacientes também. Então por que a gente fornece cesta pra esse paciente não fornece o lanche? Em algum momento há muito tempo atrás, mais ou menos há uns sete anos ou mais era fornecido lanche pra essas pessoas que estavam em situação de rua, não era cesta básica. O que é que aconteceu? A gente teve muita perda porque era um alimento muito mais perecível. Então se questiona muito porque vai dar cesta pra esse paciente que está na rua? Esse paciente que está na rua muitas vezes tem um familiar que vai dar aquela cesta. Ele tem uma pessoa que fornece comida pra eventualmente ele vai fornecer essa cesta. Ele tem direito à cesta se ele faz tratamento supervisionado ele é um cidadão que tem direito. Então a gente não vai deixar de beneficiá-lo só porque ele está em situação de vulnerabilidade na rua. A principal arma que a gente tem pra qualquer tipo de agravo é informação. Não se fala de tuberculose em canto nenhum, a gente ainda tenta, a gente fala, tenta falar dentro do município, mas é uma coisa que você não escuta falar de

tuberculose, ninguém fala de tuberculose. A gente tem sempre feito as campanhas de intensificação de busca ativa, a gente tem duas vezes no ano e um dos principais objetivos quando a gente faz essa campanha de intensificação, a gente faz a busca ativa todos os dias na UBS, mas a campanha de intensificação ocorre duas vezes no ano que acontece em abril e setembro e que a unidade vai até a rua vai falar pra população. Acha que se vocês pudessem, pediria para ajudar na informação, é conversar com seus locais onde vocês estão, nas suas reuniões. Acha que aqui é um local poderoso porque a população escuta vocês, porque vocês estão lá no dia a dia com eles pra falar que existe tuberculose, se a pessoa está tossindo que procure a unidade de saúde. Porque as pessoas realmente acham que não tem mais tuberculose e tem, tem muito, tem gente infelizmente que não procura e quando vai descobrir já está com o estado que a gente não consegue reverter. É preciso justamente falar de tuberculose.

Dra. Giselle Garcia Origo Okada, Coordenadora do Núcleo de Vigilância das Infecções

Sexualmente Transmissíveis: Vai falar sobre um assunto que considera pouco comentado, a sífilis. Faz a vigilância epidemiológica da sífilis do município junto com o seu núcleo ali na divisão de vigilância epidemiológica COVISA. A parte de assistência está toda na rede básica. Testam os pacientes, tem testagem à vontade, teste rápido, sorologia, a gente tem a penicilina benzatina ali à disposição para o tratamento. E a gente tem a notificação, que entra pelo SINAM, pelo Sistema Nacional de Informação. Em alguns grupos de risco a gente faz o teste rápido e já inicia o tratamento que é muito fácil, é com a penicilina benzatina. A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, que traz estigmas e que é pouco falada. Ela é crônica e matou muito antigamente. Tem até o museu da sífilis no Rio de Janeiro. Nos EUA foi observado durante alguns anos para ver a evolução natural da sífilis. Ela tem uma evolução ao longo de dez anos. A gente tem uma cura até espontânea de grande parte e trinta por cento vão evoluir com sequelas importantes. Sistêmicas. A neuro sífilis, o aneurisma da aorta, problemas ósseos, oculares e tudo mais. O advento da Penicilina Benzatina mudou tudo e no adulto a gente não vê igual vocês estavam perguntando aqui óbito. Qual é o problema? A sífilis é super prevalente aqui no Brasil, na América Latina, no mundo todo. Ela é uma doença que também tem a parte comportamental e a parte social, já que ela é sexualmente transmissível. E onde ela traz o problema maior pra gente? Nas nossas gestantes que se infectam. E aí a gente tem a transmissão vertical pro bebê a sífilis congênita é muito ruim, ela mata, ela traz morbidade, ela traz parto prematuro, ela traz óbito dentro do útero, ela traz óbito depois do nascimento, ela traz surdez e várias sequelas. O apelo é pra isso. A gente tem que cuidar pra não chegar na gestante. Diagnosticar e tratar. Quem causa é uma bactéria, o Treponema pallidum. A penicilina trata bem ou a doxiciclina. E é fácil, mas não existe imunidade contra treponema. Então,

40

a pessoa pode ter algumas vezes se ela se expor. Esse é o nó da questão. A gente tem aí pro controle do HIV, a gente tem a PREP, a gente tem a Pep, mas a gente não tem isso na sífilis. Então, as pessoas usam menos preservativo e acabam contaminando mais, se contaminam mais, a gestante se contamina e vai pro bebê. Imagina que uma coisa cultural bacana que seria o uso de preservativo na gestação. Pensando na transmissão vertical. Que seria uma proposta de ajuda de vocês junto com a população Apresenta os boletins epidemiológicos baseados em todo o SINAM,, que a gente elabora e lança todo primeiro de dezembro, junto com a Coordenadoria de IST/Aids. Tentam fazer uma linguagem simples, de fácil acesso e todos podem consultar. Sempre se baseiam no do programa estadual e no do Ministério da Saúde pra ficar aí a mesma linha aí dos dados para todos. No nosso boletim está estratificado sexo, escolaridade, raça cor e a idade. Pegou a idade da a população mais de sessenta e tem uma porcentagem aí de mais ou menos nove por cento desses casos nossos de sífilis adquirida, não é pequeno o número. E quando a gente olha, a gente teve uma queda aqui na pandemia. Média de casos pessoais mais ou menos de vinte mil casos de sífilis adquiridos no município por ano. E quando a gente olha as nossas gestantes, vocês vão ver o histórico dos últimos dez anos que está em ascensão. A pandemia não diminuiu a nossa detecção de gestantes com sífilis porque foi priorizado o atendimento da gestante. Elas foram convocadas, elas iam fazer o pré-natal. Aqui diferente do ministério e do próprio estado a gente faz teste rápido pra sífilis na admissão, uma sorologia de primeiro trimestre, uma sorologia de segundo trimestre. Outra sorologia de terceiro trimestre e um teste rápido; são cinco oportunidades de diagnóstico na gestação para pessoas tratarem e evitarem a sífilis congênita. Então, o que a gente percebe? A gente quer aumentar a taxa de detecção dessas gestantes. Em 2022 está dando sete mil casos. Então a gente quer diagnosticar mais pra tratar mais. E pro bebê não ter sífilis congênita. A maior parte das gestantes é de população jovem, mas a gente tem um aumento aqui dos nossos adolescentes. E quando pega na adolescência, o risco de não resposta ao tratamento e de sífilis congênita é muito maior. E até dos estágios desfavoráveis que vai citar. O momento do diagnóstico das nossas gestantes é importante. Quanto mais cedo a gente faz o diagnóstico, mais cedo a gente trata e evita a transmissão pro bebê. A maior parte ainda é no primeiro trimestre. Mas a gente tem aqui mais tarde aqui no terceiro trimestre que às vezes não dá tempo da gente evitar a transmissão Podem ver que na norte é menor, a Sudeste é maior, a sua abrangência mais, a centro menos e a Leste um pouco mais. Então a gente tem uma variação que lá no boletim vocês vão ver que é bem diferente dependendo da CRS. Um fato que chama bastante atenção é o tratamento do parceiro. Tá? Pelo nosso protocolo a gente tem que testar o parceiro e mesmo que ele venha com o teste negativo a gente faz o tratamento para evitar essa transmissão parceiro gestante e bebê. E tem caído cada vez mais o tratamento do parceiro. A gente percebe nas regiões que o tratamento do

parceiro é menor e a sífilis congênita é maior. Então isso já está bem claro pra gente, a gente tem investido cada vez mais em trazer a parceria pro pré-natal, fazer a testagem e tratar. O que a gente percebe é que a partir de 2019 a gente tem mais parceiro não tratado, uma é uma demanda que as pessoas precisam trabalhar aí com as unidades e com a população em geral. A sífilis congênita é um indicador de saúde de uma população. A gente já tem aí várias pactuações do Brasil com a OMS, com a OPAS, faz parte do SISPACTO, faz parte do Plano Municipal e ela reflete a saúde geral da população. A gente não quer ter sífilis congênita, já que é um agravo totalmente prevenível. A gente tem como diagnosticar antes e tem como tratar. A taxa de transmissão da mãe pro bebê quando ela adquire no último ano a sífilis chega a cem por cento. É muito alto. E a transmissão geralmente é durante a gestação. Não é no parto. Por isso que a gente incentiva tanto o diagnóstico e tratamento na gestação. De 2016 pra 17 teve uma queda, o município até foi premiado pelo estado e de 2018 pra 21 o número total até caiu. Como é que a gente calcula o coeficiente de incidência? É o número total de casos pelo número de nascidos vivos. Cada vez mais a gente está trazendo os nascidos vivos, mais ou menos dez mil casos por ano. Então o número caiu, mas o coeficiente meio que se estabilizou. Então a gente tem muito chão pela frente. Pra gente eliminar esse agravo que é a nossa vontade, de chegar em meio caso pra cada mil nascidos vivos. Então temos aí um bom trabalho. aparentemente começou a estabilizar agora. A morte neonatal, ele nasce e acaba no óbito, é de um a cinco por cento. Parto prematuro e baixo peso de 13%. Esse aqui são os estágios desfavoráveis. É muita coisa. Isso aqui não tá na mídia, a população não sabe. A maioria dos nossos bebês são esses aqui, assintomáticos. O que vai acontecer? Também vai ter sequelas, surdez, problema oftalmológico, problema de desenvolvimento e outros mais. Vai precisar de um seguimento de pelo menos dois anos. Aqui está apresentando os avanços desfavoráveis do nosso último boletim pra vocês. É um agravo que traz muito impacto. Quando a gente vê aqui é a nossa taxa de detecção da adquirida que é alta. Então a gente tem que controlar. Sente muita falta de informação pra população. Acha que isso faz a diferença. O estado lança um prêmio, a gente tem a semana tem o dia mundial do combate à sífilis congênita, que é o terceiro sábado de outubro. Então outubro também é verde, não é só rosa, ele é verde também, tá? Tem a semana paulista do combate à sífilis congênita, que o estado organizado, esse ano vai ser vinte e cinco de outubro e entregam o prêmio Luiza Machida nas regiões que estão melhorando seus indicadores. A gente recebeu no ano passado. O município pleiteou um selo junto ao Ministério da Saúde que é o selo bronze de boas práticas rumo à eliminação da sífilis congênita. Nesse selo tem dados epidemiológicos, assistenciais e foi o primeiro município do Brasil a receber esse selo. Não quer dizer que a gente está super bem, mas é um compromisso que a gente tem que daqui só melhorar, não pode piorar perder o selo ano que vem que vai ficar muito feio. E a gente lançou este ano

baseado no nesse selo do Ministério da OMS da OPAS uma premiação para as nossas STS e CRS. Incentivando esse olhar, essa reflexão e com essa premiação a gente consegue também esse compromisso das regiões. A gente teve essa premiação agora em março e a gente agora vai ter o outubro verde que a gente vai continuar fazendo aqui em conjunto com a Coordenadoria de IST/Aids.

Dimitri Auad, Conselheiro Suplente, representante do Movimento Popular de Saúde Sul:

Fala da rede hospitalar – Prevenção de escorpiões. A mídia noticia preocupação nas unidades hospitalares. Propõe convidar a Secretaria da Área Hospitalar para esclarecimentos. Precisam de dados.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias: Os conselheiros precisam de informações. Tem coisas boas sendo feitas.

Dra. Juliana Almeida Nunes, Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica da COVISA: Está sempre à disposição. Os dados são públicos. Prezam a transparência.

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste: Os países desenvolvidos tem problemas de saúde porque lá não há SUS. Cumprimenta a AGP pela aparelhagem na figura de Fábio Salles e equipe. Assim como ao Secretário Geral Júlio e Denize. Muitas ações do governo não precisam passar pelo CMS, mas as que devem ir à base, precisam passar por aqui. A base tem dificuldade de receber e interpretar as informações. A base não sabe identificar os sintomas. Acha que o prontuário eletrônico vai ajudar.

Dra. Giselle Garcia Origo Okada, Coordenadora do Núcleo de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis: Agradece a oportunidade de estar aqui. 90% não tem sintomas. Há testes liberados. A nossa rede testa bastante. O problema é que fica circulando. Comportamento e problema social. A rede suplementar oferece dados. Comitê de Investigação de Sífilis Congênita – Todos os bebês são analisados para melhorar a assistência. Investigam 100% dos casos de sífilis congênita.

Adriana Ramos Costa Mateus, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste: O que a preocupou nesses dados foi essa alta nas regiões Sudeste e Leste. Gostaria de melhor detalhamento.

Dra. Giselle Garcia Origo Okada, Coordenadora do Núcleo de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis: A alta expressiva foi na Leste. Na Sudeste não foi tão expressiva. É o 3º melhor indicador do município. Era a segunda. Mas precisam melhorar. O Ipiranga que tinha o maior coeficiente caiu.

Fábio Henrique Salles, da AGP: Pergunta sobre o tratamento da sífilis adquirida.

Dra. Giselle Garcia Origo Okada, Coordenadora do Núcleo de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis: É de fácil cura. A não ser que haja complicação neurológica ou oftalmológica. Geralmente é tratado com benzetacil por 3 semanas. Depois fazem novo teste. A neurosífilis pode causar demência na população idosa. No bebê, o tratamento é diferente com internação e 10 dias de penicilina cristalina. Pode ter várias complicações oftalmológicas, neurológicas e outras. É bem mais complicado que no adulto.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias: Agora a gente vai pro último tema que é covid.

Leandro Spalato Torres, Coordenador do Núcleo de Agudas da COVISA: Fala sobre a covid no município. Ah como foi nas outras falas a gente tem uma preocupação muito grande com a informação, o que foi passado para nossa população. É importante que vocês saibam que temos disponível no site da COVISA um painel com todos os dados principais a respeito da covid. No município de São Paulo desde o início da pandemia. Trouxe aqui pra vocês. Apresenta painel que foi tirado no dia treze onde a gente traz o total acumulado de casos no município de São Paulo desde o início da pandemia. A gente vem observando desde o início da pandemia até o dia treze. Uma pessoa adquiriu o covid ela vai passar pelo processo da doença e a doença vai passar. A gente analisa esse último ano pra gente poder ver o comportamento de como a covid está no município. Então a gente pode observar que a partir do momento que entrou na variante Ômicron nós relatamos um grande pico. Um estágio muito desfavorável. Teve um segundo pico no finalzinho do ano passado e no início desse ano. E a gente começou a observar que a covid começou a diminuir os casos. Tudo isso aconteceu em decorrência de como foi abordada durante esse

44

período, acessível da vacinação, a gente entende que a vacina foi um mecanismo que trouxe um benefício muito grande pra o controle. E a diminuição desses casos. Só que a gente não pode se dar ao luxo de falar que acabou. A gente tem que manter os cuidados e os alertas. Temos que tratar a covid neste momento como uma doença que está permanentemente no nosso meio. Então a gente pode observar o monitoramento não somente da covid, mas das síndromes gripais e das síndromes respiratórias agudas graves. Então são os casos leves e os casos graves. Principalmente a covid é responsável por esses casos de síndrome respiratória. Só que há outros vírus que também atingem a nossa população. Tanto população jovem quanto população idosa. Falando do idoso a gente sabe que a covid acomete muito mais e tem um desfecho desfavorável para a população idosa diferente da população mais nova. Então, a gente vê um gráfico ascendente em relação a idade pra gravidade e acometimento por covid. A gente pode ver que está bem fraquinho nas últimas semanas epidemiológicas. Quando a gente vê o amarelo a gente tem aí outros fatores, outros vírus que causam essas notificações sobre síndromes respiratórias. A média móvel dos casos de covid vem se mantendo estável. No último mês a gente viu que houve um aumento de nível. Então provavelmente você deve ter ouvido na mídia. Houve sim um aumento agora no mês de agosto. Isso pode estar associado à circulação de uma nova variante do EG5, mas a gente não consegue afirmar isso ainda por conta da quantidade de casos. E a gente observa nas últimas semanas que a tendência está sendo manter essa quantidade de casos que vem apresentando. Pensando na tendência mundial, o Brasil acompanha tendência da circulação desses vírus, dessas novas variantes. Então, quando a gente observa os Estados Unidos, a gente pode observar que nas últimas semanas houve um aumento da circulação da variante Omicron, mas a EG5 tem aumentado. Isso se refletiu aqui no Brasil. Já fizemos a identificação de dois casos. No Brasil, da EG5 não temos novos casos, por que? O perfil do vírus que está circulando ainda no Brasil é o que predomina na maior parte do mundo, principalmente nos Estados Unidos. Então como nós temos esse monitoramento, nós emitimos alguns alertas pra rede falando dessas novas variantes. Quais são os sintomas? Se as vacinas continuarem sendo válidas pra essas variantes e as vacinas têm se mostrado eficazes pra essas variantes. Então no dia vinte e dois de agosto nós emitimos o alerta referente a um caso que foi o primeiro caso que foi identificado aqui no Brasil e foi em São Paulo. Na região oeste da cidade. Temos um segundo caso que também foi identificado. Os dois pacientes apresentaram os mesmos sinais e sintomas. Então, os sinais e sintomas estão sendo praticamente os mesmos. O vírus também circula e sofre mutação. Mas a princípio ele tem que manter o mesmo comportamento. Casos graves, que são síndromes respiratórias agudas graves. Depois a gente vai falar dos óbitos, aí tem assistência e vacinação. Qualquer profissional consegue coletar todos os dados necessários para ter uma visão de como está o comportamento

da covid no município. Então falando dos casos no município. A gente tem uma queda drástica. Dos casos em comparação ao início do ano e ao final do ano passado. Então, a gente pode observar aqui no auge da pandemia as duas ondas que nós tivemos 2020, 2021 e 22, quando a gente teve o pico da Omicron. E agora a gente tem essas ondas ascendentes. Então a gente pode observar que eu tenho outros vírus que causam casos graves. Muito maior do que covid. Então o vírus voltou a circular porque as pessoas voltaram a circular. A gente tem aí uma notificação maior de outros vírus porque as pessoas estão circulando. Tem monitoramento também para alguns desses vírus que são de maior relevância para a saúde pública. Tem que manter uma estabilidade nos casos graves. Nas últimas semanas epidemiológicas, pelo menos nas últimas oito semanas, epidemiológicas a gente tem uma estabilidade. Isso tem se refletido tanto sobre o óbito. E os casos leves também. Então a média móvel tem se mantido muito parecida. De casos graves um aumento em relação ao mês de julho. Então no mês de julho a gente tinha uma média móvel de dois casos graves. E agora estamos aí com três, quatro casos graves. Então houve sim esse aumento como comentou, mas é um aumento muito pequeno. E a gente só fica em alerta. Óbitos. Os óbitos também se comportaram da mesma forma. Óbitos estão em média móvel estável. Há semanas sem óbitos. Último relato – 25/08/23. Há unidades de sentinela para síndrome gripal. Fazem primeiro teste de covid. Se forem idosos, imunodeprimidos, faz teste de influenza. O tratamento é a tamiflu. Se der negativo para influenza, faz para Covid. Paciente de risco, pacientes com mais de 65 anos, há medicação disponível. Há 7 unidades sentinelas em São Paulo que colhem amostras que são mapeadas. Aumento da circulação de rinovírus. A recomendação é uso de máscaras em locais de serviço de atendimento de covid; É recomendação é uso de máscaras em aglomeração. Lavagem das mãos, uso de álcool gel que diminui o risco de contaminação. Água e sabão também são necessários. Atualização vacinal, combatendo fake News. No MSP há testes em toda a rede. Há estabilidade no município, não há sinal de alertas, mas atentos ao que acontece no mundo e no Brasil.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias: Como está a vacinação? A meta desejada está sendo atingida?

Dra. Juliana Almeida Nunes, Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica da COVISA: A vacina bivalente é eficaz, mas a adesão da população 60+ é de 64% e mais jovens de 24%. Há um longo caminho para que as pessoas se vacinem. A Vigilância sentinela tem recortes para nortear as tomadas de decisão. Fizeram campanhas nos metrô.

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste: Não temos ideia das sequelas de covid 19.

Dra. Juliana Almeida Nunes, Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica da COVISA: Há muitos trabalhos com os vários tipos de sequelas. Trabalham com a notificação da doença. A ciência ainda está descobrindo as sequelas de covid. Algumas são conhecidas. Estão na fase de mapeamento.

Rubens Pinheiro Alves Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste: É preocupante porque os sequelados são o tripo dos óbitos.

Leandro Spalato Torres, Coordenador do Núcleo de Agudas da COVISA: Importante ter boa saúde para facilitar o sistema imunológico, antes de adquirir a doença. O que a população até fazendo para impedir a circulação dos vírus. Deu positivo covid vai fazer todo o protocolo e no caso de idosos acima de sessenta e cinco anos nós temos uma indicação pra tratamento para evitar que esses casos evoluam para casos graves. Então existe um fluxo disponível também no site da COVISA onde tem todas as orientações do atendimento pra equipe de saúde orientando. É um paciente de risco? Tem mais de sessenta e cinco anos? Você tem um medicamento disponível na rede para evitar que esse caso evolua para um caso grave. O grande detalhe da covid é se você tiver covid e ela se manter num estágio de nível ela é muito parecida com uma gripe. Só que eu não posso me apegar só a isso. Ela pode evoluir para um caso grave. esse é o nosso problema porque o caso grave pode evoluir para óbito. É muito rápido isso acontecer. Não? Então a gente faz o monitoramento. Através das unidades sentinelas e a gente consegue observar. Quais são os vírus que estão circulando nas semanas epidemiológicas? Temos sete unidades sentinelas no município de São Paulo e fazemos a coleta de uma determinada quantidade de amostras e essa amostra ela é mapeada. Então, a gente pode observar que o vírus rino nas últimas semanas é o vírus que está circulando em maior quantidade no município. E aí a gente tem a sazonalidade desses vírus, tem esse monitoramento e aí a gente faz qual recomendação? As mesmas recomendações que a gente vem abordando há um bom tempo que é o uso de máscara somente em locais definidos como estabelecimentos de saúde, estão em conformidade com a resolução da Anvisa, então estabelecimentos de saúde que atendem pacientes com síndrome gripal ou estão com pacientes internados covid eles precisam usar máscara obrigatória. Outros serviços hospitalares não têm essa necessidade porque não estão atendendo esse tipo de paciente. É recomendado. Ele não é algo obrigatório. E no deslocamento em grandes aglomerações se usa

47

uma máscara. Tente pegar um conceito dos japoneses, por exemplo. Os japoneses já usam máscara há muito tempo, mas não por conta da covid e não só por conta da poluição. Tem uma circulação muito grande, tem uma densidade demográfica muito grande. Então tem uma circulação e é muito fácil porque a transmissão é através do contato aéreo. Principal fator de transmissão. É importante que a gente recomende algumas etiquetas como etiqueta respiratória, lavagem das mãos, uso de álcool gel, toda essa questão de higiene vai prevenir, isso não quer dizer que vai evitar, mas vai diminuir o risco principalmente das populações mais vulneráveis. Higienização frequente com álcool gel e água e sabão. É super importante não somente álcool em gel. Às vezes a gente vai usar álcool em gel, usa uma vez, usa outra vez, daqui a pouco está com uma luva de álcool em gel, dependendo da qualidade do gel, parece que tem cola, né? Então, é super importante que as pessoas também lavem as mãos quando tiverem a oportunidade de lavar as mãos. Álcool em gel, eu vou usar quando? Opa, fui no ônibus, sair do metrô, tive a oportunidade de chegar em casa no trabalho, lavo as mãos, intensificação da atualização vacinal, então continue incentivando. Fake News, negacionismo contra a vacina. Esse é um grande desafio. Então é super importante uma notificação bem enviada dos casos em tempo oportuno porque consigo identificar esse paciente que está com esses sintomas gripais eu consigo fazer o teste e consigo tomar as medidas de isolamento pra evitar que esse indivíduo passe pra outras pessoas. E otimização dos fluxos de atendimento e testagem de síndrome gripal. Nenhum município a gente tem teste disponível em toda a rede. Paciente chegou com sinais e sintomas gripais ele vai fazer o teste. Frente ao que a gente tem hoje da covid, a gente pode dizer que no município a gente tem uma estabilidade acontecendo. Não temos nenhum sinal de alerta. Mas estamos de olho no que está acontecendo. Não só aqui como no Brasil e no mundo. Então a gente tem acesso a informações dos Estados Unidos e da Europa. Quais são as principais variantes que estão circulando. Então, tudo isso colabora pra uma vigilância epidemiológica adequada frente à covid. Está bom? É isso gente.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias:

Bom, obrigado, né? Pela sua apresentação. Eu só queria fazer uma pergunta antes de passar pra os outros, né? É sobre a vacinação. Como é que está a vacinação? O pessoal está aderindo, o percentual está atingindo a meta desejada?

Dra. Juliana Almeida Nunes, Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica da COVISA:

A gente tem aí um grande desafio, acho que sem dúvida não né? Essa questão a gente bate muito da vacinação. Essa nova bivalente. é eficaz pra essa linhagem é a nova geração de vacina,

48

oportuna pra isso mas assim quando a gente pega os dados isso também está disponibilizado no nosso site pra isso. Em termos de acesso à adesão, hoje da população sessenta mais está em torno de sessenta e quatro por cento. E da população de dezoito a cinquenta e nove anos está em vinte e quatro por cento. Então assim a gente sabe que tem aí um longo caminho pra que as pessoas se vacinam e que entendam que ainda é importante. Como o Leandro bem colocado, a covid talvez vai continuar conosco aí como a influenza, como outros vírus respiratórios e aí a importância da vigilância sentinela como a gente mostrou que são eh amostras não são recortes claro a gente não consegue fazer sequenciamento nem painéis virais em grande quantidade na população mas a gente consegue ter esse recortes baseado nisso é que a gente vai norteando as nossas tomadas de decisão. Por que a gente optou aí por grupos de risco começarem com uma gripe? Porque em um determinado momento quando as pessoas observaram os dados da gripe estava com uma ascensão maior que a da covid. Chegou um momento em que a gente estava se identificando mais. Falou não então espere aí. Então vamos mudar. Então vamos testar pra esses grupos, primeira influenza porque o tratamento é importante que essa população faça tratamento e aí deixamos a covid pra todo mundo disponível, mas, se agora está circulando mais influenza a chance maior vamos testar esse e depois o outro então. Então a gente sempre procura estar atento aos dados epidemiológicos mas sem dúvida nenhuma responder a sua pergunta: a vacinação é o que é mais importante nesse momento. A gente até conversa com a população sobre a importância de manter o esquema vacinal atualizado, porque o que a gente observa às vezes é que as pessoas têm lá as quatro doses iniciais. Só que um bivalente muita gente não tomou. A gente tem que ver como a população está enfrentando essa questão da nova vacina. Não? Então tem muita questão de negacionismo, ah fakenews que divulgam e proliferam que nem erva daninha. É um trabalho bem árduo da imunização fazer esse a conscientização e resgate da importância da vacinação. A gente não trouxe aqui porque eram muitos temas.

Frederico Soares de Lima, Conselheiro Titular, representante dos Movimentos Sociais e Comunitários: Declara que teve TB, tratou-se e sobreviveu.

Adriana Ramos Costa Mateus, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste: Fala da vacina de pneumonia.

Alessandra Estevão da Rocha, Conselheira Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste: Agradece a participação de todos. Muitas informações. A Suely

está precisando se ausentar por um tempo. Ele teve papel importante nesses 3 meses e nos outros mandatos em que participou.

Dra. Juliana Almeida Nunes, Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica da COVISA: Agradece o espaço e coloca a Divisão à disposição.

Fábio Henrique Salles, da AGP: O Conselho avançou muito no diálogo. Conseguiram alteração estruturais.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias: Encerra a reunião por falta de quórum.