

MEMÓRIAS

CVE 40 ANOS



**Caminhos trilhados para a construção
da Vigilância Epidemiológica no estado de São Paulo.**

Memórias CVE 40 anos

Caminhos trilhados para a construção da
Vigilância Epidemiológica no estado de São Paulo.

Organização e Coordenação

Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia

Sandra Sayuri Nagaki

Inês Kazue Koizumi

Paulo Ricardo de Souza Silva

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário

Eleuses Paiva

Secretária Executiva

Priscila Perdicaris

Coordenadoria de Controle de Doenças Coordenadora:

Regiane A. Cardoso de Paula

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”

Diretora

Tatiana Lang D’Agostini

Edição eletrônica: Dezembro de 2025

Editor: Eduardo Guilherme Piacsek

Projeto Gráfico e Diagramação: Marcelo Lucio Cason e Matheus Soares Vieira

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia.

Memórias CVE – 40 anos: caminhos trilhados para a construção da Vigilância Epidemiológica no estado de São Paulo. - São Paulo: SES/CCD/CVE, 2025.

471 p.

1. Saúde Pública. 2. Epidemias. 3. Vigilância em Saúde. 4. Competência Profissional. I. Título. II. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”.

SES/CCD/CD 123/25

NLM WA11

Elaborada por Lilian Nunes Schiavon CRB 8/4083

Sumário

Dedicatória	7
Agradecimentos	8
Apresentação	9
Prefácio	11
Alexandre Vranjac	13
Eleonora Paschoal	18
Julio Cesar de Magalhães Alves	22
Gerusa Maria Figueiredo	22
Márcia Caraça	22
Norma Helen Medina	22
Wagner Augusto da Costa	30
José Cassio de Moraes	35
Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza	41
Cilmara Polido Garcia	45
Ana Freitas Ribeiro	49
Marcos Boulos	53
Regiane Cardoso de Paula	57
Tatiana Lang D'Agostini	63
Alvimar Godoy Cotti	68
Angela Tayra	71
Beatriz Aparecida Fortes Perrenoud	74
Maria Bernadete de Paula Eduardo	82
Carmen Silvia Bruniera Domingues	88
Maria Célia Guerra Medina	95
Clelia Maria Sarmento de Souza Aranda	100
Denise Schout	117

Elizabete Maria Nunes	123
Expedito José de Albuquerque Luna	128
Norma Helen Medina	128
Gerusa Maria Figueiredo	133
Gizelda Katz	138
Graziela Almeida da Silva	146
Helena Keico Sato	159
Inês Kazue Koizumi	164
João Aquino Filho	172
José Olímpio Moura de Albuquerque	178
Laedi Alves Rodrigues	183
Pepita - Maria Josefa Penón Rújula	183
Vera Maria Neder	183
Marco Antônio de Moraes	190
Maria Cláudia Corrêa Camargo	195
Maria do Carmo Rodrigues dos Santos Camis	200
Maria Lígia Bacciotte Ramos Nerger	204
Mirian Martho de Moura	210
Mirta Alcira Ferro Rodrigues da Silva	216
Mitie Tada Lopes Rebello da Fonseca Brasil	221
Neuma Terezinha Rossetto Hidalgo	226
Paulo Alberto Borges	230
Roberta Maria Fernandes Spinola	235
Sandra de Brito Cunha	242
Silvana Cabral Lourenço	248
Tanya Eloise Lafratta	253
Telma Regina Marques Pinto Carvalhanas	263
Vilma Pinheiro Gawryszewski	271
Akemi Fumonke	275
Brigina Kemp	279
Glaucia Elisa Cruz Perecin	287
Lucelena de Fatima Octaviano Noale	287

Márcia Cristina Fernandes Prado Reina	290
Márcia Helena Simonetti	297
Márcia Regina Pacóla	303
Guilherme Fonseca Cabral Ferraz	307
Iane Campos De Moraes	314
Jussara Helena Corrêa Lichtenstein	321
Marco Antonio Dias.....	327
Maria Aparecida Fonseca da Silva Martins	330
Neusa Lucinda Alves	336
Rosemari Oliveira de Moraes	340
Sandra Alves da Silva	345
Adriana Bugno.....	349
Eliseu Alves Waldman	352
Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo	357
Luiza Terezinha Madias de Souza	364
Maria Clara G. Garcia Ribeiro	372
Marta Lopes Salomão.....	379
Regina Célia Moreira	384
Simon Widman.....	389
Denise Brandão De Assis	395
Geraldine Madalosso	398
Maria Bernadete de Paula Eduardo	407
EpiSUS	415
Fotos	427
In memoriam	433
Anexo I	435
Anexo II.....	448
Servidores CVE 40 anos	449

Dedicatória

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o fortalecimento do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” - CVE como instituição referência para a Vigilância Epidemiológica em nosso país.

Agradecimentos

À Dra. Regiane A. Cardoso de Paula, Coordenadora da Coordenadoria de Controle de Doenças e à Dra. Tatiana Lang D'Agostini, Diretora do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” pelo apoio à publicação deste livro.

Ao FESIMA – Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (CAF nº 057/2024 - Processo 024.00111245/2024-60).

A todas as pessoas, profissionais e parceiros que gentilmente atenderam ao nosso convite para participar dessa empreitada e que se dispuseram dar seus depoimentos sobre as vivências e experiências no dia a dia da vigilância epidemiológica.

Ao Eduardo G. Piacsek– editor da maioria dos textos desse livro que conseguiu extrair com leveza os trechos mais relevantes dos depoimentos gravados por nossos entrevistados.

Ao Paulo Ricardo de Souza Silva, uma grata revelação, que colaborou desde o contato com os entrevistados, na transcrição dos textos, na interlocução com o nosso editor e por fim por nos dar suporte nos momentos de desespero e de angústia.

A todos os demais profissionais que nos apoiaram nos processos de revisão, diagramação e demais etapas fundamentais para construção desse material.

Apresentação

A Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo constitui um dos eixos estruturantes da saúde pública e, ao longo dos seus 40 anos de trajetória, consolidou-se como referência nacional, desempenhando papel fundamental na prevenção, monitoramento de doenças e agravos, além da preparação e resposta às emergências em saúde pública.

Este Livro de Memórias do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE) apresenta registros históricos, análises técnicas e relatos que evidenciam a evolução das práticas de vigilância, bem como os marcos que definiram o enfrentamento de epidemias e pandemias em diferentes períodos. Evidência também, a prevenção e o controle de doenças endêmicas, a necessidade de manter altas coberturas vacinais para as doenças imunopreveníveis e o acompanhamento de agravos crônicos e não transmissíveis.

O objetivo deste livro é preservar a memória institucional e fortalecer o compromisso com a continuidade das ações em saúde pública. Mais do que um relato cronológico, refletir a dedicação de equipes técnicas e gestores que, ao longo dos anos, contribuíram para a construção de um sistema de vigilância robusto, pautado em evidências científicas e em princípios de equidade e universalidade. A leitura das páginas que seguem permitirá compreender o percurso histórico e os fundamentos que sustentam as políticas atuais de vigilância epidemiológica, bem como os desafios futuros.

Ao registrar e sistematizar esta trajetória, reafirma-se o papel do estado de São Paulo como protagonista na formulação e implementação de políticas públicas de saúde, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e garantindo a proteção da população paulista.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Tatiana Lang D'Agostini
Diretora do Centro de Vigilância Epidemiológica
“Prof. Alexandre Vranjac”

Prefácio

Há cerca de dois anos, atendi a uma ligação telefônica: “Gostaria de falar com o Dr. Alexandre”, ouvi. Após um instante para reflexão perguntei: “Qual Dr. Alexandre?”. Do outro lado, a resposta: “O Dr. Alexandre Vranjac!”.

Conversei com a Sandra Sayuri Nagaki sobre esse episódio refletimos sobre o quão desconhecida é a história do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, de seu idealizador e de todos os profissionais que ajudaram na construção da vigilância epidemiológica no estado de São Paulo, tornando o CVE uma referência para todo o país.

Assim nasceu a ideia de publicar um livro de memórias com as narrativas das pessoas que, dia após dia, se dedicaram para enfrentar e vencer os desafios apresentados por novos e antigos agravos e doenças em nosso estado. Pessoas que trabalham ou trabalharam no CVE e nas instituições parceiras como o Centro de Vigilância Sanitária (CVS), Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT-Aids) e Instituto Adolfo Lutz (IAL).

Encontrar essas pessoas não foi tarefa fácil. Muitas já estão aposentadas e os mecanismos de investigação foram os mais diversos. A internet (que não existia no Brasil nos primeiros anos do CVE!) se mostrou grande aliada: por meio de buscadores e das redes sociais foram onde encontramos vários colegas. A indicação de amigos em comum também foi essencial.

Algumas contribuições foram escritas pelos próprios participantes, enquanto outras foram resultado de 62 entrevistas, conduzidas on-line ou pessoalmente, ao longo de dois meses. Foi um

trabalho hercúleo desenvolvido por Sandra Sayuri Nagaki, Inês Kazue Koizumi e Paulo Ricardo de Souza Silva, da Divisão de Métodos do CVE.

É importante reconhecer que há profissionais que passaram pelo CVE cujos relatos não estão nesse livro. Algumas pessoas declinaram o convite para participar, outras nós não conseguimos localizar. Por fim, o tempo, também personagem da história coletiva aqui contada, exerceu sua pressão, impondo um prazo para que o projeto fosse concluído.

Por fim, pedimos que possíveis inconsistências e imprecisões sejam perdoadas, pois os relatos que aqui trazemos são de cunho pessoal e afetivo. Nossa memória por vezes nos trai, e nossos sentimentos transformam as experiências que vivemos e as recordações que temos delas.

O resultado é um livro de fragmentos das vivências que compõem uma nave espacial, digo, especial, repleta de vida e lembranças. Convidamos todos a embarcar conosco!

Boa viagem!

Inês Kazue Koizumi



Alexandre Vranjac

Guiados
pela mão,
cuidados
com afeto

Alexandre Vranjac foi um médico pediatra e sanitarista brasileiro, conhecido por ser um dos principais idealizadores do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do estado de São Paulo, do qual foi o primeiro diretor até seu falecimento, em 1988. Além disso, foi professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Se procurarmos pelo nome do Dr. Alexandre Vranjac na internet, essas serão as primeiras informações que encontraremos, um relato impessoal e técnico do fundador do CVE. Porém, para muitas pessoas que hoje buscam contato com o Centro que leva o seu nome, ele é uma figura completamente desconhecida, semelhante a tantos homenageados que emprestam seus nomes a alguma rua ou praça da cidade.

Uma das razões da elaboração deste livro de memórias do CVE é justamente mudar essa situação. Quando enfileiramos os depoimentos dados para a realização dos textos que compõem a obra que o leitor tem em mãos, há uma grande unanimidade: o carinho e a reverência com que os entrevistados se referem ao Dr. Vranjac. Não foram poucos os que se emocionaram ao lembrar de suas lições, de sua atenção, e do apoio recebido por este mestre generoso. Muitas dessas histórias, vividas no ambiente profissional, estão espalhadas pelo livro. Mas há uma dimensão oculta, que escapa aos colegas do serviço público, da academia e dos membros da imprensa: a do Dr. Vranjac em sua vida pessoal, como marido e pai.

Por isso, pedimos à Dra. Rosa Vranjac, sua viúva, que compusesse um retrato de seu companheiro. A entrevista, feita por videoconferência, contou com uma auxiliar preciosa: Nádia, a filha mais nova do Dr. Vranjac, ajudou sua mãe com o manejo da tecnologia e compartilhou também seu testemunho, que enriqueceu e trouxe um colorido especial ao relato familiar.

Conversando com Dra. Rosa, descobrimos que ela conheceu seu esposo quando ainda eram estudantes do curso ginásial na Escola Estadual Alexandre de Gusmão, no Ipiranga, bairro da Zona Sul de

São Paulo. Casaram-se em 1969, após cerca de nove anos de namoro. Reza a lenda familiar que um fator a incentivar a realização das bodas teria sido o desejo do Dr. Vranjac de se livrar do exército. Folclore ou realidade, a história traz sempre uma lembrança divertida.

Em 1970, com apenas um ano de casamento, nasceu Silvio, o primeiro filho do casal. Sergio, em 1974 e, também após um intervalo de quatro anos, Nádia fecharia a trinca de irmãos em 1978.

Jovens e com um filho pequeno, os primeiros tempos foram de muita luta. Com um emprego em uma empresa de mineração, o casal foi morar na Serra do Navio, no Amapá. Ficaram por lá por um ano e meio. Quando voltaram, Dr. Vranjac já tinha recebido uma proposta para trabalhar na Santa Casa de Misericórdia e, posteriormente, ingressaria na Secretaria de Saúde de São Paulo. Uma curiosidade profissional: esse não foi seu primeiro emprego no setor público. Ainda solteiro, Dr. Vranjac trabalhou como escrivão na Academia de Polícia Civil, na Rua Tamandaré, no centro de São Paulo.

A vida profissional corrida e suas tensões ficavam no escritório, assim como os percalços do longo caminho percorrido até a criação do CVE. Dra. Rosa conta que Dr. Vranjac conseguiu separar as questões profissionais da vida pessoal. Estava sempre disponível para as emergências do trabalho, mas agiu com firmeza para preservar seus momentos com a família.

O falecimento precoce e repentino do Dr. Vranjac, com apenas 46 anos de idade, deixou um enorme vazio na família e um grande desafio para Dra. Rosa, que conseguiu terminar a criação de Silvio, engenheiro mecânico, de Sergio, médico pediatra que seguiu o mesmo caminho do pai, e de Nádia, jornalista.

Nádia tinha apenas dez anos quando o Dr. Vranjac faleceu. Suas memórias de brincadeiras de esconde-esconde com o pai são entrelaçadas com histórias que ouviu de familiares, colegas, jornalistas e alunos que conviveram com ele, e em especial as lembranças de seus irmãos mais velhos. Esses relatos, compartilhados com carinho e admiração, ajudaram a compor a imagem de um pai íntegro e

muito generoso, um pouco mais exigente com os irmãos mais velhos, já adolescentes e um tanto “cabeças duras”, e mais afetuoso com a caçula, não só porque Nádia era sua única menina, mas também pelo fato de o Dr. Vranjac ter sido também o caçula de três irmãos.

Na vida profissional, Dr. Vranjac era reconhecido como uma liderança carismática, professor dedicado e referência técnica incontestável. Atuou diretamente na formulação de estratégias de comunicação durante surtos e campanhas de vacinação, sendo muitas vezes a principal voz da saúde pública diante da imprensa. Curiosamente, outra lenda familiar dizia que ele não gostava muito de falar com jornalistas. Nádia se recorda de seu pai pedindo para dizer que “não estava” quando alguém atendia uma ligação inesperada solicitando uma entrevista. Mas foi justamente entre os profissionais da imprensa que ele deixou algumas das marcas mais profundas de sua sensibilidade. Décadas depois de sua morte, repórteres e assessores ainda se emocionam ao lembrar de como ele os acolheu, orientou e ensinou.

Na intimidade do lar, Dr. Vranjac, ou simplesmente Alexandre, era um pai presente. Mesmo diante da rotina exaustiva, fazia questão de estar com os filhos: os levava aos locais em que trabalhava, especialmente à Avenida São Luís e à Santa Casa. Dali, Nádia se recorda de noites passadas ao lado do pai durante quando ele fazia seu doutorado, lembra dos corredores silenciosos do hospital, do barulho característico das impressoras matriciais funcionando, dos lanches noturnos comprados no restaurante e divididos com os irmãos.

Hábil na arte de cultivar vínculos, aos finais de semana, fazia questão de levar os filhos à feira perto de casa, mesmo que esse não fosse o programa preferido das crianças. Nádia lembra dos almoços de domingo em família e dos jantares em que o pai insistia para que todos estivessem à mesa, com a televisão desligada. Chatice? Talvez para uma menina, mas que hoje reconhece a riqueza e importância desses momentos.

A lembrança carinhosa também se estende às ações solidárias que o pai realizava, como o sopão servido no posto da Barra Funda e aos encontros no clube dos médicos, onde a família era parte indissociável do convívio com colegas de profissão. Alexandre era, acima de tudo, humano: sabia ensinar, escutar e reunir.

A imagem que sua filha constrói hoje de Dr. Vranjac é a de uma pessoa que escolheu a profissão com propósito. Um homem que formou pessoas, influenciou políticas, aproximou a saúde da população e cultivou vínculos verdadeiros com colegas e alunos, com a sociedade, a imprensa e, especialmente, com a família.

Dr. Vranjac tocou muitas vidas. E continua presente nas trajetórias que ajudou a moldar, nos tantos discípulos que guiou pelas mãos, no cuidado afetuoso que dedicou à família e no exemplo deixado para os cinco netos que não chegou a conhecer.





Eleonora Paschoal

A jornalista e sua fonte de sabedoria

Eleonora Paschoal iniciou sua carreira no jornalismo ainda durante o último ano da faculdade. Em seus primeiros passos profissionais, passou uma breve temporada na TV Globo de Campinas, onde permaneceu por cinco meses. Pouco depois, foi convidada a integrar a equipe da TV Globo São Paulo, o que representava uma grande conquista para uma jovem jornalista ainda em formação. Como novata, foi direcionada ao Bom Dia São Paulo, o primeiro telejornal do dia na emissora. Ela própria se descrevia como uma “foca”, termo usado na imprensa para designar repórteres inexperientes.

Foi nesse contexto de aprendizado e descobertas que, em uma das primeiras reportagens que realizou na TV Globo, Eleonora conheceu o fundador do CVE, o Dr. Alexandre Vranjac. Esse encontro foi decisivo. Desde muito jovem, ela já demonstrava interesse pela área médica, a ponto de cogitar cursar medicina e financiar os estudos com o próprio trabalho, sem depender do pai, antes de optar pelo jornalismo. Contudo, a entrada precoce na principal emissora de televisão do país mudou seus planos: ela permaneceu na TV Globo por 17 anos.

Dr. Vranjac percebeu o interesse genuíno de Eleonora pelas ciências médicas e passou a incentivá-la. Recomendava leituras, indicava artigos técnicos, explicava temas complexos e se tornava uma referência intelectual e afetiva em sua formação. Sempre que surgia uma dúvida sobre conteúdos da área da saúde, Eleonora sentia-se à vontade para telefonar e pedir esclarecimentos, encontrando nele uma fonte generosa e constante de conhecimento.

Mais do que uma relação profissional entre repórter e fonte, uma amizade sólida nasceu. Eleonora chegou a afirmar que gostaria de tê-lo como um segundo pai, não por falta de amor ao seu próprio, mas pela admiração, acolhimento e confiança que nutria por Dr. Vranjac. Em um momento da vida em que não contava com amizades íntimas, ele se tornou uma figura de escuta e orientação, com quem ela podia conversar sobre temas de seu interesse e assuntos sobre os quais outras pessoas ao seu redor não tinham familiaridade.

Na época, o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) ainda estava em fase inicial. Dr. Vranjac, envolvido diretamente em sua estruturação, compartilhava algumas informações a respeito do novo órgão.

Um dos temas que mais marcaram as conversas entre Eleonora e o Dr. Vranjac foi a respeito da paralisia infantil, uma preocupação recorrente nas décadas anteriores à erradicação da poliomielite no Brasil. Foi ele quem lhe explicou em detalhes o contexto histórico da doença, os desafios enfrentados pelo sistema de saúde e a relevância das campanhas de imunização.

Ela se recorda, com entusiasmo, de uma entrevista que realizou com o próprio Dr. Albert Sabin, criador da vacina oral contra a poliomielite, durante uma visita dele ao Brasil. A oportunidade surgiu graças à mediação de Dr. Vranjac, que a colocou em contato direto com o cientista. Essa entrevista representou um marco importante em sua atuação jornalística na área da saúde.

Dr. Vranjac foi também um formador de consciência. Eleonora aprendeu com ele que a vacinação é uma das formas mais eficazes de prevenção em saúde coletiva. Sua convicção era tamanha que, como mãe, decidiu imunizar seu filho com todas as vacinas aprovadas disponíveis. Para ela, esse cuidado foi determinante: o filho cresceu saudável, sem doenças graves, salvo por pequenos episódios triviais, como uma diarreia alimentar. Ela atribui essa robustez imunológica diretamente ao calendário vacinal completo que seguiu à risca, um valor transmitido pelo Dr. Vranjac.

O médico lhe dizia, com insistência e clareza, que muitas pessoas não compreendem a magnitude da vacinação em suas vidas. E lamentava que nem mesmo os governos dimensionavam plenamente sua importância estratégica. Explicava que, enquanto os tratamentos modernos nem sempre são acessíveis às populações mais distantes, as vacinas, por sua simplicidade logística e eficácia, poderiam chegar com mais facilidade e salvar vidas de forma preventiva. Para ele, a vacina era quase como um milagre da saúde pública.

Frente ao crescimento dos movimentos antivacina ao redor do mundo, inclusive nos Estados Unidos, Eleonora manifesta uma visão equilibrada. Ela reconhece que o corpo é uma extensão do lar de cada indivíduo e que, por isso, todos têm o direito de decidir o que permitir ou não em sua própria “casa”. No entanto, ressalta que essa decisão só pode ser legítima quando acompanhada de informação adequada. Para ela, a raiz da recusa vacinal está, muitas vezes, na desinformação.

Para Eleonora, nos dias de hoje, as pessoas são mais suscetíveis às fake news que inundam a internet, fenômeno que, na sua visão, se dá por uma mistura de comodismo com o viés de confirmação, a tendência humana de favorecer e lembrar as informações que validam convicções pré-existentes. Isso explica a grande adesão a movimentos antivacina em muitos países, inclusive no Brasil.

Para Eleonora Paschoal, algumas pessoas permanecem vivas no coração, mesmo depois que deixam de estar entre nós. É o caso do Dr. Alexandre Vranjac, a quem ela se refere não no passado, mas também sempre no presente: “Ele era e é uma pessoa muito especial”. Em sua visão, quando alguém ocupa um espaço afetivo tão profundo, nunca deixa de existir e continua sendo parte viva daquilo que somos. Ao lado de Vranjac, há outra figura que ajudou em sua formação, pessoal e profissional, e que ela guarda com grande carinho e reverência: o Dr. José Aristodemo Pinotti. Dr. Pinotti, que também foi seu médico particular e realizou o parto do seu filho. A conexão com essas figuras é muito especial e a lembrança deles chega a emocionar Eleonora.

O vínculo entre Eleonora Paschoal e o Dr. Alexandre Vranjac transcendeu o cotidiano das redações e das entrevistas. Foi um encontro entre a curiosidade apaixonada de uma jovem jornalista e o compromisso generoso de um médico dedicado à saúde coletiva.



Julio Cesar de Magalhães Alves
Gerusa Maria Figueiredo
Márcia Caraça
Norma Helen Medina

Memórias
compartilhadas
de um passado
em comum

É relativamente fácil perceber que a memória possui uma dimensão individual e outra coletiva. Muitas das lembranças que temos da nossa primeira infância, por exemplo, não são exatamente nossas, e sim frutos das histórias que ouvimos dos mais velhos a respeito de certos fatos curiosos, comportamentos característicos ou acontecimentos importantes.

Isso também ocorre com momentos vividos em grupo na época da escola ou do trabalho, cujas reminiscências emergem quando nos reunimos com antigos colegas e passamos a rememorar fatos ocorridos décadas atrás. Acontecimentos que nos pareciam nítidos ganham contornos diferentes, coisas de que não sabíamos ajudam a compreender certas atitudes e dinâmicas, lembranças que temos moldam a memória dos demais e saímos todos com um passado renovado.

Foi algo assim que ocorreu na reunião entre o Dr. Julio Cesar de Magalhães Alves, a Dra. Gerusa Maria Figueiredo, a Dra. Márcia Rodrigues Caraça e a Dra. Norma Helen Medina, que se encontraram para reconstituir os primeiros tempos do CVE e relemburar sua ligação com seu fundador, o Dr. Alexandre Vranjac. O fio da memória desses quatro amigos se entrelaçou, formou novos e acabou por tecer uma bela colcha de retalhos.

Dr. Julio, ou simplesmente Julinho, se formou em Medicina em Juiz de Fora, Minas Gerais, e tinha como plano inicial continuar a residência em anestesiologia, no Rio de Janeiro, mas um encontro com colegas médicos da saúde pública de São Paulo, ocorrido em um congresso de residentes no fim da década de 1970. O quase anestesista se converteu em sanitarista e, após passar pela Fundação SESP do Ministério da Saúde na Amazônia e pela Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), da SES-SP, passou a se integrar com a equipe que participaria da estruturação do CVE e de movimentos decisivos para a criação Sistema Único de Saúde (SUS).

Dr. Julio é o primeiro a trazer um fato bastante interessante para abrir a conversa. Em 1984, atuando pela SUCEN, ele foi responsável por gerir uma verba do Ministério da Saúde destinada à vigilância epidemiológica no Programa de Controle da Hanseníase, junto com a colega Dra. Sandra, do CIS. Paralelamente, o CVE estava começando a ganhar seus primeiros contornos, porém, como ainda não havia sido criado oficialmente, faltava dinheiro até para as necessidades mais básicas, como a compra de papel e canetas.

A ideia do Dr. Julio era bastante simples: repassar parte dos recursos ao Dr. Alexandre Vranjac para que ele pudesse efetivar os primeiros passos do órgão que estava organizando. Aliás, o empenho e a dedicação do Dr. Vranjac eram tão grandes nessa tarefa e, posteriormente, para o próprio CVE, que, entre os colegas da saúde pública paulista da época, fazia-se uma brincadeira entre as siglas do CVE e a do CVV, Centro de Valorização da Vida, órgão atuante na prevenção ao suicídio. Nesse caso, aplicada à iniciativa do Dr. Vranjac, a abreviação CVV seria lida como “Centro de Vigilância do Vranjac”.

Brincadeiras à parte, o fato é que a verba foi liberada daquela forma e, assim, Dr. Julio foi o responsável por disponibilizar os primeiros recursos do CVE, antes mesmo da formalização do Centro, época em que seus trabalhadores faziam parte de outros órgãos de saúde do estado, mas já estavam engajados nessa iniciativa. Sobre o Dr. Vranjac, ele se recorda bastante de seu carisma e magnetismo, de sua personalidade autêntica, tom de voz alto, e até de suas broncas. Enfim, de todas as coisas que faziam com que seus colegas de trabalho se apaixonassem por ele. Anos depois, o Dr. Julio ocupou por cerca de um ano o cargo de Diretor do CVE.

Foi justamente o talento persuasivo do Dr. Vranjac que trouxe a Dra. Márcia Caraça para a saúde coletiva. Aluna da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, onde Dr. Vranjac lecionava, Dra. Márcia, então com 21 anos, foi convencida pelo mestre a ingressar na saúde pública. Ela “deveria trabalhar na área de epidemiologia, porque a epidemiologia é linda”, dizia seu professor e futuro chefe. Foi também ele que a incentivou a fazer residência em Pediatria, assim como ele próprio havia feito.

E assim foi, mas seu caminho até o CVE não se deu de forma totalmente linear, trajetória que passou por uma desilusão em relação à Pediatria. Fez o curso de Saúde Pública, entrou na carreira de médicos sanitaristas do estado de São Paulo e foi convidada pelo Dr. José Carlos Seixas, coordenador da CSC, a trabalhar na área de Epidemiologia.

Em 1982, Dra. Márcia participou de um curso sobre Epidemiologia financiado pelo Ministério da Saúde no estágio de campo na cidade de Araraquara, do qual o Dr. Vranjac era um dos professores. Durante o curso, ele não escondeu que a Dra. Márcia era uma de suas alunas preferidas, uma de suas “pérolas”, como ele dizia.

Dra. Gerusa Figueiredo também participou de treinamento semelhante na mesma cidade. Ela havia conhecido o Dr. Vranjac no final dos anos 1970, quando realizou sua residência no Hospital Emílio Ribas. Dra. Gerusa se recorda de ter passado 15 dias em Araraquara, morando no Centro de Saúde da cidade. O curso, ela revela, foi muito interessante, não apenas pela realização de um ótimo trabalho de campo, mas também pela convivência com o Dr. Vranjac, a quem se refere como um grande profissional, um “sanitarista de verdade”, além de uma figura humana especial. Com seu jeito paternal e afetuoso, Dr. Vranjac cuidava com muita atenção de seus alunos.

Em 1985, quando o Dr. Vranjac deixou a coordenação da CSC, Dra. Márcia recebeu uma ligação sua para convidá-la para ajudá-lo em um novo órgão que ele e o Dr. José Cassiodora Moraes estavam estruturando na área de epidemiologia. Em 27 de dezembro de 1985, foi criado o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde.

Dra. Márcia compôs assim o trio que deu forma ao novo órgão, do qual Dra. Gerusa, outra pérola do curso de Araraquara, seria uma das primeiras contratadas. Nesse momento, o CVE ocupou uma parte de um andar do Hospital Emílio Ribas, local escolhido pelo Dr. Vranjac para poder estar próximo aos pacientes que estavam ali internados.

Esse endereço evoca recordações também nos outros entrevistados, que emprestam seus fios de memórias. Dra. Norma Medina, médica oftalmologista, lembra de ir a esse local para participar de reuniões e discutir projetos de diagnóstico e combate ao tracoma, doença na qual é especialista, especificamente uma investigação que estava sendo realizada em Bebedouro, no interior do estado.

Dra. Gerusa compartilha com os colegas que trabalhou ali por três meses em uma sala muito pequena que ela descreve, entre risos, como uma “cafua”. O Dr. Julio conta que foi justamente nesse período que houve o direcionamento da verba do DTN para o CVE.

Até chegar em um endereço com melhores condições no Palácio da Saúde, localizado na Avenida São Luís, número 99, o CVE ainda ocuparia um espaço no prédio da Secretaria de Saúde, na Avenida Dr. Enéas de Carvalho.

Bem mais do que a provisoriedade de suas instalações, os primeiros passos do CVE ficariam marcados pela formação de sua estrutura de funcionamento. A providência inicial foi criar um desenho enxuto para, com apenas um cargo de diretor. Visionário, Dr. Vranjac propôs a criação de Divisões: “vamos agrupar as doenças por forma de transmissão porque, dessa forma, os grupos terão medidas de controle parecidas”, explicou. Essa nova estrutura previa cinco divisões principais:

1. Doenças transmitidas por vetores;
2. Doenças de transmissão hídrica e alimentar;
3. Doenças respiratórias;
4. Desenvolvimento de Métodos e Pesquisa em Epidemiologia;
5. Imunização.

Além dessas cinco divisões, outras cinco áreas foram criadas, vinculadas às então existentes Coordenadorias da Secretaria de Saúde. Ainda que essas coordenadorias viessem a ser descontinuidas, inicialmente foram contempladas no desenho organizacional:

- Coordenadoria da Assistência Hospitalar (CAH);
- Coordenadoria de Saúde Mental (CSM);
- Coordenadoria Saúde da Comunidade (CSC);
- Coordenadoria Serviços Técnicos Especializados (CST);
- Coordenadoria do Programa Metropolitana de Saúde (CPMS).

Profissionais foram chamados para responder por essas áreas: Dr. Expedito José de Albuquerque Luna assumiu a CST; Dr. Pedro Veneziani chegou a ser indicado para a CSC, mas posteriormente se afastou por questões pessoais; Dra. Graziela Almeida da Silva ficou responsável pela CAH. A divisão de Saúde Mental permaneceu inicialmente, sem responsáveis diretos.

A Central de Vigilância Epidemiológica, prevista no decreto de 1985 que formalizou o CVE, trazia a ideia da Dra. Eliana Melamed de uma estrutura que funcionasse 24 horas, voltada ao atendimento contínuo de demandas de hospitais e profissionais de saúde, liberando os técnicos do CVE das atribuições de suporte direto e permitindo-lhes foco em análises e planejamento. Quatro profissionais atuavam em regime de plantão na central, exercendo funções semelhantes às de diretores de divisão.

Para compor essa equipe, foram convidados profissionais médicos recém-formados, como a Dra. Gizelda Katz e o Dr. João Aquino, e outras pessoas selecionadas devido a seu conhecimento técnico, como a Dra. Ruth Moreira Leite. Dra. Márcia, que resistiu inicialmente ao convite de assumir a Divisão de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses, acabou por aceitar o encargo após incentivo direto do Dr. Vranjac, mesmo sem formação específica na área. Tudo isso devido à sua experiência prévia com casos de raiva e às preocupações crescentes com a dengue, já presente no Rio de Janeiro e, posteriormente, com surto em Araçatuba, no ano de 1986.

A Divisão de Doenças Respiratórias ficou a cargo da Dra. Maria Cláudia Corrêa Camargo, vinda do Centro de Informações de Saúde (CIS), enquanto a Dra. Beatriz Aparecida Fortes Perrenoud, do Hospital Emílio Ribas, assumiu a área de Doenças de Transmissão Hídrica. Um profissional de extrema importância para o funcionamento do CVE foi Alvimar Godoi Cotti, que desempenhou sempre com muita competência o papel de administrador, já que o CVE foi criado somente com área técnica.

Dessa forma, com uma equipe inicial de apenas dez pessoas, foi estruturado o CVE, lançando as bases para uma vigilância epidemiológica moderna e articulada com a realidade dos serviços de saúde do estado.

Pouco tempo após o término da montagem do CVE, toda a equipe passou por um grande baque. Em 1987, por iniciativa do então Secretário de Saúde do estado, Dr. José Aristodemo Pinotti, a carreira de médico sanitaria foi extinta. Dra. Márcia recorda de o Dr. Vranjac chorar ao comentar a notícia com ela. Dr. Julio complementa dizendo que essa notícia “machucou muito” o Dr. Vranjac. O caráter arbitrário e repentino da decisão trouxe surpresa a todos. Muitos profissionais foram transferidos para cidades distantes, para outras Secretarias e outros foram acolhidos pelo CVE.

A extinção do cargo de sanitaria só não foi mais traumática para os membros do CVE do que o falecimento do Dr. Alexandre Vranjac, ocorrido cerca de um ano depois, em 1988. Dra. Márcia tinha uma reunião marcada com Dr. Vranjac em uma segunda-feira pela manhã. Durante o encontro, percebeu que seu chefe não estava bem. Teve de insistir para que ele procurasse ajuda médica e se ofereceu para acompanhá-lo até a Santa Casa de Misericórdia.

Dr. Vranjac foi levado pelo motorista do CVE e Dra. Márcia chegou pouco depois ao hospital. Ao procurar notícias sobre ele, soube que dera entrada na UTI e havia falecido. Dra. Márcia ficou des-

norteada. Recuperadas as forças, ainda era preciso regressar ao CVE e dar a notícia aos colegas. O clima foi de choque e absoluta consternação.

Dr. Julio recorda que a época que se seguiu ao falecimento do Dr. Vranjac foi marcada pela união entre os colegas. Coube a eles a escolha de seu substituto, o Dr. Wagner Augusto da Costa.

Além do próprio CVE, que a partir de seu falecimento passou a receber o seu nome, “Prof. Alexandre Vranjac”, Dr. Vranjac deixou mais que um legado de dedicação e constante busca pela excelência e inovação no trabalho. Ele se tornou referência de uma liderança carismática que se mesclava ao envolvimento afetuosos com sua equipe, características que marcam de forma incontornável e unânime a memória de todos os entrevistados.



Wagner Augusto da Costa

A construção da excelência

Wagner Augusto da Costa é formado em medicina pela Universidade de São Paulo (USP), tendo feito residência em pediatria. Fez o curso de Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP, o curso de epidemiologia no Centers of Disease Control (CDC), nos Estados Unidos, e administração hospitalar na Fundação Getúlio Vargas.

Como residente, atendia no pronto-socorro infantil do Hospital das Clínicas, onde atuou durante a epidemia de meningite ocorrida na década de 70, uma das mais graves registradas na história. O pronto-socorro está localizado na esquina da Rua Teodoro Sampaio com a Avenida Dr. Enéas de Carvalho, local onde paravam os ônibus que vinham da periferia lotados de pacientes. Em plena epidemia, as filas enormes desciam pela Teodoro Sampaio. Algumas vezes, quando a mãe descobria a criança para ser atendida, ela já havia falecido. Para piorar, vivia-se o período da Ditadura Civil-Militar iniciado em 1964 e o regime censurava a divulgação de informações, deixando a população em situação ainda mais fragilizada.

A vivência na epidemia foi o impulso para realizar em 1977, a convite do Dr. Walter Leser, Secretário da Saúde do Estado de São Paulo, o curso de Saúde Pública e depois ingressar na Secretaria da Saúde, onde percorreu toda sua trajetória profissional.

Primeiramente, dirigiu uma Unidade Básica de Saúde e, depois, foi responsável pela área de saúde das creches da prefeitura de São Paulo onde, entre outras atividades, articulou com a Secretaria Municipal de Saúde a atenção às creches.

Em 1986, o Dr. Wagner voltou para a Secretaria de Saúde do Estado e entrou no CVE, ainda nos primórdios da instituição, fundada na esteira de uma epidemia de febre tifóide ocorrida em Osasco, na Grande São Paulo. Ele assumiu a direção do CVE após a morte repentina de seu fundador, o Dr. Alexandre Vranjac, ocorrida em 1988.

Ainda em 1988, outra epidemia de meningite ocorreu em São Paulo. Nesse momento, o país já respirava ares democráticos e era fundamental que a falta de informação que caracterizou a emer-

gência anterior não se repetisse. Para tanto, foi muito importante estabelecer uma relação de confiança com a imprensa, parte dela ainda receosa em relação à conduta dos órgãos estatais diante dessas situações. O Dr. Wagner, a equipe do CVE e os assessores de imprensa da Secretaria tomaram a frente dessa iniciativa que teve o apoio da cúpula da Saúde e do Governo de São Paulo.

Um fato marcante ocorreu quando foi divulgado pela primeira vez que se tratava de uma nova epidemia. Em uma entrevista de rotina, uma jornalista jovem ficou estarrecida e desconfiada assim que o Dr. Wagner confirmou que, tecnicamente, já se podia dizer que São Paulo vivia uma nova epidemia de meningite, causada pelo meningococo B, menos explosiva que sua antecessora, mas, ainda assim, grave.

A notícia repercutiu, como era esperado, mas a Secretaria já estava preparada para atender e abastecer os jornalistas com as informações do evento, detalhando diariamente, em uma sala de imprensa, o número, o local de novos casos, os óbitos e os cuidados necessários. Essa atitude foi fundamental para a saúde pública recuperar a confiança também junto à população, que poderia saber com mais clareza como proceder, especialmente em relação à rapidez dos cuidados com a saúde das crianças.

Também é preciso lembrar outro acontecimento que marcou essa epidemia. O desenvolvimento por cientistas cubanos de uma vacina contra a meningite B que foi oferecida aos seus parceiros brasileiros. Não havia, até este momento, um imunizante deste tipo liberado para uso da população. Alegando questões políticas, os especialistas cubanos afirmavam que não conseguiam publicar seus estudos acerca da eficácia do imunizante que, segundo eles, tinha sido decisivo no combate à epidemia em Cuba, informação esta confirmada pelo Dr. João Yunes que havia sido Secretário de Saúde do Estado de São Paulo e nessa época dirigia a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Seriam necessários, portanto, testes e avaliações para seu emprego em larga escala por aqui.

Todo o processo foi conduzido com muita transparência. Formou-se um comitê com cientistas e diretores de Sociedades Médicas que aprovou o uso e a avaliação da vacina. A imprensa foi informada do andamento e de todas decisões tomadas. Infelizmente, a vacina, quando testada na população, não se mostrou eficaz. Porém, a forma aberta e honesta como este processo foi administrado se mostrou muito importante para elevar a credibilidade e o protagonismo do CVE.

Além dessa epidemia, outros fatos marcantes marcaram essa época que contribuíram para ressaltar o papel e a importância do CVE:

- A erradicação da poliomielite no Brasil.
- O aperfeiçoamento do sistema de imunização do estado, incluindo a modernização de toda rede de frio, fundamental para a conservação e distribuição de vacinas.
- O enfrentamento da primeira grande epidemia de dengue no estado de São Paulo, ocorrida na cidade de Ribeirão Preto. Uma força-tarefa se dirigiu ao município e, em colaboração com as autoridades locais, traçaram as estratégias de controle da situação. Mais uma vez, a imprensa teve um papel de destaque nessa dinâmica, noticiando em primeira página o fato e colaborando fortemente com a divulgação das ações necessárias para o combate ao mosquito transmissor da doença.
- A epidemia de cólera de 1992, cujo grande legado foi a elaboração de um manual sobre a doença em conjunto com uma grande equipe de cientistas. Escrito rapidamente e de excelente qualidade, esse material inédito foi utilizado também pelo Ministério da Saúde e preencheu uma lacuna importante sobre a doença, cujas características e tratamento eram praticamente desconhecidos pelos médicos. O capítulo referente à hidratação do paciente, fundamental para prevenir o óbito, escrito pelo Dr. Giuseppe Sperotto, foi divulgado também pela OPAS tornando-se referência internacional.

O CVE também articulou com outros órgãos, especialmente o Centro de Vigilância Sanitária (CVS), um programa de prevenção contra a doença. Ações notórias foram realizadas nos aeroportos e terminais rodoviários da capital. Mensagens detalhando os sintomas do cólera e as providências a serem tomadas foram divulgadas pelos alto-falantes em saguões e áreas comuns. Para o desespero das companhias aéreas, que reclamavam de atrasos em voos e conexões, intervenções mais diretas e demoradas eram feitas nos aviões que chegavam das regiões Norte e Nordeste do país, as mais atingidas.

O processo de municipalização da saúde foi outro momento-chave da trajetória do Dr. Wagner. Passo importante e estratégico, a municipalização demandou a administração de conflitos acerca das atribuições dos estados e das cidades nas ações e na coleta e comunicação de dados, desentendimentos que, por vezes, ganhavam um colorido mais forte graças a questões de política local. O risco de fragmentação e perda das informações foi algo para o qual Dr. Wagner alertou logo nos primeiros tempos de implantação do sistema.

Para o CVE, os anos da gestão do Dr. Wagner foram marcados por ações que elevaram sua reputação junto à população e sua relevância para a gestão de saúde pública paulista e brasileira. A relação construtiva e de confiança mútua estabelecida com a imprensa, a gestão transparente dos momentos de crise, sempre privilegiando a comunicação direta com a sociedade, somadas ao aumento da acessibilidade do órgão, que já dispunha de atendimento telefônico em sistema de plantão 24 horas, são exemplos desse legado. Para o futuro, Dr. Wagner expressa seu desejo pela criação de carreiras estáveis para os profissionais de vigilância em nível estadual, de forma a evitar a desarticulação e o esvaziamento desta atribuição.



José Cassio de Moraes

O passado
que pode
iluminar o
futuro

José Cassio de Moraes é formado na Faculdade de Medicina de Sorocaba. É professor emérito da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e ex-diretor do CVE. Assessor da OPAS, membro da Comissão Nacional para a Eliminação do Sarampo, presidente da comissão de assessoramento em imunização do estado de São Paulo (Cpai), membro do comitê técnico de assessoramento em imunização (Ctai) da Secretaria de Vigilância em Saúde e ambiente e agraciado com a medalha de ouro Oswaldo Cruz.

Dr. Cassio ingressou no serviço estadual de saúde no ano de 1974, especificamente na Divisão de Epidemiologia da CSC, no período do surgimento da epidemia de meningite meningocócica em São Paulo, época também marcada pelas dificuldades impostas pelo Regime Militar, que censurava informações, comprometendo o atendimento à população.

Em abril de 1975, Dr. Cassio participou diretamente da Campanha de vacinação contra a meningite (CAMEN) organizada pelo exército e com estratégia militar. Foi montada uma equipe permanente que, em quatro dias na região central da cidade, vacinou mais de três milhões de pessoas. Esses grupos realizaram varreduras de norte a sul da cidade, ficavam hospedados em quartéis e faziam a vacinação em escolas e locais públicos. Coube ao Dr. Cassio passar em todas essas unidades durante as madrugadas para obter o número de frascos de imunizante utilizados e, com isso, estimar a cobertura vacinal.

Com ajuda de estudantes da Faculdade de Medicina da Santa Casa, o levantamento de dados da epidemia foi feito por meio de visitas diárias aos hospitais que realizavam as internações. Ali, eram preenchidas fichas repassadas ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Rio de Janeiro. Em paralelo, Dr. Cassio coordenou a montagem de uma central telefônica com pouco mais de vinte linhas, uma conexão direta entre hospitais, que também ajudou no monitoramento da dinâmica da epidemia. Um mapa foi

perfurado com alfinetes que indicavam o endereço dos novos casos. Um quadro de avisos com o número de novos casos e óbitos era disponibilizado à imprensa que, contudo, nem sempre podia publicar essas informações.

Para o Dr. Cassio, a epidemia evidenciou uma fraqueza estatal, tanto da União como de estados e municípios, no que se refere à vigilância epidemiológica. Ficou nítida a necessidade de melhorar a organização, a sistematização e a padronização para a vigilância. Ele recorda que, em 1975, o Dr. Walter Leser, uma pessoa altamente capacitada, assumiu o cargo de Secretário da Saúde de São Paulo. Em 1978, juntamente com o Dr. Leser e uma grande equipe, o Dr. Cassio começou a trabalhar na criação do Manual de Vigilância Epidemiológica, o famoso livro verde, ou “verdão” para alguns.

Com essa obra, referência até os dias de hoje, procurou-se criar princípios básicos de vigilância de diversas doenças, ressaltando quais informações são importantes de se coletar, detalhes sobre as doenças, a conduta a ser adotada frente a cada caso e o controle dos comunicantes. Foram elaboradas também as fichas de vigilância. Este trabalho pioneiro deu início, em meio a muitas dificuldades, ao processo de consolidação dos dados levantados. As fichas eram enviadas e lidas, o que passou a delinear um panorama nem sempre atualizado, porém mais completo do que se tinha anteriormente, acerca do que estava ocorrendo no estado de São Paulo em termos de vigilância epidemiológica.

Nesse mesmo período, em uma reforma administrativa promovida pelo Dr. Leser, foram criados os Centros de Saúde, que concentraram os sistemas de controle e vigilância de doenças crônicas, hanseníase e tuberculose. Quanto a essa última, Dr. Cassio destaca o controle dos faltosos, específico para tuberculose, para saber se os pacientes haviam abandonado o tratamento.

No governo Franco Montoro (1983-1986) foi criada a coordenação de saúde. O Dr. Alexandre Vranjac foi indicado para assumir a Coordenação de Saúde da Comunidade. Posteriormente, partindo-se de uma proposta para a criação de um Centro de Vigilância, Dr. Vranjac foi convidado a assumir a direção dessa instituição, o CVE, criado em 1985.

Dr. Cassio lembra do Dr. Vranjac como alguém muito preocupado com a saúde coletiva e com as pessoas, com o cidadão. Um profissional humano que tinha uma compreensão do setor público, das áreas de vigilância e de atenção à saúde, além de um pediatra que tinha uma visão integral da criança.

Uma das características da nova instituição era a de possuir várias divisões, uma dedicada às doenças crônicas e outras de acordo com o tipo de transmissão das enfermidades. Dr. Cassio participou ativamente deste momento e recorda que muitas pessoas foram entrevistadas. Foi formada uma equipe muito boa, com ânimo de fazer coisas diferentes. Antes de ocupar sua sede atual, no sexto andar do número 351 da Avenida Dr. Arnaldo, o CVE começou suas operações na Avenida São Luís, no centro de São Paulo.

Em 1987, ocorreu uma grande epidemia de sarampo na capital paulista. Em julho deste mesmo ano, foi feita, pela primeira vez, uma campanha indiscriminada de vacinação de crianças entre nove meses até 14 anos de idade. Dr. Cassio lembra que essa medida foi utilizada pelo Dr. Ciro de Quadros como a primeira estratégia para a implementação de um programa com vistas à eliminação do sarampo nas Américas.

Foram realizadas inúmeras pesquisas, como as de soroprevalência de anticorpos e, junto com a equipe do IBGE, de cobertura vacinal. Dr. Cassio recorda, de forma bem-humorada, que essa iniciativa originou alguns casamentos, uma vez que as equipes de saúde eram compostas majoritariamente por mulheres e a do IBGE, por homens.

Por dez anos São Paulo ficou livre do sarampo, até enfrentar nova epidemia, em 1997. Nessa ocasião, Dr. Cassio lembra da criação, em colaboração com a empresa de informática do Governo do Estado de São Paulo (PRODESP), do programa Soundex, que identificava os casos de duplicidade de notificações da doença, algo extremamente útil em uma epidemia de grandes proporções.

A partir de uma visão mais acurada da situação, foi definida a estratégia de vacinação de emergência para todos os menores de cinco anos. Em apenas um dia, um sábado, foram vacinadas 3 milhões de pessoas. Também é preciso registrar o grande esforço da equipe do Instituto Adolfo Lutz que processou, apenas de casos positivos, 40.000 amostras de exames. Como membro da Comissão Nacional de Eliminação do Sarampo, Dr. Cassio ressalta que, em 2016, as Américas foram declaradas área livre da doença, título que, com exceção do Haiti, ostenta também em 2025.

A criação do Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE) e da Central de Atendimento Telefônico em plantão 24 horas são outros marcos importantes do período em que o Dr. Cassio esteve no CVE. Em um contexto de municipalização da Vigilância Epidemiológica, foram treinadas pelo TBVE cerca de 4 mil pessoas, que passavam alguns dias em um curso de imersão realizados em hotéis, em um esforço coordenado pela Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia da instituição, com suporte financeiro do VIGISUS do Ministério da Saúde e com apoio das autoridades de saúde dos municípios.

Já a Central de atendimento, pioneira no Brasil, ampliou e agilizou a comunicação entre profissionais de saúde e o CVE, além de ficar marcada como estratégica para ocasiões de emergência.

Dr. Cassio aponta a relevância de se mostrar que a atuação da vigilância epidemiológica é importante em várias áreas e de maneiras lógicas diferentes. Ele ressalta que é preciso diversificar,

realizar pesquisas científicas e, especialmente, acadêmicas, de interesse coletivo. Estudos que poderiam ser viabilizados por parcerias entre o Estado e departamentos de faculdades e que seriam capazes de trazer, por exemplo, uma ideia mais precisa acerca da prevalência na população brasileira de doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão, algo que ainda não se estabeleceu como uma rotina na vigilância epidemiológica, apesar de haver algumas iniciativas isoladas.

Além disso, elenca outros pontos que merecem atenção. Tanto o combate a doenças mais recorrentes, como a febre amarela e a dengue, como surgimento de doenças como a mpox e, principalmente, a Covid-19, além de novas enfermidades que surgem ou são agravadas na esteira das mudanças climáticas, deixam evidentes certas vulnerabilidades. Estar à frente dos acontecimentos e não ser empurrado por eles é o que defende o Dr. Cassio. Para isso, é preciso treinar equipes para que se possa dar uma resposta rápida aos novos desafios que certamente virão. Tarefa que não é nada simples, mas que encontra precedentes nos esforços já empreendidos contra doenças como a difteria e o sarampo.



**Carlos Magno Castelo
Branco Fortaleza**

Em defesa da epidemiologia

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza é médico infectologista graduado pela Universidade Federal do Ceará, em 1994, com mestrado em Patologia e doutorado em Clínica Médica. Ocupou cargos de direção no CVE, na Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) e na Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo (Sucen) entre 2003 e 2007. Atualmente, é professor titular e diretor da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp).

Por conta de sua experiência em laboratórios e conhecimento em Epidemiologia e Clínica Médica, sua entrada no CVE se deu como parte do plano de se criar uma agência de controle de doenças no estado de São Paulo que teria como modelo o Centers for Disease Control and Prevention, o CDC dos Estados Unidos. Projeto que nunca foi concretizado por resistências que nele viam uma porta para a privatização da vigilância epidemiológica e questionavam a possível perda de controle dessa vigilância, feita por hospitais ligados a grupos políticos.

Nesse meio tempo, em 2003, foi criado o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) de São Paulo. Projeto de formação em epidemiologia de campo baseado na experiência prática que se inspirou também no modelo do CDC americano e em seu homólogo federal, com diferencial de estar ligado a uma pós-graduação *stricto sensu*. Teve forte envolvimento e parceria da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Posteriormente, o Programa migrou para a Faculdade de Medicina da Santa Casa.

O EpiSUS paulista formou sua primeira turma em 2004, porém infelizmente foi descontinuado alguns anos mais tarde. Dr. Carlos enxerga nesse fato a perda de uma oportunidade de se fornecer às vigilâncias municipais, estaduais e regionais profissionais com alto grau de especialização, o que pode prejudicar o planejamento e a programação do melhor uso dos equipamentos de saúde, tanto

em termos de prevenção quanto de ações programáticas. Prova da excelência do programa é o grande número de seus ex-alunos que ocupam cargos de destaque no setor público, hospitais e em instituições da iniciativa privada.

Para o Dr. Carlos, a recente pandemia de Covid-19 e mais uma tentativa de criar o “CDC Paulista” evidenciaram a profundidade dos desafios para o CVE que estão além do enfrentamento de epidemias ou de doenças desconhecidas.

Nessas ocasiões, ele sustentou debates com cientistas de dados que veem a epidemiologia como uma subárea deste campo de saber. Em sua opinião, durante a pandemia, o Centro de Contingência do Coronavírus em São Paulo, montado pelo governo do estado, priorizou modelos matemáticos e a ciência de dados, marginalizando a expertise epidemiológica do CVE. Para ele, essa postura trazia uma falsa sensação de segurança e previsibilidade, algo impossível diante da dinâmica de uma epidemia.

Dr. Carlos destaca a diferença entre previsão algorítmica e interpretação epidemiológica, e o fato de a epidemiologia não ser uma ciência exata e ter de lidar com a imprecisão. Essa desqualificação dos epidemiologistas permanece. Visão que tende a colocá-los como meros coletores de dados que apenas fazem interrogatórios, preenchem fichas e alimentam bancos de dados. Para ele, cabe ao CVE lutar para reconquistar o seu espaço e se impor novamente como órgão representante da inteligência epidemiológica em saúde.

Mas é claro que os anos dedicados ao CVE não foram apenas de embates. Dr. Carlos lembra de importantes conquistas que marcaram esse período. Destacou sua participação e o grande trabalho envolvido na introdução da vacina do rotavírus no calendário vacinal. Lembrou também do uso pioneiro, na cidade de Sertãozinho, de vacinas conjugadas para o bloqueio populacional em uma epidemia de meningite meningocócica, além da resposta rápida a um surto de febre amarela ocorrido no carnaval de 2003, às margens do Rio

Grande, momento em que, após o aparecimento de macacos mortos pela doença, foi realizada uma campanha de vacinação “casa a casa”, que retardou e mitigou o aparecimento da febre amarela na população.

Merece destaque também a criação de um Sistema de Vigilância de Infecção Hospitalar em São Paulo, o primeiro do Brasil, que depois inspirou o sistema do Paraná e o da própria Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa. Aliás, Dr. Carlos frisa que a manutenção desse sistema como responsabilidade do CVE e não da Agência federal evitou a perda de acúmulo de conhecimento epidemiológico, uma vez que a iniciativa foi concebida para tratar a prevenção da infecção hospitalar como algo relevante em saúde pública, e não como um mero checklist sanitário.

Dr. Carlos permaneceu no CVE por apenas dois anos, porém esse foi um período muito marcante para sua carreira e vida pessoal. Diversas vezes foi convidado a retornar, mas questões familiares e profissionais acabaram impedindo esse reencontro muito desejado. Dr. Carlos se dedica hoje à formação de médicos comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e enxerga no CVE, composto por profissionais de diferentes gerações, com formações heterogêneas e que agregam saberes distintos, um grande potencial que pode ser mais bem aproveitado.



Cilmara Polido Garcia

Diálogo e trabalho em equipe

Cilmara Polido Garcia é formada em Medicina pela Universidade de São Paulo, com especialização em Infectologia no Hospital das Clínicas (HC). Fez estágio de complementação em infecções relacionadas à assistência à saúde. Sua formação acadêmica coincidiu com a criação do SUS e ficou marcada pela ênfase em medicina preventiva e saúde coletiva. Para ampliar horizontes e tomar contato com perspectivas diversas de conhecimento, chegou a frequentar as faculdades de Matemática e Filosofia, sem, contudo, concluir esses cursos.

Ingressou, a época, primeiramente na Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção. Hospitalar (APECIH), onde conheceu o Dr. Carlos Magno Fortaleza. Entrou no CVE como Diretora a convite do Dr. Carlos Magno, onde ficou marcada por seu perfil que privilegiava o diálogo aberto, o trabalho em equipe e o cuidado com a identificação de casos.

Nos anos 2000, participou da implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), período de recursos técnicos escassos. Embora a internet já estivesse começando a se popularizar no Brasil nesse momento, muitos municípios não possuíam acesso à rede e outros tantos sequer dispunham de computadores. A falta de condições ideais não impediu, contudo, que o trabalho desses pioneiros fosse iniciado e que tenha lançado as bases para, posteriormente, poder ser aperfeiçoado.

Merece destaque a lembrança do combate a um surto de sarampo ocorrido em 2005, originado por um atleta de surf que retornava das Ilhas Maldivas e que uniu toda a equipe do CVE. Dra. Cilmara já havia tido contato, durante sua residência, com uma epidemia de sarampo, a de 1997, e sabia a dimensão do que poderia ocorrer caso as coisas saíssem de controle.

Embora ignorasse que estivesse com sarampo, o Surfista estava apresentando mal-estar e febre quando fez sua viagem de volta ao Brasil, depois de participar de uma etapa do circuito mundial de surf e que tinha como destino final, após conexões em São Paulo e em Frankfurt, a cidade de Florianópolis. Surgiram alguns casos secundários, um deles, inclusive, em dos filhos de Fabio.

Por ser muito contagiosa, a doença, então erradicada em São Paulo, precisava ser contida rapidamente. Dra. Cilmaria lembra com orgulho de todo esforço para rastrear os casos, estabelecer seu vínculo epidemiológico, assim como da excelência da redação do relatório final e do sucesso da empreitada. Fica em sua memória também a figura do Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, secretário de Saúde de São Paulo à época dos acontecimentos, e figura marcante em seu início de carreira pela qualidade de sua liderança e pelos direcionamentos que recebeu.

Em 2006, uma epidemia de encefalite de St. Louis, uma arbovirose transmitida pelo mosquito culex, trouxe grande visibilidade à cidade de São José do Rio Preto, no interior de São Paulo. O caso ficou marcado pela cobertura da imprensa, pela atuação do Ministério Público e pela ocorrência de alguns casos graves. Não foi possível realizar o mesmo trabalho de rastreamento do caso de sarampo envolvendo o atleta de surfe, porém, e também por causa disso, Dra. Cilmaria pôde tirar diversas lições desse episódio, cujas anotações ainda conserva consigo.

Outro momento-chave da trajetória da Dra. Cilmaria no CVE foram os primeiros tempos da implantação do programa de combate à Hepatite C. Além de representar a realização de um projeto desde suas etapas iniciais, não foi fácil lidar com as demandas de movimentos organizados da sociedade civil, que pleiteavam maior disponibilidade de medicamentos, ainda não tão eficazes quanto os atualmente fornecidos pelo SUS, para os infectados.

Valendo-se de sua experiência prévia na luta contra o HIV, esses grupos exerceram grande pressão junto às autoridades de Saúde. Foi especialmente significativa uma reunião da qual a Dra. Cilmaria participou na Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) como representante do CVE. Foi uma situação tensa, mas interessante pelo aprendizado que proporcionou.

Para Dra. Cilmaria, o mais importante em Vigilância é a capacidade de articular o pensamento de forma rápida e sagaz, permitindo uma resposta mais ágil e eficiente, especialmente em casos de emergências sanitárias. Ela defende uma mudança de paradigma

na Vigilância. Enfatizar mais um olhar sindrômico, que se baseia na detecção de um conjunto de manifestações clínicas comuns a um maior número de doenças, e menos a abordagem por agravo, que se concentra na detecção de uma determinada enfermidade. Não ter conseguido contribuir de forma mais decisiva para essa transformação é uma lacuna que ela enxerga em sua vida profissional.

Do presente, Dra. Cilmara ressalta uma conquista pessoal: a criação de um comitê multiprofissional no município onde trabalha para o combate à febre maculosa, zoonose endêmica na região e agravo com o qual ela teve uma vivência importante no CVE. O luto pela perda de colegas na última pandemia de Covid-19, ainda é um obstáculo para um balanço mais acurado de sua expressiva atuação na área de Vigilância de doenças respiratórias. Do CVE, Dra. Cilmara faz questão de ressaltar a importância de sua Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia, com suas características próprias, que fomentam o exercício de propor, executar, avaliar e reavaliar ações em Saúde, algo muito incomum na área. Também merece destaque o EpiSus, programa de capacitação, formação e treinamento para atuação de profissionais de Vigilância, de cuja implantação participou e que ficou marcado pela excelência de seus resultados, com profissionais formados pelo programa atuando na iniciativa privada e em órgãos públicos.

De sua trajetória, Dra. Cilmara enxerga como um de seus maiores êxitos o desenvolvimento de sua capacidade de escutar o que cada pessoa tem a dizer, ouvir a equipe, tendo em conta que sempre é preciso um olhar externo para que possamos descobrir nossos pontos cegos, além de, em paralelo, cultivar tanto a habilidade de aprender com os próprios erros como o gosto pela contínua aquisição de conhecimento. Posturas que fazem justiça a seu nome. Cilmara, com “C”, homenagem dos pais, professores, que batizaram a filha com o nome da aluna mais brilhante que tiveram.



Ana Freitas Ribeiro

Construção e fortalecimento da vigilância epidemiológica: memórias do CVE

Sou médica sanitária, formada pela Universidade Federal Fluminense, com residência em medicina preventiva e social na Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ-RJ. Tenho mestrado e doutorado em epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Fui convidada pela Dra. Clelia M. S. Aranda, em 2007, para assumir a Diretoria Técnica do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), onde permaneci até 2014. Durante minha gestão, fortalecemos as divisões do CVE por meio de reuniões com as equipes técnicas e concursos públicos para aprimorar o quadro de funcionários.

Também estruturamos o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), adaptando as atividades da antiga Divisão Central e colaborando com a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS do Ministério da Saúde, que forneceu novos equipamentos para melhorar o monitoramento de emergências em saúde pública.

Durante esse período, implementamos a vigilância de rumores e realizamos reuniões semanais com diversas divisões, como o CVE, o Instituto Adolfo Lutz (IAL), a Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), a Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) e o Centro de Vigilância Sanitária (CVS).

Coordenamos emergências de saúde, como a epidemia de febre amarela em 2009, envolvendo uma ação interinstitucional com várias entidades. Realizamos controle com vacinação, combate a vetores e investigação de casos em humanos e mortes de primatas não humanos, confirmando a transmissão silvestre do vírus. Após a vacinação, interrompemos a circulação do vírus.

Agradeço especialmente à Dra. Melissa Siciliano Mascheretti (In Memoriam), que coordenava a Divisão de Zoonoses do CVE e desenvolveu todas as ações com competência e maestria. Também elaboramos um estudo com a Faculdade de Medicina da USP para prever a expansão da febre amarela, gerando duas publicações importantes.

Em 2009, a pandemia de influenza A(H1N1)pdm09 trouxe desafios para o CVE, que organizou a resposta de vigilância epidemiológica envolvendo diversas divisões da instituição em articulação com outras áreas da Secretaria de Saúde.

Apresentei o trabalho sobre a resposta à influenza A(H1N1) no estado de São Paulo na 10ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia- da Secretaria Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS-MS), com ênfase na redução de morbimortalidade e integração entre as instituições. O trabalho foi premiado como a melhor experiência em Organização e Gestão de Respostas Rápidas em Emergências Epidemiológicas.

Durante a pandemia, desenvolvemos dois estudos de caso-controle para avaliar fatores de risco para óbito por influenza A(H1N1)pdm09, na Grande São Paulo e Campinas, e em gestantes no estado de São Paulo, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Agradeço especialmente à Dra. Clelia M. S. Aranda, à Dra. Telma R. M. P. Carvalhanas e ao Dr. Luiz Roberto Barradas Barata (In Memoriam) pelo apoio em todas as ações desenvolvidas. Esses estudos foram tema do meu doutorado na Faculdade de Saúde Pública da USP e resultaram em dois artigos publicados na revista PLoS One.

Em 2010, o CVE realizou a Conferência Internacional em Epidemiologia - EPI CVE, com mais de mil profissionais discutindo desafios em vigilância epidemiológica no século XXI, como a pandemia de influenza A(H1N1), zoonoses, hepatites, doenças virais e novos modelos de vigilância em saúde.

Em 2012, o CVE organizou a II Conferência Internacional de Epidemiologia, com 1.023 participantes e 118 palestrantes, abordando temas de vigilância epidemiológica como doenças de transmissão respiratórias, hídrica e alimentar, zoonoses e comunicação em saúde, com 300 trabalhos científicos apresentados, sendo 24 orais. Gostaria de agradecer especialmente à Dra. Maria Bernadete de Paula Eduardo pelo apoio na organização da programação científica.

Essas conquistas foram possíveis graças ao apoio das Diretorias das Divisões do CVE e dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs), bem como de toda a equipe de profissionais empenhados na melhoria da vigilância epidemiológica no estado, assegurando o controle de doenças e alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Quero também prestar uma homenagem à Núbia Virginia D'Avila Limeira de Araujo (In Memoriam), assistente técnica de vigilância epidemiológica, que me auxiliou na coordenação das ações junto às divisões do CVE e GVEs, sendo fundamental na resposta às doenças e emergências em saúde pública. Sua expertise, capacidade de mediação e inteligência foram essenciais para superar vários desafios.

Depoimento redigido por Ana Freitas Ribeiro, médica Sanitarista com Mestrado e Doutorado em Saúde Pública. Foi diretora do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo de 2007 a 2014.



Marcos Boulos

CVE: A força motora da vigilância epidemiológica

Marcos Boulos é Professor Sênior da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Professor da Universidade Federal do ABC (UFABC).

Dr. Boulos recorda que teve boas relações com o Dr. Alexandre Vranjac, fundador do CVE que, para ele, foi a pessoa que teria sido um dos criadores da vigilância epidemiológica no Brasil. Uma das primeiras referências da importância do CVE está ligada ao aparecimento das epidemias de dengue no Brasil, em meados da década de 1980. Dr. Boulos faz questão de ressaltar a importância de uma grande profissional, a Dra. Gizelda Katz, uma grande referência da época, com muita experiência prática e figura importante do CVE.

Dr. Boulos assumiu a direção da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) em 2011 e, por vacância em simultaneidade, o CVE, e destaca que durante o período que esteve à frente das instituições houve um contato frequente e produtivo com as equipes, com reuniões semanais, sempre nas tardes de quarta-feira, nas quais eram apresentados os problemas de saúde pública que estavam afetando o estado. Ele lembra que esses encontros eram coordenados pela Dra. Gizelda e envolviam também residentes e docentes da Faculdade de Medicina da USP, como o Professor Francisco França. Todos acompanhavam as discussões e se inteiravam dos acontecimentos relatados. Infelizmente, essas reuniões foram descontinuadas, algo que o Dr. Boulos lamenta, dado o nível exuberante das discussões e a importância no estado.

Todas as grandes epidemias explodem no estado de São Paulo e, para o Dr. Boulos, o CVE é a força motora da vigilância epidemiológica. Ele ressalta a importância da formação em saúde para doenças infecciosas e na vigilância, que continua a ser essencial para o enfrentamento dessas epidemias.

Dr. Boulos destacou o papel da tecnologia da informação para a atualização e integração de dados epidemiológicos. Ele enfatiza

que a tecnologia mudou significativamente o panorama da vigilância epidemiológica com a integração de informações online, o que ajudou a resolver conflitos entre dados catalogados pelas regionais e os dados centrais.

A vigilância epidemiológica, segundo Dr. Boulos, depende fortemente da vigilância laboratorial. Citando também a falta de recursos humanos, ele acredita que o Instituto Adolfo Lutz pode-se elevar os benefícios com o processo de descentralização e aproveitamento de suas unidades regionais subutilizadas. Isso traria mais agilidade na disponibilização dos dados de análises e exames. “Não dá para terceirizar a vigilância. Não dá!”, diz ele.

Ele chamou atenção para a importância de sensibilizar os governantes sobre a necessidade de uma vigilância epidemiológica forte e bem estruturada, com núcleos de detecção precoce e organização laboratorial para enfrentar os processos e epidemias que surgirão.

Uma vigilância forte e gerida de acordo com o interesse público é fundamental, uma vez que a vigilância em saúde está presente desde a hora que escovamos os dentes pela manhã até a hora de dormir. O monitoramento da qualidade da água, do ar e dos alimentos, além do desenvolvimento e aplicação de vacinas estão entre as ações de vigilância do cotidiano. Dr. Boulos faz questão de assinalar que a expectativa e a qualidade de vida e até mesmo a altura média das pessoas aumentou expressivamente nos últimos duzentos anos graças, em grande medida, aos avanços e esforços empreendidos nessa área.

Os pacientes da época de sua residência no Hospital das Clínicas e no Instituto de Infectologia Emílio Ribas apresentavam doenças que hoje já não existem mais ou tiveram seu número de casos diminuídos drasticamente, caso do tétano, da esquistossomose, da febre tifoide e da difteria. Esta última teve um prédio próprio no Emílio Ribas em razão do número de casos. Graças à vigilância e às vacinas, essas crises se encerraram.

Dr. Boulos relembra uma discussão da época da faculdade em que diziam que a clínica de moléstias infecciosas deveria desaparecer e ficar dentro da clínica médica. Passado o tempo, com o surgimento da Aids e epidemias maiores, ele dizia agora que a clínica médica é que deveria fazer parte do departamento de moléstias infecciosas, porque atualmente as infecções são a causa de “quase tudo”.

Vários problemas ainda aparecerão e esse é o desafio que teremos que enfrentar, segundo ele. Muitos são os processos nesse enfrentamento e organizá-los é fundamental para detectar o problema em tempo oportuno. Dr. Boulos enfatiza que é preciso ter um olhar de avanço para formar núcleos de detecção precoce, de vigilância, de organização laboratorial para uma rápida notificação. Reforça que a saúde pública nem sempre possui uma estrutura adequada, mas há pessoas extremamente competentes, com força pessoal.

Nesse contexto, o Dr. Boulos enfatiza que iniciativas como a do Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (FESIMA), da qual é atual presidente do conselho, são extremamente importantes. Este programa surgiu ligado a campanhas de vacinação e foi ampliando seu escopo com projetos que apresentaram resultados importantes e produção científica de alto padrão. Exemplos de que com integração de diferentes áreas como saúde, meio ambiente e agricultura evidenciam a importância de se agilizar a tomada de decisões e as intervenções em saúde pública que envolvam diferentes órgãos estatais.

Por fim, o Dr. Boulos reafirma que CVE precisa se fortalecer muito, considerando a importante contribuição para saúde pública nacional e global, pois sempre foi sinônimo de excelência em vigilância e ação, potencializando a Saúde Única e instrumentalizando decisões e as intervenções em saúde pública.



Regiane Cardoso de Paula

Epidemiologia de campo e espaços

Regiane Cardoso de Paula é biomédica de formação, epidemiologista, Doutora em Ciências aplicadas à Saúde e Pós Doutorado em Ciência Aberta na área da saúde pela Universidade Carlos III de Madrid. Ela foi a primeira profissional não médica a assumir a Direção do CVE e atualmente é Coordenadora da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Começou sua carreira em vigilância sanitária nos anos 1990. Trabalhou em órgãos internacionais e se considera uma epidemiologista que ama o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde pública. Teve como um de seus mentores Dr. Jarbas Barbosa, atual diretor-presidente da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Em 2015, seu primeiro ano como diretora no CVE, Dra. Regiane já enfrentou um grande desafio na instituição, uma epidemia de dengue, a maior ocorrida até então no estado de São Paulo, com 800 mil casos confirmados.

Os anos seguintes, 2016, 2017 e 2018, seriam marcados por uma grande epidemia de febre amarela. Depois de se espalhar pela região noroeste do estado, a doença batia às portas da capital. Para piorar o cenário, o número de imunizantes disponíveis era escasso para uma população enorme e com baixa cobertura vacinal. Dra. Regiane destaca o apoio recebido e a parceria estabelecida com o então Secretário Estadual da Saúde, Dr. David Uip, bem como a rica construção e parceria entre todas as secretarias e municípios do estado.

Macacos mortos pela febre amarela haviam sido encontrados na rota do Horto Florestal. Em uma reunião realizada em uma sexta-feira à noite com mais de 60 pessoas e com o aval do governador, Geraldo Alckmin, ficou decidido que o parque, localizado na zona norte da capital, seria fechado. Os frequentadores que chegavam ao local na manhã do sábado seguinte eram informados sobre a não possibilidade de entrar no parque e era indicada a necessidade de serem vacinados em uma UBS próxima à porta do Horto, em uma articulação com as autoridades de saúde do município.

Os estoques de imunizantes, porém, não tardariam a acabar. Reuniões foram realizadas com o Ministério da Saúde e se optou pela aplicação de doses fracionadas da vacina. Para agilizar a campanha, Dra. Regiane foi à campo, mais precisamente para a cidade de Mairiporã, onde algumas moradias se localizam em vastas áreas de floresta.

Outra parceria realizada durante o combate à epidemia, junto à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, também foi muito marcante. Uma paciente com complicações hepáticas foi submetida ao primeiro transplante no mundo feito em um doente de febre amarela. A epidemia foi controlada em 2018, com os últimos casos ocorridos no Vale do Ribeira, na região Sul do estado.

Em 2019, em uma sexta-feira, dia pelo qual as emergências epidemiológicas parecem nutrir certa simpatia, o CVE foi alertado pelo Ministério da Saúde que um navio de cruzeiro havia zarpado de Salvador com destino a Santos com possíveis casos de rubéola a bordo. Após a chegada no porto paulista, amostras foram coletadas entre passageiros e tripulantes. O navio, no entanto, partiu para o próximo destino, no estado de Santa Catarina. Enquanto a embarcação e seus milhares de ocupantes se encontravam em alto mar, o Instituto Adolfo Lutz liberou o resultado das análises: não se tratava de rubéola, mas sim de sarampo.

Tem início uma operação de guerra que começa em Santa Catarina para tentar barrar o espalhamento da doença. Passageiros e tripulantes, cerca de seis mil pessoas, são vacinadas quando o navio regressa ao porto de Santos. A partir desse momento, qualquer pessoa que embarcasse nesse navio, caso não tivesse um comprovante de vacina contra o sarampo, foi vacinada. Apesar desse esforço de imunização, que se repetiu nas semanas seguintes, o Brasil perdeu a certificação de país livre do sarampo, título que recuperou em novembro de 2024.

Poucos meses após esse incidente, explode a maior emergência de saúde dos últimos anos. A Covid-19 se espalha a partir da China pelo mundo e, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara a doença como uma pandemia. Semanas depois, junto à atual Diretora do CVE, a Dra. Tatiana Lang D'Agostini, Dra. Regiane elabora o Censo da Covid, que fez o mapeamento do número e a distribuição (enfermarias ou UTIs) dos pacientes internados no estado, seja na rede privada ou pública de saúde. Este levantamento norteou todo o Plano São Paulo, o planejamento do governo estadual sobre alocação de recursos e medidas para controle da doença.

Ainda, a Dra. Regiane coordena, a partir do segundo semestre de 2020, a implantação do Plano Estadual de Imunização (PEI) da Covid-19. Toda a compra de insumos, reuniões com profissionais de saúde, a realização de conferências de imprensa, o fortalecimento das equipes de trabalho, o incentivo, inclusive com presença na mídia, de medidas de prevenção à doença, como o uso de máscaras e a observação do isolamento social, passaram a compor seu dia a dia.

Dra. Regiane enxerga que a pandemia lançou um holofote com destaque para a vigilância em saúde, fazendo com que a população brasileira não apenas se familiarizasse com a área, mas sobretudo assimilasse seu papel-chave em emergências e no cuidado da saúde da população, além de compreender a importância e impactos da vacinação, como caminho a ser percorrido entre a pesquisa, compra e distribuição do imunizante até sua chegada ao braço de cada cidadão. Papel que continuaria a ser evidenciado com o surgimento da Mpox e no monitoramento de casos da gripe aviária.

Também é fundamental estar atento à importância de se estabelecer canais de comunicação eficientes com a população, transmitindo informações confiáveis e que não são de conhecimento geral. Trabalhar em conjunto com a imprensa no combate às fake news e alertar o público para temas importantes de saúde pública, desde a maneira correta de agir frente a um animal silvestre que precisa

de cuidados, mas que pode ser portador de uma doença, até o esclarecimento sobre as implicações das baixas coberturas vacinais, especialmente para pais e mães que cresceram em um contexto no qual doenças como a catapora e a caxumba não estavam presentes e pareciam não representar uma ameaça.

Felizmente, o empenho do governo estadual de diferentes gestões e a bem-sucedida campanha de vacinação Vacina 100 Dúvidas, que procura esclarecer, com uma linguagem clara e acessível, as cem dúvidas mais comuns relacionadas à imunização, vêm ajudando a reverter esse quadro.

A mesma preocupação com a comunicação pauta diferentes iniciativas em vigilância. Dra. Regiane lembra do caso emblemático de uma visita que fez à casa de um cidadão à procura de focos do mosquito *Aedes aegypti*. Tratava-se de um senhor que afirmava categoricamente que sua residência estava livre do mosquito, uma vez que não existiam no local insetos do tamanho dos retratados em ampliações nos cartazes de combate à dengue.

Um ruído como esse no processo de comunicação fez Dra. Regiane se atentar ainda mais para a clareza das informações que são passadas à população. É fundamental eliminar as ambiguidades do discurso que chega à coletividade e recorrer, a depender do público-alvo, a diferentes parceiros, que podem ser a imprensa, no caso de campanhas de maior alcance e urgência, ou outras Secretarias, como a de Educação, em que palestras e ações podem ser realizadas para que diversos conceitos de saúde pública sejam trabalhados de forma preventiva com crianças e adolescentes.

Como diretora do CVE, Dra. Regiane se orgulha de ter trazido pessoas jovens para trabalhar na instituição, o que possibilitou transmitir o legado do conhecimento dos profissionais mais experientes e colher os benefícios desse convívio intergeracional.

Um dos grandes desafios para o futuro próximo é a implantação de um curso de formação de epidemiologistas nos moldes do que foi o EpiSUS, responsável pelo desenvolvimento de profissionais de

excelência para a saúde pública paulista e do Brasil. Dra. Regiane se sente orgulhosa de trabalhar com profissionais egressos desse programa e vê como fundamental preencher a lacuna deixada por ele na capacitação de pessoas que compreendam os conceitos da epidemiologia de campo.

Aliás, Dra. Regiane se define como uma apaixonada não apenas pelo que faz, como profissional de saúde, mas também pelo campo, uma gestora de saúde. Acompanhar campanhas de vacinação in loco e em locais remotos ou mesmo inusitados, como casas no meio da mata, campos de futebol e até bares. Uma profissional que pesquisa epizootias, dá entrevistas para a mídia, entra em UTIs ou cruza o Brasil para realizar ações de vigilância em saúde. Enfim, uma profissional que não permanece muito tempo dentro do gabinete para poder ver o que de fato acontece e estar sempre junto com sua equipe em momentos difíceis, atenta aos sinais e buscando respostas para os desafios que surgem a todo momento.

Para a população, o profissional de vigilância costuma ser o mensageiro de más notícias. Porém, muito mais importante que comunicar o surgimento de uma nova epidemia é estar preparado para trazer junto com esse anúncio um pacote de respostas, resoluções e orientações. Para tanto, esse especialista deve sempre procurar antecipar-se aos eventos, ler os sinais que podem indicar complicações e trabalhar com inteligência epidemiológica. Em um mundo hiperconectado, é essencial estar constantemente atualizado em relação às emergências de saúde de todos os continentes.

Dra. Regiane enxerga que um legado carrega em si um pouco da história e do ser daquele que o deixa. Ela espera que seu legado seja capaz de traduzir o orgulho que sente de ter dado o seu melhor para as equipes com quem trabalha, para o serviço público, para a saúde pública e sobretudo para a população.



Tatiana Lang D'Agostini

Diálogo,
compromisso
e ação: a
vigilância que
faz diferença

Tatiana Lang D'Agostini é biomédica, epidemiologista de campo, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pela Santa Casa de São Paulo. Desde 2020, ocupa a Direção do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), contribuindo significativamente para a vigilância em saúde no estado de São Paulo.

Com uma trajetória inteiramente voltada ao serviço público, Tatiana iniciou sua especialização em Patologia Clínica no Hospital das Clínicas, onde ampliou sua compreensão sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi nesse período que descobriu o curso de formação em epidemiologia de campo oferecido pelo CVE – o EpiSUS. Selecionada em 2016, Tatiana foi alocada na Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, passando, em seguida, a colaborar também com a Divisão de Zoonoses, diante do surgimento de uma epidemia de febre amarela no estado.

O cenário era desafiador: poucos imunizantes estavam disponíveis e cerca de metade da população paulista não possuía cobertura vacinal. Tatiana acompanhou de perto o desenvolvimento de estratégias pioneiras para mapeamento da epidemia por meio de corredores ecológicos, além das discussões técnicas com o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Na mesma época, cursava o mestrado, com pesquisa voltada à doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ).

O aprendizado no EpiSUS foi intenso e marcado por experiências singulares. Ainda em 2016, Tatiana participou da investigação do primeiro óbito por síndrome congênita associada ao vírus Zika em São Paulo. Em outra situação, investigando um surto de diarreia entre crianças no sul do país, a equipe do CVE precisou trocar de hotel às pressas ao descobrir que o estabelecimento era alvo de investigação da Polícia Federal.

Há também os casos em que o trabalho de campo se afasta completamente dos manuais. Durante um inquérito sobre cobertura

vacinal em uma cidade do noroeste paulista, a presença da equipe causou desconfiança não apenas nas autoridades locais, mas também em lideranças do crime organizado. Foi um momento de tensão que exigiu muita habilidade para preservar a segurança dos profissionais e a continuidade do trabalho.

Após concluir o biênio do curso, Tatiana foi convidada a integrar a equipe do CVE por meio de um convênio com a OPAS. Participou da elaboração de um livro sobre a epidemia de febre amarela e, logo depois, passou a atuar junto à Diretoria Técnica. Uma de suas primeiras missões foi investigar um caso suspeito de rubéola em um cruzeiro com mais de três mil passageiros. O diagnóstico final foi sarampo, e uma operação de emergência foi montada no porto de Santos, resultando na vacinação de milhares de pessoas.

Embora essa ação tenha evitado um agravamento maior, não foi suficiente para conter completamente a propagação da doença. Esse caso, aliado a outro relacionado à visita de um turista infectado, levou o Brasil a perder sua certificação de área livre do sarampo. A recuperação do título, somente em novembro de 2024, exigiu um esforço coordenado e persistente.

Entretanto, o maior desafio da carreira de Tatiana ainda estava por vir: a pandemia de Covid-19. Ela divide sua experiência em dois períodos: o primeiro, marcado pela chegada da doença e a explosão dos casos; o segundo, pela chegada das vacinas e a organização do plano de imunização.

Logo no início da pandemia, Tatiana apoiou no desenvolvimento o "Censo Covid", uma ferramenta pioneira que permitia monitorar em tempo real a ocupação de leitos hospitalares nas redes pública e privada. Alimentado diariamente por cerca de 900 unidades, o Censo se tornou essencial para subsidiar decisões do Centro de Contingência, grupo técnico que assessorava o governo estadual nas ações contra o vírus.

Durante esse período, Tatiana iniciou seu doutorado na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e participou de uma força-tarefa coordenada pela OPAS que tinha por objetivo auxiliar os diversos estados do Brasil na condução de suas ações contra a doença. Foi mais uma oportunidade de grande aprendizado e de conhecer realidades diferentes das do estado de São Paulo, sempre tentando agregar algum conhecimento ou propor uma nova solução para os problemas enfrentados. Ao mesmo tempo, foi convidada pela Coordenadora da Coordenadoria de Controle de Doenças, Regiane de Paula, para conduzir o CVE.

Foi em uma dessas missões pela OPAS, quando estava no Rio Grande do Norte que recebeu uma ligação que delimitou uma nova fase da pandemia. A pedido do então Governador, Tatiana foi convocada para uma reunião que discutiria estratégias do plano de imunização da população do estado, ação que se começaria em breve. A escassez inicial de doses levou à criação de grupos prioritários, como idosos acima de 80 anos e profissionais de saúde. Em 17 de janeiro de 2021, a primeira brasileira foi vacinada, em evento realizado no Centro de Convenções Rebouças.

Tatiana relembra os momentos de medo e tensão vividos pelos profissionais da vigilância: o receio de contaminar familiares, a distância das pessoas amadas e a sobrecarga emocional. Com o avanço da vacinação, entrou em funcionamento o sistema VacíVida, que permitia acompanhar cada dose aplicada, o local, o profissional, o fabricante e o lote, contribuindo para a segurança e transparência do processo.

Ela destaca a importância do trabalho intersetorial. A Secretaria da Segurança Pública realizou a escolha dos imunizantes; a Secretaria da Educação cedeu espaço em sua plataforma online para ações de conscientização junto a crianças e adolescentes. Outra preocupação foi o combate às fake news. Para enfrentá-las, foi lançada a campanha Vacina100Dúvidas, em 2023, que recebeu prêmios da OPAS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Após a pandemia, novos desafios surgiram, como a Mpox e os primeiros casos de influenza aviária em aves silvestres. A equipe do CVE criou planos de contingência, monitorou contatos humanos com os animais e articulou ações com instituições como o Instituto Emílio Ribas.

Na grande epidemia de dengue de 2024, Tatiana liderou treinamentos na atenção básica, lançou a campanha Dengue100Dúvidas e promoveu painéis públicos com dados em tempo real sobre dengue e chikungunya.

Tatiana enfatiza que o papel da vigilância vai muito além da contagem de casos: é um fazer coletivo que envolve a assistência social, a educação, o meio ambiente, a agricultura e a Defesa Civil. Para ela, avançar é integrar e entender que não há como agir sozinho diante dos grandes desafios sanitários.

Pensando no futuro, defende o uso estratégico da tecnologia, além da constante revisão e elaboração de planos de contingência, tanto para ameaças conhecidas quanto para situações inesperadas, como a pandemia de Covid-19, garantindo uma resposta rápida e oportuna à sociedade.

Com sensibilidade e compromisso, valoriza a escuta ativa e o diálogo como caminhos fundamentais para transformar a realidade das pessoas. Essa missão, repleta de desafios e conquistas, ganha ainda mais força quando conduzida por uma mulher jovem e resiliente, cujo trabalho inspira e fortalece a vigilância em saúde.



Alvimar Godoy Cotti

Parceiro de um legado

O Sr. Alvimar Godoy Cotti, ou simplesmente Cotti, é uma figura emblemática da área de saúde pública. É um dos últimos remanescentes entre os participantes da Campanha de Erradicação da Varíola realizada na década de 1960. Começou a trabalhar no CVE quando a instituição acabara de ser fundada. Construiu uma sólida relação de amizade e carinho pelo fundador do CVE, o Dr. Alexandre Vranjac. O passar dos anos se refletem em sua fala um pouco hesitante e na audição diminuída, mas suas preciosas lembranças continuam vivas. Preservá-las e passá-las adiante não é apenas uma bem-vinda homenagem, é a proteção de um importante patrimônio social.

Cotti iniciou sua trajetória na saúde pública ainda nos anos 1960, quando trabalhava no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública. Foi nesse período que conheceu o Dr. Vranjac, então estudante de medicina e estagiário no recém-criado Centro de Saúde Escola. A necessidade de coleta de dados de mortalidade e nascimentos levou Cotti a visitar regularmente este Centro, estreitando sua relação com o Dr. Vranjac.

Em 1966, deixou a Faculdade e ingressou na Secretaria da Saúde para trabalhar na Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), uma experiência que ele descreve como decisiva e transformadora. Sem formação específica prévia, a equipe da campanha, composta por poucos profissionais experientes e cerca de 120 vacinadores inexperientes, passou por três meses de treinamento intensivo antes de iniciar o processo de imunização em agosto daquele ano. Apesar dos obstáculos, a campanha foi concluída em dois anos, dentro do prazo planejado, sendo considerada uma grande conquista coletiva e pessoal.

Nos anos seguintes, Cotti reencontraria o Dr. Vranjac diversas vezes em diferentes funções dentro da Secretaria de Saúde, especialmente na Coordenadoria da Saúde da Comunidade. O relacionamento entre ambos se aprofundou à medida que colaboravam em projetos e na mediação de tensões entre a Coordenadoria e o Centro de Saúde Escola da Barra Funda, dirigido pelo Dr. Vranjac nessa

época. A parceria se consolidou ainda mais após a reforma administrativa da Secretaria em 1984, quando o Dr. Vranjac se tornou coordenador da Saúde da Comunidade e, logo em seguida, planejou e viabilizou a fundação do CVE.

Cotti ingressou no CVE em dezembro de 1985, no mesmo dia em que era celebrada a festa de final de ano da nova instituição, um detalhe simbólico e uma alegre coincidência que ficou marcada em sua memória. “Eu comecei a trabalhar em um dia de festa”, faz questão de lembrar. Ele assumiu o cargo de assistente de planejamento em uma equipe inicial enxuta montada diretamente pelo Dr. Vranjac. Cotti participou ativamente da formação e estruturação do CVE, enfrentando, com a equipe, as dificuldades financeiras e de logística de seus primeiros anos de funcionamento.

Para Cotti, o CVE sempre foi a materialização de um sonho do Dr. Vranjac. Após a morte de seu fundador, a equipe sentiu que sua missão era preservar e honrar esse legado. O sentimento de pertencimento e continuidade se fortaleceu, criando uma cultura institucional com grande sentimento de coletividade.

Segundo ele, o Dr. Vranjac tinha uma rara capacidade de formar equipes comprometidas, capazes de se reconhecer mais como parte de um projeto maior do que como indivíduos isolados. Ainda que afastado do CVE há mais de uma década, Cotti guarda profunda admiração pela trajetória construída e uma saudade marcante do Dr. Vranjac, a quem considera uma figura excepcional na história da saúde pública paulista.



Angela Tayra

A importância da formação

A enfermeira Angela Tayra começou a trabalhar junto ao Sistema Único de Saúde em 1988, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro do Butantã, na região oeste da capital paulista. Foi nesse trabalho que Angela aprendeu realmente a lidar com a área de vigilância epidemiológica, uma vez que, em sua graduação, esse tema quase não foi abordado. Essa verdadeira escola profissional trouxe conhecimentos sobre administração de recursos, mapeamento de áreas de controle e, em especial, de imunização.

Foi no contexto da epidemia de meningite B ocorrida em São Paulo entre os anos de 1989 e 1990 que Angela ingressou no CVE. Nesse momento, houve a tentativa de se introduzir no Brasil uma vacina de fabricação cubana contra a doença, mas que, infelizmente, não se mostrou eficaz.

Trabalhando ainda na Avenida São Luís, no centro de São Paulo, Angela começou locada na Divisão Central do CVE, atuando no mapeamento, investigação e orientação sobre doenças que exigem resposta rápida, como a meningite e a leptospirose, e até bloqueio de meningite local nos finais de semana, função realizada em parceria e comunicação direta com o Hospital Emílio Ribas, vigilâncias regionais, municipais nos centros de saúde e com o Serviço Funerário. Ela foi a primeira enfermeira a atuar na Central do CVE, conhecida até então como “central médica” e esse foi um período de grande aprendizado profissional.

Em 1994, após um período de formação específica, Angela passou a trabalhar na Divisão de DST/Aids-CVE no programa de eliminação da sífilis congênita no Brasil, iniciativa que partia de diretrizes e bases técnicas do Ministério da Saúde e Organização Panamericana da Saúde, e tinha como meta eliminar a doença até o ano 2000. Por conta dessa ação, a Divisão coordenou e realizou, em parceria com universidades, treinamentos para profissionais de saúde de todo o estado, apresentando a situação da doença no Brasil e no estado de São Paulo, e atualizando suas definições de diagnóstico e medidas de controle.

Em paralelo, em 1995, após a liberação de uma verba expressiva pelo Banco Mundial, a Divisão de Vigilância Epidemiológica DST/Aids-CVE mudou-se para a sede do Programa Estadual de DST/Aids no Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP (CRT-DST/AIDS) localizado na Rua Antônio Carlos, até então conhecido como “H. Emílio Ribas II”. Angela passou a fazer parte da equipe que acumulava trabalhos em vigilância epidemiológica na esfera local e estadual, mantendo suas funções no CVE. Nesta época o Programa Estadual também proporcionava melhorias de infraestrutura, como a compra de ambulâncias e material de atendimento hospitalar nos municípios do estado.

Atualmente, no entanto, Angela vê um momento delicado para a vigilância epidemiológica, marcado por um distanciamento maior das áreas técnicas do Ministério da Saúde com as vigilâncias estaduais, as fragilizando. Ela também observa que o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizado para os agravos HIV/Aids, transmissão vertical do HIV e da sífilis e da sífilis adquirida, há muito não passa por aprimoramentos nem realiza encontros ou reuniões com profissionais da área de vigilância.

Dessa forma, aponta Angela, a formação atual na área acaba privilegiando em excesso sua dimensão teórica e acadêmica, em detrimento do fazer prático do dia a dia da profissão. Ela recorda de como sua relação com a vigilância se deu de forma prática. Para além do aprendizado na UBS, ainda em 1989, Angela participou de um treinamento piloto na Sala de Vacinas. Formações e treinamentos que eram oferecidos constantemente pelo CVE agregavam conhecimento, propiciavam o desenvolvimento de habilidades e o traquejo essenciais para a atuação nas diferentes áreas da vigilância. Hoje, essas lacunas na formação dos profissionais de vigilância dificultam e retardam seu pleno aproveitamento até para tarefas relativamente simples.

O aprendizado, além de dinâmico, precisa ser contínuo. Angela lembra que aprendeu e aprende coisas novas todos os dias dos seus mais de trinta anos de profissão e gostaria que esse pensamento contagiasse as novas gerações de profissionais.



**Beatriz Aparecida Fortes
Perrenoud**

Memórias afetivas do trabalho no centro de vigilância epidemiológica

Beatriz Aparecida Fortes Perrenoud, médica sanitária aposentada da Secretaria Estadual da Saúde mas trabalhando na Vigilância Epidemiológica Lapa Pinheiros (coordenando o Programa Municipal das Hepatites Virais nesta região) / Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Em 1985, por orientação da diretora do Hospital Emílio Ribas, onde eu trabalhava, estava afastada durante um ano para cursar a Especialização em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP).

Em outubro ou novembro daquele ano, entrando na agência do Banespa da Secretaria Estadual da Saúde (SES), encontrei o Professor Alexandre Vranjac, de saída. Este me chamou e falou alto: “Este seu curso não acaba nunca? Você precisa comparecer nas reuniões do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE)!”. Não entendi nada, pois o CVE nem existia e eu só tinha visto essa pessoa uma vez em uma reunião na Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Logo depois, em um evento, encontrei a médica sanitária Maria Cláudia Correa Camargo, que me falou que eu estava na equipe de formação do CVE. “Gente estranha”, eu pensei.

No início de 1986, com o CVE criado no Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOE-SP), mudei-me do primeiro para o quarto andar do Hospital Emílio Ribas, primeira sede do CVE. Pouco tempo depois, com a criação dos cargos, fui nomeada Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Grande São Paulo, com o acordo de que o Professor José Cassio de Moraes, nomeado Diretor das Doenças de Transmissão Hídrica, e eu dividiríamos os trabalhos destas duas divisões, o que fizemos até eu assumir a Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica.

Logo iniciaram-se os treinamentos da OPAS/MS no Programa de Erradicação da Poliomielite, a investigação dos inúmeros surtos de hepatite A, dos casos e de um grande surto de febre tifoide, bem como as aulas do Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (módulos escritos pela equipe técnica do CVE) para todo o Estado de São Paulo. Aprendíamos estudando muito e trabalhando, e sempre com os professores Cassio e Vranjac presentes, o que fazia toda a diferença.

Voltando do treinamento da OPAS, logo surgiu, no Instituto da Criança / HCFMUSP, um caso suspeito de poliomielite. Era sexta-feira e o “Tonhão”, médico infectologista do IAL, e eu fomos examinar a criança e ver seu prontuário. O paciente fora realizar exames de imagem e estava demorando muito para voltar, quando perguntei ao colega por que estava nervoso. “Vou casar amanhã e tenho que realizar alguns preparativos ainda hoje, mas já estou atrasado”.

Combinamos que ele iria tratar do casamento e eu ficaria lá. Depois de horas sem conseguir ver o paciente, li todo o prontuário e voltei para o CVE, pensando em retornar no final do dia. A tarde cursou com muito estresse e, ao final do dia, o Dr. Vranjac me mandou para casa, dizendo que, se precisasse, ligaria no final de semana. Não ligou. Na segunda-feira, ficamos sabendo que ele colocara as vacinas (Sabin, agora VOP) em seu carro particular (uma Brasília, talvez?) e fizera o bloqueio no local de residência do paciente. Não me chamara porque sabia que eu tinha filho pequeno.

Ainda nesta época, o Dr. Vranjac me parou no corredor e exclamou que eu estava muito anêmica. Confirmei e informei que já estava em acompanhamento com um bom hematologista. Ele insistiu, e eu, desconfortável, perguntei o que mais deveria fazer. A resposta foi surpreendente: “Usar batom para vir trabalhar. A gente também melhora de fora para dentro.”

Durante as reuniões de diretoria, o diretor abria espaço (brainstorm) durante o qual devíamos falar o que passava pela nossa cabeça, sem nenhuma consequência administrativa.

Na rotina diária, eu não percebia o controle do ponto, o que era compensado pela presença do diretor que almoçava com alguns de nós, bem como entrava nas salas das Divisões e perguntava tanto sobre nossas famílias, lazer e estudo, quanto os trabalhos que estávamos realizando. A porta de sua sala estava sempre aberta para conversarmos sobre nossas apreensões e preocupações.

Da minha parte, era orientada sobre tudo. A minha maneira de administrar um serviço se dividiu em dois períodos e maneiras distintas: antes e depois de trabalhar com este diretor, o Professor Alexandre Vranjac, pois a sua maneira de exercer a chefia era infinitamente mais eficiente e simpática que a minha.

Quando surgiu a febre purpúrica no município de Promissão, o CVE entrou em contato com o Centers for Disease Control and Prevention (EUA) que, em um telefonema, nos solicitou o envio de informações “por FAX”. E quem sabia o que era isto? Ninguém no CVE. “Seja o que for, vamos ter um” foi a resposta do diretor, que foi conversar com o Secretário Estadual da Saúde, Professor José Yunes, imediatamente.

O governador era Franco Montoro. Nessa época, criou-se um plantão no CVE para administrar as demandas desta nova doença e organizar as demais necessidades da rede pública. Foi o embrião do Plantão do CVE, organizado e gerenciado pela médica sanitaria Bete Nunes. A médica sanitaria Inês Koizumi e eu demos o primeiro plantão. Atualmente, trata-se do Plantão Central/CIEVS SES-SP.

O CVE mudou para a rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, prédio em que ficava o Secretário da Saúde.

Certo de que o CVE precisava de pessoas com mestrado e doutorado para articular pesquisas científicas, o Dr. Vranjac solicitou que alguns de nós, entre os quais eu, nos inscrevêssemos na pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP. Pela segunda vez, fui melhorar minha formação acadêmica por orientação de um chefe. Eram tempos muito bons!

O governador e o Secretário da Saúde mudaram, resultando no fim da carreira de médico sanitарista da SES, em 21 de novembro de 1987, um sábado. Depois disto, o CVE foi transferido para a Av. São Luiz, onde já estava a Vigilância Sanitária. Tínhamos crescido e acredito que ocupávamos quatro andares. Algum tempo depois, o Dr. Vranjac acumulou as duas diretorias, do CVE e do CVS.

Isto nos foi comunicado no encerramento de um TBVE realizado em um hotel no município de Cananéia. Os treinandos e os coordenadores do evento permaneciam no hotel, mas os treinadores iam para as suas aulas e logo voltavam para São Paulo. Não sei por que, naquela vez, as médicas sanitарistas Neide Takaoka, Márcia Caraça e eu fomos de carro com o Dr. Vranjac, que nos buscou em casa bem cedinho.

Como já tínhamos participado de outros treinamentos no mesmo local, além de uma pequena mala, cada uma de nós também entrou no carro carregando uma caixa de isopor, para trazermos os camarões congelados que pretendíamos comprar em Cananéia. Consequência imediata foi viajarmos ouvindo que isto não tinha cabimento, já que “íamos para trabalhar e o que as pessoas iriam pensar”.

Na chegada em Cananéia, fomos proibidas de tirar os isopores do carro. Claro que isto não nos impediu de encomendarmos camarões e ostras. Além de nós, muitos dos treinandos fizeram o mesmo. Cada um resolveu esta questão de seu jeito. Eu já tinha decidido que, durante o encerramento, iria correndo buscar minha encomenda, com a caixa de isopor a tiracolo, e assim o fiz. O Dr. Jayme, da Vigilância Epidemiológica de Presidente Prudente, que tivera a mesma ideia, foi comigo.

Na saída para São Paulo, o Dr. Vranjac nos pediu para colocar os seus camarões em nossas caixas de isopor. Brinquei que isto era “muito errado, não podia compactuar com tal falta de seriedade no trabalho”, ao que ele respondeu: “a opção é voltar a pé para São Paulo.” De ônibus, voltamos todos felizes para São Paulo, tendo realizado um ótimo treinamento.

O Dr. Vranjac, nosso chefe e idealizador do CVE, infartou aos 45 anos de idade, falecendo em 21 de novembro de 1988. Até hoje fico aflita em todo 21 de novembro.

Continuamos nossos trabalhos, mas muita coisa mudou. Veio a epidemia de cólera, em fevereiro de 1991. Na quarta-feira de cinzas, bem cedo, o Cassio me ligou (eu estava passando o carnaval com a família em Itu) para voltar imediatamente para São Paulo, pois daríamos uma entrevista para a imprensa e, antes, tínhamos que trocar nossos conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica da cólera. Obedeci. Ninguém tinha visto um caso de cólera na vida. Cada vez que ia à biblioteca do Hospital Emílio Ribas, encontrava grandes professores de infectologia estudando.

A resposta do CVE foi imediata. Enviamos médicos de hospitais públicos e enfermeiras do CVE para o Alto Solimões, na Amazônia. O objetivo era que atendessem e tratassem casos de cólera para estarem preparados para replicar esta experiência e formar profissionais no estado de São Paulo.

Por aqui, o município de São Vicente teve um surto de cólera em área de moradias sobre palafitas, sem nenhum saneamento básico. Casos isolados e óbitos ocorreram em outros locais. A vigilância dos navios internacionais de carga, muitos com liberação dos dejetos no mar do porto de Santos, foi um desafio que a Vigilância Sanitária enfrentou. Também aumentamos a vigilância em aeroportos e fronteiras. Descobrimos a troca de pescados entre barcos em alto mar e orientamos sobre a venda e o consumo de peixes e frutos do mar. Embora muito desafiador, foi um trabalho bem-sucedido. Com a verba da cólera, foram comprados computadores para todas as regionais de saúde do estado. Enfim, estávamos informatizados.

Investigamos uma epidemia de febre tifoide no então Distrito de Xavantes, do município de Ourinhos, causada pelo esgoto que contaminou a água potável do local e, mais tarde, um surto de febre tifoide em São Paulo, que foi notificado como tendo acometido uma

família após uma festa, mas que, durante a investigação epidemiológica, detectamos diversos outros casos isolados sem aparente relação entre si.

Colocando uma única pessoa, a médica sanitaria Vilma Grawryszewski, membro da Divisão de Hídricas do CVE, para refazer a história de cada caso, pessoalmente, descobrimos que todos os acometidos, tanto os participantes da festa como os casos isolados, haviam consumido produtos de uma mesma padaria bastante conceituada em Moema. O IAL conseguiu detectar o “portador são” entre os funcionários do local. Este rapaz recebeu tratamento e acompanhamento no ambulatório do Hospital Emílio Ribas e o surto acabou. A partir desta segunda experiência, elaboramos um Manual de Investigação de Surto de Doenças de Transmissão Fecal-Oral, onde documentamos nossa experiência e dificuldades.

Quanto às hepatites virais, a principal demanda era a investigação de surtos de hepatite A (transmissão fecal-oral), principalmente em ambientes fechados, como creches, onde a manipulação de fezes é muito grande. Ninguém era vacinado e apenas se dispunha da imunoglobulina humana inespecífica.

Com a experiência na Seção de Epidemiologia do Hospital Emílio Ribas, onde apareciam óbitos por hepatite fulminante, este foi o tema da minha pesquisa de mestrado. Agora no CVE, não me conformava com a pouca importância das hepatites virais como problema de saúde pública no estado de São Paulo e no Brasil. Desgostosa com os rumos do serviço público de saúde estadual, pedi demissão da diretoria da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica (na época, fecal-oral), e passei a coordenar um núcleo de trabalho em hepatites virais, criado com o objetivo de receber as demandas das associações de doentes e escrever um Manual de Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais. Trabalhando com a colega Célia Cicollo da Silva, que estava voltando para São Paulo, demos conta destas tarefas. Quanto ao Manual, fizemos tudo, “gestação, parto e

puerpério”. Chamávamos e coordenávamos reuniões com as universidades, com o Hospital Emílio Ribas e o IAL (patologia e virologia). Digitamos o material recebido e até a capa nós diagramamos. Optamos por capítulos creditando a autoria de quem os escreveu.

A imprensa oficial do estado publicou esse material em 2000. Eu saíra do CVE em 1999 para trabalhar no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da USP, por convite do Professor Cláudio Gastão Junqueira de Castro e da médica sanitarista Vera Shirley Carvalho, mas acompanhei a edição deste manual até o seu final. Se saí do CVE, o Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” não saiu de mim.

Depoimento redigido por Beatriz Aparecida Fortes Perrenoud, médica Sanitarista da SES/SP e da SMS/São Paulo



**Maria Bernadete de
Paula Eduardo**

Dinamismo e aprendi-
zado na investigação
de surtos das doenças
transmitidas por água
e alimentos

Depois de todo levantamento e aprendizado na Coordenação dos Institutos de Pesquisa (CIP) de 1998 a fevereiro de 1999, trabalhando com o Dr. Luiz Jacintho da Silva, fui chamada pelo Dr. José Cassio de Moraes, em março de 1999, para ser a Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica em Doenças Transmitidas por Água e Alimentos (DDTHA) para implantar as novas propostas de vigilância das doenças ou sistemas necessários, buscando melhor resultado nas notificações, identificação do agente etiológico e fontes de transmissão. Além disso, a cada ano, realizávamos os treinamentos com os GVEs e vigilâncias municipais, convidando o Ministério da Saúde, representantes de outros estados e trazendo representantes internacionais do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e da Universidade da Califórnia, Berkeley.

Até 2009, seguimos fazendo os nossos Simpósios na área de DTHA. Em 2010, com a Dra. Ana Freitas Ribeiro, organizamos a I Conferência Internacional em Epidemiologia das Doenças Transmissíveis e Não-Transmissíveis, e a II Conferência Internacional em Epidemiologia em 2012, com a adesão de todas as áreas do CVE e outros órgãos ligados ao tema, como CVS e IAL, e externos, como CETESB e Sabesp, com palestrantes de nossas universidades, e de inúmeros países. Ambos foram realizados no Expo Center Norte e foram um sucesso de público e adesão. Em 2012, na 2ª Conferência, foi distribuído amplamente o Guia de Vigilância Epidemiológica do CVE, que persiste até hoje no site e não foi atualizado. Fui coordenadora científica junto com o Marco Antônio de Moraes, das Crônicas (DDCNT).

Os primeiros estresses começaram com as muitas atribuições, tais como ser supervisora de muitos alunos dos nossos cursos Epi-SUS SP e colaboradora junto às teses de mestrado ou doutorado, participar de bancas que nossos alunos ou membros da divisão fi-

zeram, e enfrentar as repercussões na imprensa quando determinados surtos eram de grandes proporções ou desafiavam a identificação da fonte de transmissão.

O primeiro surto estressante e desafiador foi o de *Cyclospora cayetanensis* no município de General Salgado, na região de São José do Rio Preto. A fonte identificada foi água da rede pública, o que gerou um grande descontentamento na operadora de água e esgoto do município, que alegavam que os casos eram de quem usava poços artesianos ou água mineral. No estudo de coorte retrospectiva, quem usava água de poços artesianos ou bebia água mineral não teve a doença.

Outro problema foi identificar os endereços dos casos de diarreia nas unidades de saúde para obtermos uma amostra adequada e válida. Com o auxílio do parasitologista Alexandre J. da Silva conseguimos identificar o parasita e, na genotipagem, as possíveis entradas desses parasitas no município. Pessoas com diarreia procedentes de alguns países da América Latina que fazem fronteira com o município, trazendo diversas mercadorias. A medicação, amplamente conhecida nos Estados Unidos, era o praziquantel, que depois da divulgação na imprensa sumiu das prateleiras das farmácias. Este estudo foi investigado por nossos estagiários, Greice Madeleine Ykeda do Carmo, Marcelo Wada e outros que hoje estão na coordenação de várias áreas na SVS/MS e OPAS. Este surto foi debelado e não mais tivemos casos notificados.

A investigação do surto da tênia no salmão vindo do Chile, o *Difilobotrium latum*, tornou-se, quando divulgado na imprensa, um problema junto aos restaurantes japoneses e associações de restaurantes. Mas foi resolvido. Os restaurantes passaram a congelar o salmão, pois essa medida matava a tênia. A investigação foi apresentada oralmente, na SVS/MS, em 2005, com o prêmio Carlos

Chagas pelo mérito da investigação, e na International Conference on Emerging Infectious Diseases (ICEID) em Atlanta, oralmente em inglês, em 2006.

Botulismo era outra doença de enorme repercussão, principalmente quando causado por ingestão de palmito em restaurante de renome, e foram vários desafios. Desde a falta de soro anti-botulínico produzido pelo Butantan, até a obtenção de soro doado pelo CDC, à compra pela SES/SP de países que o fabricavam até o Butantan voltar a produzir.

As investigações de surtos de diarreia sempre causavam estresses principalmente quando os casos suspeitos haviam almoçado ou jantado em algum restaurante famoso ou em cantinas de escolas particulares, ou em bandejões de hospitais, com resultados às vezes divergentes com relação à causa do surto. Por exemplo, depois de amplamente noticiado na mídia, um surto ocorrido no município de Campinas (SP), onde todos de uma família foram internados em estado grave após o almoço, e apenas a filha menor de idade sobreviveu. Não houve relato de outros casos além dessa família. O Departamento de Toxicologia da Unicamp coletou amostras de sangue de todos os internados e descobriu envenenamento por arsênio. Na visita da vigilância sanitária à casa da família, descobriu-se um laboratório com substâncias químicas do pai, e o depoimento da menor foi importante para o trabalho de investigação da polícia. A conclusão foi a provável tentativa de suicídio coletivo cometido pelo pai.

Outro surto importante e de grandes repercussões na mídia foi o de norovírus na praia da Enseada em Guarujá (SP), nos anos de 2009 e 2010, na virada do ano, e que vem se repetindo ano a ano, inclusive na virada de 2024 para 2025, com relato de casos já no Natal. Uma praia famosa, lotada nos finais de ano, com problemas antigos de saneamento, como despejo de esgoto de casas e hotéis, e

com bandeiras de aviso da CETESB sobre o local ser impróprio para banho. Quando chove ou as ondas do mar tornam-se fortes, o esgoto se espalha pelo mar. Este surto foi apresentado em pôster na conferência internacional do CVE em 2012 e na ICEID do mesmo ano.

Na ICEID de 2015, apresentamos em pôster os casos de Vigilância da Poliomielite e Vigilância da Doença de Creutzfeldt-Jacob e Botulismo, pela Dra. Ana Freitas Ribeiro. Não pude participar em decorrência de meus estresses somados à queda de minha mãe dentro de casa, que fraturou o fêmur, episódio que afetou sua saúde, agravando a doença de Alzheimer que desenvolveu a partir de 2008. Em 2015, pedi demissão do cargo de Diretora, passando o cargo para Eliana Suzuki, médica veterinária e minha assistente anteriormente.

Internamente, além das pressões da imprensa em relação aos surtos, quando assumi a direção, os sistemas eram MDDA (monitorização da doença diarreica aguda), Hepatite A, Febre Tifóide e Poliomielite. A notificação de surtos era parcial, e quem de fato as recebia e investigava era a Vigilância Sanitária. Em reuniões, conseguimos definir nossos papéis e promover a integração entre todos os órgãos, CVE, CVS, GVE, GVS, IAL, SABESP, CETESB e municípios. Foi um desafio árduo, mas com ótimos resultados.

Coordenar e supervisionar todos os sistemas, as turmas do nosso EpiSUS ano a ano, dar aulas e palestras nas faculdades credenciadas aos cursos, na divisão ou em outras divisões e órgãos correlacionados, organizar simpósios e conferências, nacionais e internacionais em São Paulo, ou no Centro de Convenções Rebouças ou no Expo Center Norte, estimular a produção científica, estimular os alunos e funcionários a fazer cursos também na SVS/MS, e participar das conferências internacionais, fazer estágios para aperfeiçoamento, tal como eu fiz no CDC, em Berkeley e na Universidade de Atlanta, buscando o aperfeiçoamento em epidemiologia

de surtos e epidemiologia molecular, viajar de avião oito horas até Atlanta e depois mais seis até São Francisco, foi ao mesmo tempo estressante, cansativo, mas desafiador e prazeroso.

Além disso, todos nós que tivemos apoio dos palestrantes que vinham em nossas conferências, e quando fomos inúmeras vezes para Atlanta e São Francisco, nos tornamos muito amigos. E a cada apresentação bem sucedida esses amigos nos ofereciam um almoço ou um jantar em suas casas. Foi um tempo muito feliz!

Depoimento redigido por Maria Bernadete de Paula Eduardo
– Diretora da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentos- DDTHA, no período de março de 1999 a maio de 2015 e Médico III de maio de 2015 a março de 2020.



**Carmen Silvia Bruniera
Domingues**

E a vida
continua

Dias de mudança são sempre complicados. Encaixotar os pertences, providenciar o transporte de móveis, aguardar a equipe que fará a operação, enfim, há um longo caminho, sujeito a imprevistos, até que tudo chegue ao destino.

E esses imprevistos podem ser especialmente complicados quando a mudança é do local de trabalho e envolve o traslado de preciosas caixas com dados de centenas de pacientes. Pois foi exatamente o que ocorreu quando a Dra. Carmen supervisionava, de dentro do caminhão, a mudança da Coordenadoria de Informação e Saúde (CIS) para o Palácio da Saúde, na Avenida Ipiranga, no centro de São Paulo.

Quando o veículo virou a esquina da Avenida São Luís, uma das caixas arquivo lacrada com as fichas de notificação simplesmente caiu na rua. Dra. Carmen ordenou que o caminhão parasse e saltou para apanhar, em meio ao trânsito, o volume que estava na via pública. A caixa foi imediatamente recuperada e suas fichas reorganizadas quando a mudança finalmente chegou à nova sede.

A médica que protagonizou a cena digna de cinema é Carmen Silvia Bruniera Domingues, pediatra e sanitarista. Ela possui Mestrado em Ciências, com especialização na área de Saúde Pública, e Doutorado em Epidemiologia, ambos pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Dra. Carmen começou a trabalhar no serviço público em 1985 como pediatra nas Unidades Básicas de Saúde do estado. Em 1987, ela ingressou na Coordenadoria de Informação e Saúde (CIS) para se dedicar ao trabalho de vigilância da Aids, cujos dados dos pacientes foram fornecidos pelo Instituto de Dermatologia Sanitária. Em 1991, ingressou no CVE, onde permaneceu até 1996.

Dessa época, Dra. Carmen recorda de um encontro peculiar com o fundador do CVE, o Dr. Alexandre Vranjac, que havia sido seu professor na Pós-Graduação em Saúde Pública na Faculdade de Medi-

cina da Santa Casa de São Paulo. Ao saber que sua jovem ex-aluna iria cuidar das informações de uma doença que estava tão em evidência e para a qual diversos profissionais consagrados devotavam sua atenção, Dr. Vranjac lamentou: “Coitada!” e desejou-lhe boa sorte. A sinceridade cortante do mestre serviu para que a jovem médica se desse conta do tamanho do desafio que tinha pela frente e reavaliasse alguns de seus procedimentos.

O trabalho era, de fato, hercúleo. O banco de dados não estava em nenhum arquivo ou plataforma digital. Era composto por fichas de papel. Logo no início da organização, ao colocar as cerca de mil fichas em ordem alfabética, Dra. Carmen promoveu uma alteração importante na visão que se tinha sobre a doença em São Paulo. Havia cerca de duzentas duplicações. Com uma simples arrumação, os casos de Aids no estado haviam caído 20%. A partir daí e até o ano de 1996, cada paciente passou a ter um envelope de papel pardo com seu nome e todas suas fichas dentro, que era guardado em pastas arquivo.

Em 1988, uma situação interessante e inusitada aconteceu quando Dra. Carmen recebeu uma ligação da Escola Paulista de Medicina. Ao analisar as lâminas com amostras de um paciente que havia sido internado no Hospital São Paulo, em dezembro de 1980, e falecido um mês depois, notou-se que ele apresentava Herpes-Zoster e tinha Pneumocystis jirovecii.

Tratava-se de um comissário de bordo bissexual e que tinha um histórico de muitas viagens para os Estados Unidos. Assim, epidemiologicamente, acabou por se fechar como caso de Aids, uma vez que não havia testes ou exames capazes de detectar a doença quando de seu falecimento. Em contato com o Ministério da Saúde, Dra. Carmen prosseguiu ao registro retroativo desse caso que passou a ser a primeira notificação de Aids no Brasil, anterior aos primeiros registros disponíveis até então, de 1982.

A percepção da subnotificação de casos de Aids no município de São Paulo levou Dra. Carmen a participar de um estudo inovador e de grande repercussão. O trabalho começou com a análise das declarações de óbito enviadas pelo serviço funerário da cidade, momento em que foi identificado que muitos óbitos que poderiam ser atribuídos à Aids não estavam sendo notificados corretamente por alguns médicos. Em uma época em que a doença gerava um grande estigma, era comum a resistência em se falar abertamente sobre seu diagnóstico, o que trazia grandes consequências para o controle da enfermidade.

A equipe responsável pelo estudo agregou esses dados e apresentou suas descobertas em 1992, no II Congresso Brasileiro de Epidemiologia realizado em Belo Horizonte pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), destacando a importância de uma notificação mais precisa e do método empregado.

A pesquisa foi posteriormente apresentada no Congresso Internacional de Aids em Berlim em 1993 e recebeu reconhecimento internacional, inclusive do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos. Também por conta do envio das declarações de óbito pelo município de São Paulo, foi determinado, em conjunto com o Ministério da Saúde, o estabelecimento do critério de “óbito por Aids”, que ajudou a reduzir drasticamente a subnotificação de casos.

Em 1996, como resultado da chegada do novo Secretário de Saúde, o Dr. José da Silva Guedes, a Vigilância da Aids se mudou do CVE para o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (CRT-DST/Aids), e a Dra. Carmen também se transferiu para o órgão. Foi um período de readaptação no qual ela sentiu falta de seus antigos colegas, mas também momento importante no qual o banco de dados que ela havia organizado e sistematizado seria digitalizado. Algo em torno de 20 mil fichas precisavam ser inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ainda em sua versão DOS.

Foi necessária uma verdadeira força-tarefa para dar conta de uma empreitada dessas proporções. Dra. Carmen conheceu a primeira integrante dessa equipe enquanto realizava um curso noturno de italiano no Edifício Itália, em frente ao seu local de trabalho. A Terapeuta Ocupacional Márcia Polon trabalhava em uma instituição psiquiátrica e foi convidada e treinada pela Dra. Carmen. Minuciosa e detalhista como sua professora, elas rapidamente se entrosaram e o trabalho fluiu muito bem. Posteriormente, outras integrantes que partilhavam desse perfil se juntaram ao grupo: Berenice e Altamira. Após a digitalização, as fichas em papel foram microfilmadas e esse material está preservado no Arquivo Público do Estado de São Paulo. As fichas, infelizmente, acabaram se deteriorando.

Em meados da década de 1990, controlar as notificações da Aids era ter em mãos informações bastante sensíveis. Protegidos pelo sigilo médico, Dra. Carmen teve de se desdobrar para salvarguardar esses dados. Eram frequentes as tentativas de pessoas obterem referências acerca da notificação de algum familiar ou parceiro.

O trabalho de vigilância e controle das notificações da Aids envolveu Dra. Carmen em situações dignas de roteiro filmes de suspense policial. Certa vez, ela analisou o caso de uma criança com diagnóstico positivo para o HIV, mas que não havia feito qualquer transfusão de sangue e cujos pais eram soronegativos. Ela havia sido amamentada por uma vizinha, porém ela havia falecido por causa de um tumor cerebral.

O mistério parecia se tornar cada vez mais complexo a ponto de se cogitar uma troca de bebês na maternidade. A investigação dos prontuários da vizinha acabaria sendo fundamental para solucionar o caso. Escrito em um canto de uma ficha, de forma bem discreta, havia a menção de que a paciente havia tido tuber-

culose. Com esse dado em mãos, a Unidade Básica de Saúde do bairro foi procurada. Foi confirmado que a mulher não só havia se tratado da doença por lá, como também estava infectada com o HIV, que transmitiu, junto com a tuberculose, para a criança ao amamentá-la. Por um erro, nem a notificação para a tuberculose e nem para a Aids havia sido feita.

Apesar dos inevitáveis percalços, o Brasil se destaca internacionalmente no combate à Aids. Com recursos do Banco Mundial, foi possível montar um programa robusto para lidar com a doença. Desde 1996, é assegurada por lei a distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de remédios antirretrovirais para o controle da doença. O estado de São Paulo, em particular, recebeu em 2023 a certificação de eliminação da transmissão vertical do HIV e Selo Bronze rumo à eliminação da sífilis congênita.

Ao olhar para sua carreira, Dra. Carmen lembra dos primeiros tempos do surgimento da epidemia de Aids, do primeiro teste diagnóstico Elisa e do AZT, quando ninguém poderia imaginar as dimensões que ela atingiria e do quanto demorou para que a comunidade científica pudesse ter uma visão mais precisa sobre a doença, época em que não se tinha sequer uma ideia precisa da complexidade do desafio a ser enfrentado. Ela reconhece a importância e a coragem da intensa mobilização de grupos sociais, especialmente dos movimentos ligados aos direitos dos homossexuais, que se uniram para lutar por respeito, dignidade e avanços que transcenderam a esfera da saúde pública.

Dra. Carmen revela que se sente privilegiada por ter podido trabalhar no CVE. Oportunidade que teve de conviver e aprender com uma equipe tecnicamente excepcional e com um grau de conhecimento muito elevado. Trajetória da qual ela também fez parte, contribuiu com muitas conquistas, e segue sendo referência em sua área de atuação.

E a vida continua. Hoje, graças aos avanços do conhecimento científico, um diagnóstico positivo para o HIV não é mais uma sentença de morte. A Aids se tornou uma infecção crônica e as pessoas vivendo com o vírus podem levar um cotidiano praticamente normal.

Desde 2021, a convite do Ministério da Saúde, a Dra. Carmen vem atuando também como consultora técnica na área de vigilância epidemiológica do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Atualmente, seu grande desafio está na busca da eliminação da sífilis congênita, uma doença que poderia ser totalmente evitável se as gestantes e suas parcerias sexuais tivessem o diagnóstico precoce e tratamento adequado durante o pré-natal.



**Maria Célia Guerra
Medina**

Divisão de doenças crônicas não transmissíveis DCNT

A criação da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), hoje conhecida como Divisão de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), ocorreu poucos anos após a criação do CVE, em 1989.

Se por um lado tivemos a facilidade de já contar com um Centro de Vigilância em razoável avanço em sua estruturação e funcionamento, por outro, era um passo pioneiro em relação ao grupo de doenças com as quais pretendíamos trabalhar. Até então no Brasil não contávamos com modelo semelhante no Ministério da Saúde ou em qualquer outro estado. Tratava-se, portanto, de um desafio singular que o então dirigente do CVE, Dr. Wagner Augusto da Costa, havia decidido assumir.

Naquele momento, eu fazia parte de uma equipe que trabalhava com pesquisas em gerontologia no Instituto de Saúde. O convite para ajudar a compreender e intervir nas causas de morbidade e mortalidade da população trazia, ao mesmo tempo, um senso de missão e a noção de que precisaria explorar um território ainda pouco conhecido. Aceitei o desafio e saí em busca de uma equipe e de referências internacionais que pudessem nos dar alguma luz na temática. Tratava-se de um sonho ousado, que o nosso diretor e nossa (futura) equipe abraçamos.

Em uma feliz coincidência, neste momento foi publicado um artigo sobre o então chamado “Projeto Norte Karélia”, referente à redução da mortalidade cardiovascular no país que detinha um dos primeiros postos nesse quesito, a Finlândia. Assim, passamos a contar com uma referência exitosa. Com este artigo em uma mão e o telefone na outra, comecei a buscar profissionais para nossa equipe; no entanto, de forma quase mágica e quase espontânea, as pessoas começaram a chegar com excelentes ideias para o trabalho. Assim, construímos uma equipe comprometida e inspirada em adaptar aqueles aprendizados à realidade paulista.

Os primeiros profissionais que se juntaram à equipe foram os médicos Artur Goldfeder, sanitarista com grande habilidade em compu-

tação, que se propôs a trabalhar as DCNTs na base de dados de mortalidade, e, quase ao mesmo tempo, as psiquiatras Isabel Cristina Rios e Micheline Rachele Jabes, que trabalhariam a questão do suicídio, que estava em crescimento. No entanto, elas descobriram que o que se sobressaía eram as altas taxas de mortalidade por homicídio, marcando o início das análises de morte por violência no CVE. Também é importante lembrar, logo de início, a grande dedicação que tivemos do grupo de apoio da secretaria da Divisão: Sandra Vogado e Lenilza Moura, inicialmente, e muitas outras posteriormente.

Com o primeiro grupo formado, em poucos meses já tínhamos análises históricas acessíveis à toda a rede de saúde e, a esta altura, começamos a superar aquela sensação difícil de desenvolver um sistema de vigilância de agravos de natureza diversa daqueles já eficientemente controlados por meio dos programas de prevenção de doenças transmissíveis. Ao mesmo tempo, ficou evidente que deveríamos focar o nosso trabalho na adequação do controle das DCNTs aos conceitos básicos de vigilância em saúde já praticados, incluindo a prevenção e a promoção de saúde.

Este grupo criativo e dedicado fez com que a preocupação em encarar o desconhecido desse lugar à esperança em um momento transformador. Em pouco tempo, já tínhamos em mãos duas fontes de informação, mortalidade e internação hospitalar, e sabíamos com quais eventos trabalhar.

Em 1992, tivemos uma oportunidade valiosa: participar do curso “Implicações do Envelhecimento para a Saúde Pública”, coordenado pelo gerontólogo Alexandre Kalache, na Escola de Higiene e Medicina Tropical em Londres. Este curso não só jogou muita luz nos aspectos do envelhecimento populacional saudável, a partir da promoção de saúde e prevenção das DCNTs, como também teve desdobramentos que contribuíram de forma importante para a formação da nossa equipe.

Acabado o curso, fomos convidados a participar de um estudo de coorte para avaliar os fatores de risco para Acidentes Cerebro-

vasculares e a sobrevida dos pacientes. Organizamos quatro hospitais-sentinelas, um deles o Hospital do Servidor Estadual, onde contamos com a coordenação da médica residente Mirian Shirassu. Além dos dados fundamentais, essa experiência também possibilitou a ampliação da nossa equipe e, terminada a residência, a Miriam também se incorporou à divisão.

Nesse momento, a divisão já tinha metodologia e instrumentos de trabalho a serem divulgados e disponibilizados para a rede de saúde no estado de São Paulo, além dos resultados de estudo epidemiológico em campo. Porém, ainda nos faltava a elaboração de uma proposta mais objetiva e estruturada do trabalho de prevenção e promoção de saúde. Após uma reunião com o Diretor do CVE, entramos em contato com o Professor Pekka Puska do Centro de Referência da OMS em Helsinki. Pudemos então formar um grupo com representantes da Divisão e das equipes de saúde da DIR de Marília e de Emilianópolis, entre eles o Dr. Jaime Oliveira Gomes. A partir deste curso, estruturamos um programa de capacitação que incluía o controle e monitoramento das principais DCNTs e seus fatores de risco.

Paralelamente, o Instituto Nacional do Câncer iniciava a descentralização das ações de controle do tabagismo e do monitoramento do câncer, transferindo recursos financeiros para estas ações. Esta política resultou em uma fase muito produtiva e de expansão do nosso programa, permitindo capacitar toda a rede de saúde e de educação do estado e de grande parte de seus municípios por vários anos.

Neste momento, agregamos inúmeros especialistas, como o Professor José Rosemberg, o enfermeiro Marco Antonio de Moraes, as nutricionistas África Isabel de la Cruz Perez e Adriana Ribeiro, entre tantos outros, como as enfermeiras Dalva Maria de Oliveira Valencich e Maria Aparecida Pacheco, os médicos Luiz Francisco Marcopito, Sérgio Sanfins Rodrigues, Ana Aratangy Pucelnik, Ana Sanches, o Educador Rodolfo Brumini e as oficiais administrativas Natividade Sabino e Lúcia Prestes.

Para terminar este período, trouxemos a questão dos riscos no trabalho relacionados ao estresse das condições social e ocupacional como fator de risco para estas doenças, capacitando em metodologias de medida destas condições, por meio do auxílio do Professor Tage Kristensen do Instituto de Saúde Ocupacional de Copenhague.

Finalizo este olhar sobre esta área desenvolvida no CVE enaltecendo o trabalho exemplar dos que me sucederam na direção da Divisão após minha aposentadoria, os colegas e amigos Mirian Shirassu, Ana Sanches, Sérgio Sanfins e Marco Antônio de Moraes.

Olhando hoje para os impactos deste trabalho, destacaria alguns pontos, como os resultados técnicos exitosos e pioneiros no país, que representaram uma transformação na saúde pública e influenciaram programas similares no Ministério da Saúde, em estados e municípios. Mais importante ainda foi a contribuição para melhora da saúde e qualidade de vida da população, por meio da redução dos fatores de risco, controle das doenças crônicas, redução das incapacidades e aumento da expectativa de vida. Outro aspecto, o da construção coletiva exitosa, que, ao mesmo tempo, foi causa e consequência do crescimento individual dos participantes, que se formaram e contribuíram para o trabalho, adquiriram conhecimentos e experiências importantes, que foram incorporadas em nosso sistema único de saúde e nossa vigilância epidemiológica. Por fim, destaco que essa equipe também estabeleceu relações de amizade e respeito mútuo que duram até os dias de hoje e que vão além da área da Divisão de DANT, e se estende ao grande Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”.

Depoimento redigido por Maria Célia Guerra Medina, médica sanitaria e gerontologista, com Mestrado em Medicina Preventiva e Doutorado em Epidemiologia.



**Clelia Maria Sarmento de
Souza Aranda**

Trajetória no
CVE – pensar
no coletivo!

Início dos anos 80, graduada no curso de Medicina na Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), optei pela residência em pediatria na Prefeitura Municipal de São Paulo, com programação reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e curso no Hospital Infantil Menino Jesus (HIMJ). Um dos estágios que realizei foi em uma Unidade de Saúde, na atenção primária, na região de São Mateus. Encantei-me com a possibilidade de atuar no serviço público e fiquei atenta aos possíveis concursos que permitissem trilhar esta carreira e, a partir de 1984, iniciei exercício na atenção primária nas Secretarias de Saúde da capital paulista – SMS/SP e estadual de São Paulo – SES-SP. Parecia que havia alcançado meus objetivos.

No entanto, em 1989, houve a definição pela Secretaria Estadual da Saúde de realizar uma vacinação para o controle da doença meningocócica na região metropolitana da capital. Eu vivia naquela correria de sempre: indo de um emprego ao outro, cuidando dos filhos pequenos, atendendo cerca de 30 crianças por dia, tinha desistido do vínculo com a Secretaria Estadual por questões pessoais e estava enfrentando o aumento de casos de doença meningocócica que assustava a todos. Inúmeros questionamentos dos pais e responsáveis da minha clientela surgiam: vacinar ou não vacinar?

Em um momento extremamente oportuno, recebi pelo correio uma publicação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) - Divisão de Imunização com informações sobre a doença, a situação epidemiológica, justificativas para a realização da campanha, produto utilizado (vacina meningocócica B), possíveis eventos associados à administração do produto...enfim ... TUDO O QUE EU PRECISAVA NAQUELE MOMENTO!

Rapidamente devorei com os olhos aquele documento e, com maior segurança, comecei a divulgar as informações para a equipe da unidade de saúde. Foi uma grande ajuda não só para a clientela do serviço público como também para as atividades no consultório.

Diante desse material tão bem elaborado, senti-me na obrigação de parabenizar os autores e escrevi (no receituário do consultório) ao diretor do CVE, Wagner Augusto da Costa, elogiando o material e informando o quão importante tinha sido para minhas atividades profissionais.

O diretor da Divisão de Imunização, na época Glacus de Souza Brito, em agradecimento à carta, contatou-me para que fosse visitá-lo no CVE. Naquele momento, eles estavam formando uma equipe de pediatras para atendimento telefônico às notificações dos eventos adversos que pudessem surgir com a utilização de uma vacina desconhecida no Brasil. Fui convidada para fazer parte deste grupo. Aceitei, pois sempre gostei de inovações. Isto mudou completamente a minha vida profissional.

A participação no grupo temporário de médicos para atendimento telefônico foi a minha primeira vivência “dentro” do CVE. O trabalho me seduziu de imediato! Era o que eu entendia como relevante para o atendimento público: vigilância, prevenção e promoção de saúde! Transitando pelos corredores, lembrei de uma situação marcante ocorrida meses atrás, quando participei de um treinamento básico sobre tuberculose na região da Penha: interrupção em uma de nossas tardes pela notícia da morte tão inesperada do Dr. Vranjac.

Oportuno destacar que, posteriormente, estudos sobre os impactos da utilização desta vacina não foram satisfatórios, o que motivou publicações científicas com relevante contribuição de membros do CVE e, como sempre, análise e emissão de pareceres técnicos da instituição.¹

Após esta temporária participação, estive, no início dos anos 90, no CVE a convite de Tereza Mitiko Omoto, então diretora da Divisão de Imunização, com meu vínculo de funcionária municipal comissionada. A implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS)

1 CPAI/CVE - Vacina contra meningococo B e C, junho 1999. <https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/immunizacao/doc/cuba1.pdf>

em 1995 no município de São Paulo impediu a continuidade e fui transferida para a Secretaria Municipal do Bem-Estar Social pela não adesão ao novo modelo de gestão da Secretaria de Saúde municipal.

A oportunidade de novo concurso do CVE para médicos ocorreu neste período e resolvi voltar ao serviço estadual, agora na atividade de vigilância epidemiológica. Aprovada em 1997, fui surpreendida pelo convite de Julio Cesar de Magalhães Alves, diretor do CVE, para assumir a direção da Divisão de Imunização, quando iniciei as atividades. Momento muito crítico devido à epidemia de sarampo que se iniciava e o número reduzidíssimo de técnicos na Divisão.

Minha trajetória no CVE foi ímpar. Fui coordenadora do Programa Estadual de Imunizações até 2005 e sempre me impressionou a dedicação e compromisso de todos os que ali atuaram neste período: Helena Sato, Celia Ciccolo, Monica Malaman, Nubia Araujo, Paulo Borges, Magali Imaizumi, Mirian Goes, Izilda Alvarez, Benedito Arantes, Maria Ignes Pavão, Maristela Rossi, Márcia Fernandes, Kazuko, Cida Pacheco, Sudeny Gomes, Dulcineia Godoy, Sonildo Almeida, Roseli, Marina, Telma.

A epidemia de sarampo, como estreia nesta coordenação, exigiu esforços importantes para seu controle, e tenho reconhecimento profundo pelo apoio e comando de José Cassio de Moraes, que ocupava a direção do CVE e articulou a instituição, interna e externamente, de maneira tão exitosa.

Outros agravos e ações relevantes movimentaram minha trajetória na Divisão de Imunização:

Introdução de novas vacinas no calendário de rotina e extensão das faixas etárias prioritárias, mantendo sempre atualizada a norma técnica programática. Cite-se como exemplos:

- Vacina hepatite B em 1998, que exigiu treinamento importante em toda rede estadual para adoção da administração de vacinas no vasto lateral da coxa, para crianças menores de 2 anos;

- Vacina influenza e vacina *Haemophilus influenza B* em 1999;
- Vacina difteria tétano pertússis e *Haemophilus influenza B* (DTP+Hib - tetravalente) em 2003.

Surtos de febre amarela selvagem em novas áreas do território paulista, com ações de intensificação e extensão territorial para vacinação;

Reconstrução do centro estadual de distribuição de imunobiológicos – criado em 1987, conhecido como Suprimento II, que foi reinaugurado em 2004 como Centro de Distribuição e Logística “Prof. Edmundo Juárez”, propiciando enorme apoio à introdução de novos procedimentos para armazenamento e distribuição dos imunobiológicos;

Maior utilização de sistemas informatizados para registro de produção e apoio na avaliação de coberturas vacinais e notificação de agravos, exigindo capacitações específicas para regionais e municípios. O apoio do Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica (NIVE/CVE) foi essencial;

Complexa vigilância dos eventos supostamente atribuíveis à vacinação que mantivessem a confiabilidade da população no PEI;

Capacitações para monitores/multiplicadores em treinamentos de salas de vacinas em todas as regionais estaduais de vigilância epidemiológica e municípios-sede. Treinamentos presenciais neste tema, medida que considero essencial até os dias de hoje, diante da complexidade dos calendários vacinais e dos inúmeros tipos de produtos com especificidades distintas de utilização e conservação;

Minha integração como membro da Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações (CPAI), oficialmente desde 1999, que é um fórum excepcional para o apoio na discussão científica dos assuntos pertinentes à utilização dos imunobiológicos, formulação de estratégias e coordenação das ações e atividades envolvendo imunizações;

Atendimento aos veículos de comunicação com participação em entrevistas, gravadas e ao vivo, em rádio e televisão, além de jornais, revistas científicas e periódicos impressos. Destaco nestes momentos a parceria com os funcionários que davam vida ao Zé Gotinha, personagem importantíssimo nestes momentos.

Oportuno mencionar a possibilidade de cursar o mestrado na área de Saúde Coletiva, entre 2002 e 2004, ofertado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências, vinculado à Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O aprendizado foi imenso, e não só científico, uma vez que nesse percurso foi importante também articular, descentralizar, pactuar e propiciar capacitação para exequibilidade e êxito das ações programáticas das políticas de saúde. Daí ter sido esse período crucial para que eu pudesse conhecer, entender, defender e utilizar recursos financeiros destinados às ações estaduais, conforme as normas operacionais que se delineavam.

Em 2006, a convite do Secretário Estadual de Saúde, Luiz Roberto Barradas Barata, atuei como superintendente do Fomento de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra doenças transmissíveis (FESIMA). A receptividade e apoio da equipe foram inesquecíveis. Menciono aqui Maria Elizabete Rodrigues e Paulo Alberto Borges, representando todos aqueles que propiciaram um trabalho primoroso neste local. Destaco que, nesse momento, participei da consolidação da CPAI no âmbito da SES-SP, vinculada ao Gabinete do Secretário, reformulada e com definição de membros institucionais – Divisão de Imunização, CVE e Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), representação do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), além de manter os profissionais de reconhecido saber estabelecidos desde a criação, em 1987.²

Um novo desafio foi provocado pelo secretário Barradas em 2007: a Coordenadoria de Controle de Doenças, unidade fruto da reorganização administrativa da Secretaria Estadual, criada em janeiro de 2005 com complementação em dezembro de 2006.³ Possuía atribuições técnicas de coordenação relacionadas às instituições que a

integravam e outras administrativas com vistas a efetivar as políticas e diretrizes da pasta, compatibilizadas com planejamento, definição orçamentária, acompanhamento e execução financeira dos recursos disponíveis.

No período, integravam a CCD o Centro de Documentação, o Museu da Saúde, o Programa de Pós-Graduação, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e as seguintes unidades com estrutura administrativa própria: o CVE, o Centro de Vigilância Sanitária (CVS), o Centro de Referência e Treinamento para Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (CRT DST/Aids), o Instituto Adolfo Lutz (IAL), o Instituto Pasteur (IP), o Instituto Clemente Ferreira (ICF), o Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), o Centro de Distribuição e Logística (CDL), o Grupo de Gerenciamento Administrativo (GGA). A Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), autarquia vinculada à Secretaria da Saúde, exercia suas funções em integração com a CCD.

Grande desafio inicial foi a incorporação dos núcleos de vigilância epidemiológica e sanitária regionais e dos núcleos administrativos correlatos, definidos em novembro de 2006, exigindo ampla organização e integração entre as diferentes instâncias da coordenação. A aceitação pelas equipes técnicas desta alteração estrutural não foi fácil.

Entre 2007 e 2011, a vivência na CCD reforçou cada vez mais meus conceitos sobre a relevância das ações de vigilância em saúde integradas às ações de atenção à saúde. A experiência de gestão com a implementação da regionalização da atenção à saúde (24 departamentos regionais e 64 regiões de saúde) trouxe a possibilidade de entender a grandiosidade e importância de defender enfaticamente os três principais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade.

2 Resolução SS 56/23-05-2006, alterada pelas Resoluções SS 61/24-03-2024 e SS 68/02-04-2024

3 Decreto Estadual 49.343/24-01-2005 e Decreto Estadual 51.307/27-11-2006

Esforços foram realizados para integrar as diferentes áreas de vigilância em saúde (VS) – epidemiológica, sanitária, ambiental, laboratório de saúde pública – e, entre esta, e a atenção à saúde (AS) – básica, especializada e hospitalar. Avanços existiram, mas certamente não foram suficientes.

Inúmeras foram as atividades, ocorrências e eventos na CCD, não sendo possível citar ou mesmo lembrar de tudo, no entanto, ousou citar alguns destaques:

Criação de estrutura do Gabinete CCD e organização administrativa CVE e CVS⁴, sendo que o CVE passa a ser unidade de despesa (até então inexistente), um dos meus propósitos principais, o qual tenho satisfação enorme em ter atingido;

Criação da estrutura do ICF, inclusive como unidade de despesa⁵;

Inserção no Plano Estadual de Saúde 2008 a 2011 de eixo específico para Vigilância Sanitária (VS) com diretrizes, objetivos e metas, além de inclusão de objetivos e metas em eixos de gestão e inovação:

Melhorar a vigilância e o controle de doenças transmissíveis;

Melhorar a vigilância e o controle das doenças e agravos não transmissíveis – interface com a Coordenadoria de Planejamento em Saúde/ CPS;

Aperfeiçoar a vigilância sanitária e ambiental;

Aprimorar a rede laboratorial de saúde pública.

Construção coletiva e pactuação de indicadores junto às áreas técnicas, regionais e municípios e incentivo à incorporação de monitoramento como ferramenta de gestão em todos os níveis. Esta foi a ação que considero uma das mais relevantes pela oportunidade de dialogar e posicionar a atuação da CCD com intensa intersetorialidade;

4 Decreto Estadual 54.739/02-09-2009

5 Decreto Estadual 55.608/23-03-2010

Elaboração da agenda pactuada de ações e de execução financeira na área de VS com a recomposição do Grupo Técnico de Vigilância da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O relacionamento com o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e a participação nas reuniões da CIB paulista foram extremamente importantes por constituírem canal permanente de negociação e decisão entre gestores, assegurando organização e funcionamento da rede regionalizada e referenciada para atenção e vigilância em saúde;

Inserção efetiva da agenda de VS nos Colegiados de Gestão Regional (CGR);

Plena gestão dos bancos dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade e de Nascidos Vivos (SIM/SINASC) e dos formulários (declaração de óbito-DO e declaração de nascido vivo-DNV) com responsáveis nos 645 municípios; capacitação de multiplicadores e codificadores de mortalidade (Classificação Internacional de Doenças-CID10) em convênio com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças- CBCD/OMS;

Realização da I Conferência de Saúde Ambiental⁶ e criação do Grupo Técnico de Ações de Vigilância em Saúde Ambiental (GT-Saúde Ambiental)⁷;

Implementação da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), da Rede de Informação e Conhecimento e do Portal de Revistas Saúde SP, com a Metodologia SciELO;

Implantação lei antifumo⁸ com coordenação e apoio essencial do CVS e atuação exemplar das vigilâncias sanitárias municipais, viabilizando a realidade de hoje dos ambientes livres de tabaco. Destaque-se a atuação do CVS no período que estive na coordenação: sem eximir-se da responsabilidade estadual, promoveu a ampliação da

6 Decreto estadual nº 54.684 de 17-08-2009

7 Portaria CCD -1 de 13-01-2010

8 Lei Estadual 13.541/07-05-2009

execução das inspeções sanitárias pelos municípios com ampla capacitação e concentrou suas ações na elaboração de normas e aplicação de regulamentos de âmbito mais geral;

Ampla integração entre as diferentes áreas para coordenação, definição, execução, monitoramento e avaliação das medidas de controle da pandemia Influenza A H1N1 em 2009/2010. Vacinar mais de 20 milhões de paulistas simbolizam o êxito destas ações;

Reformulação editorial do Boletim Epidemiológico paulista (BEPA) com vistas a indexação de acordo com BIREME e sistematização da produção das edições impressas e online; produção do CCD-notícias - um boletim interno de integração das atividades.

Durante um dos semestres que estive na CCD (agosto de 2010 a janeiro de 2011) fui designada secretária adjunta da Secretaria Estadual de Saúde, diante do falecimento de Luiz Roberto Barradas Barata. O chefe da pasta era Nilson Ferraz Paschoa, e acredito que consegui apoiá-lo no encerramento daquela gestão. Episódio crucial neste momento foi a suspensão da vacina antirrábica para animais domésticos durante a execução da campanha anual de vacinação. Fundamental foi a atuação do IP apresentando experiência e dados no estado de São Paulo apontando ocorrência de eventos adversos graves, o que motivou a investigação da composição e concentração da vacina rotineiramente utilizada nas vacinações do setor público em cães e gatos.

Entre 2011 e 2016, atuei nas áreas de planejamento em saúde da CCD, mantendo as articulações desenvolvidas e, em 2017, o retorno ao CVE, agora como profissional da Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente (DOMA). A importância da vigilância desses agravos já tinha sido despertada, em anos anteriores, por colegas desta divisão do CVE e sedimentaram muito a continuação do aprendizado de que saúde é muito mais do que ausência de doença.

A atuação conjunta com outras divisões do CVE, do CVS, laboratório de saúde pública e das coordenações de atenção à saúde permaneceu na minha percepção como um dos principais desafios a serem superados para resposta adequada às novas necessidades interpostas neste novo século.

Até o momento da aposentadoria, em setembro de 2019, a convivência com a equipe da DOMA foi memorável e muito afetuosos – Farida Pereira, Iolanda Carvalho, Cristiane Rezende, Marcio Borges, Silvia Von Tiesenhausen, Mariana Xavier. Frente à conscientização quanto às mudanças climáticas, ainda destaco as atividades relacionadas à intoxicação por agrotóxicos, exposições a solo contaminado, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

Minha trajetória profissional, vivenciada no SUS⁹ e no CVE, agora comemorando 40 anos, foi muito especial. As oportunidades de receber homenagens na comemoração CVE 25 anos e Conferência Internacional de Epidemiologia – Vigilância epidemiológica no Século 21 (2010), na comemoração dos 45 e dos 50 anos do Programa Estadual de Imunizações (2013 e 2018) e a outorga da medalha Walter Leser por honra e mérito da gestão pública (2023)¹⁰ foram emocionantes.

Já citei em outro relato¹¹ que durante esta trajetória tive oportunidade de conviver com brilhantes e dedicados colegas, verdadeiros servidores públicos, além de estar em locais que me permitiram contribuir com o desenvolvimento da vigilância em saúde no estado de São Paulo, mas é inegável que o grande ganho foi meu: sempre preciso pensar no coletivo além da minha individualidade!

9 Aranda, CMSS (2023). Profissão vivida no SUS. In Boletim do Instituto de Saúde - BIS, vol. 24 - Edição especial (2023): SUS São Paulo 35 anos, 47-50. outubro 2023, 113p.

10 Decreto Estadual 68.016 de 11-10-2023

11 Aranda CMSS: Ganhei muito mais do que ofereci. In Memórias do Cotidiano 3, Narrativas dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo [recurso eletrônico] / Organização: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Instituto de Saúde, 2023. livro digital.252 p.

Uma comissão permanente

A década de 80 marcou na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) um processo de reestruturação decorrente da transformação das concepções de saúde pública e a incorporação dos conceitos de assistência integral em saúde. O novo desenho organizacional, além de redefinir a estrutura básica da pasta e contemplar a regionalização administrativa (Escritórios Regionais de Saúde – Ersas) propiciou a criação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), em dezembro de 1985, com a finalidade de coordenar, criar normas e supervisionar as ações do Sistema de Vigilância Epidemiológica no estado (decreto 24.565/27-12-1985).

À época, com a indução governamental de criar comissões técnicas, o diretor Alexandre Vranjac contactou o professor doutor Gabriel Wolf Oselka, por ser referenciado com expertise em imunizações, para coordenar a criação de uma comissão assessoradora neste tema. Os contatos realizados culminaram com a criação da Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações junto ao Gabinete do Secretário (resolução SS 166, de 21-05-1987). O termo ‘permanente’ foi sugerido por Gabriel vislumbrando a perenidade deste grupo que incluiria apoio científico sempre articulado com o trabalho de gestão técnica do CVE.

Consolidada no âmbito da pasta (resolução SS-56, de 23-05-2006), compete à CPAI, dentre outras atribuições, deliberar sobre assuntos pertinentes à utilização de imunobiológicos e assessorar na formulação de estratégias e na coordenação das ações e atividades envolvendo imunizações.

Podemos destacar na atuação da CPAI:

- Desenvolvimento de sete normativas para a programação estadual de imunização – 1988, 1991, 1997, 1999, 2008, 2016, 2021. Está em preparação a atualização para a normativa 2025. As normas contemplam as recomendações oficiais, através de reso-luções do secretário da saúde, sobre o calendário de vacinação paulista, em consenso com as recomendações nacionais. Constitui importante ferramenta para gestão e ser-viços de saúde por apresentarem fundamentos técnicos discriminando intervalos mais adequados e oportunos, além das indicações e contraindicações gerais e específicas para cada vacina, de maneira clara e concisa. Abordam também a conduta diante de ferimentos com solução de continuidade e, nas últimas edições, o uso de soros e vacinas em ferimentos provocados por animais suspeitos de transmitirem o vírus da raiva;

- Discussões técnico-científicas e definições programáticas vislumbrando introduções de novas vacinas no calendário de rotina e alterações para controle de agravos, oficialmente publicadas, como:

- vacina sarampo caxumba e rubéola (SCR-tríplice viral) em 1992;
- vacina hepatite B em 1998;
- vacina influenza e vacina Haemophilus influenza B em 1999;
- vacina difteria tétano pertússis e Haemophilus influenza B (DTP+Hib - tetravalente) em 2003;
- vacina rotavírus em 2006;
- vacinas conjugadas meningocócica C e pneumocócica-10V em 2010;
- vacina inativada poliomielite, vacina difteria tétano pertússis e hepatite B (DTP+Hib+HB – pentavalente) e vacina sarampo caxumba rubéola e varicela (SCRV) em 2013;
- vacina hepatite A, vacina papilomavírus humano (HPV) para meninas e vacina difteria tétano e pertússis acelular adulto para gestantes em 2014;

- vacina poliomielite oral bivalente e vacina influenza para menores 5 anos em 2016;
- vacina febre amarela como rotina em todo o estado e vacina HPV para meni-nos em 2018;
- vacina meningocócica conjugada ACWY para adolescentes em 2020;

- Apoio na discussão de surtos e epidemias como: o sarampo (1987, 1997 e 2019), a doença meningocócica C na região metropolitana de São Paulo (1990) e surtos menores em localidades paulistas em diferentes anos, o acúmulo de casos autóctones de febre amarela silvestre no interior paulista (2008/2009, 2016 a 2019), os eventos atri-buíveis às vacinações inusitados e/ou graves como caxumba, febre amarela, COVID-19 e HPV, a pandemia de influenza H1N1 (2009), a pandemia COVID-19 (2020), casos coqueluche (2024) dentre outros.

Oportuno destacar a publicação, entre 1988 e 1995, de sete revistas Imuniza-ções – atualização. Idealizada por Gabriel Oselka e Massayuki Yamamoto, inspirados pelos ‘year books’, rotineiramente publicados à época sobre diferentes temas médicos, a revista apresentava os principais artigos produzidos na área de imuniza-ções mundialmente publicados. Os textos dos artigos eram sintetizados e traduzidos por Gabriel, revisados e editorados por Massayuki e alguns traziam comentários efetivados por membros da Comissão e convidados externos. Este período não contava com o apoio das tecnologias de informação que hoje facilitam a comunidade científica e tudo foi construído manualmente: busca de artigos do Index Medicus Global na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), cópias físicas impressas das publicações selecionadas, digitação dos textos traduzidos e comentados, preparação para a impressão gráfica, separação e endereçamento manual dos exemplares para profissionais, secretarias municipais e unidades de saúde. O desenvolvimento das revistas contou com a cola-boração e

apoio complementar na busca dos artigos relevantes pela Ana Maria Ara-tangy Pluciennick, a digitação dos textos por Maria Elizabete Rodrigues (apoio administrativo da CPAI) e apoio editorial de Glacus de Souza Brito e José Cassio de Moraes. Relevante foi o apoio financeiro do Fomento de Educação Sanitária e Imunização em massa contra doenças transmissíveis (FESIMA/SES-SP) na completa produção e distribuição desta publicação que propiciou exitosamente a atualização do conhecimento na área das imunizações naquele período.

Nos 37 anos de sua existência a CPAI mantém atuação com reuniões sistemáticas, habitualmente quinzenais, sendo a 734ª realizada em novembro/2024. As reuniões das reuniões estão arquivadas em cadernos anuais até 2018 no CVE, disponibilizadas a partir de 2019 no Sistema Eletrônico de Informação (SEI) SES-SP. Seus membros participam rotineiramente de eventos científicos desenvolvidos pelo CVE e Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) como palestrantes, debatedores ou coordenadores de mesas científicas.

Várias foram as oportunidades de celebrações como:

- os lançamentos das Normas atualizadas para o estado de São Paulo em eventos realizados pela Divisão de Imunização/CVE, a última em setembro de 2021. Nesta última, homenagens foram concretizadas a Gabriel Oselka, que durante mais de 30 anos foi presidente da CPAI, e a José Cássio de Moraes, membro desde a criação da Comissão e consensuado dentre os membros para assumir a presidência na 672ª reunião de (06-05-2021);
- a comemoração dos 30 anos do programa estadual de imunização em 1998, com presença do prof. Doutor Walter Leser, no memorial da América Latina;
- o evento no Centro de Convenção Rebouças (CCR), por ocasião da 500ª reunião (28-03-2012);
- a comemoração dos 45 anos e 50 anos do programa estadual de imunização, respectivamente em 2013 e 2018, realizadas no CCR;

- a inauguração da ‘Sala de Situação Vicente Amato Neto’, localizada na CCD, na 618ª reunião (14-02-2019);
- a comemoração do dia Internacional das Imunizações e 35º ano de existência da CPAI com a participação de membros da primeira composição em reunião web (09-06-2022).

A longevidade da atuação da CPAI certamente tem base na dinamicidade do calendário vacinal resultante do desenvolvimento e disponibilidade de novas vacinas destinadas a vários grupos etários e da análise epidemiológica qualificada identificando aparecimento, recrudescimento e desaparecimento de patologias. No entanto, cumpre destacar que a relação pessoal, respeito e parceria entre os membros, desenvolvidos durante todos estes anos, foram imensuráveis e solidificaram a terminologia ‘permanente’ adotada na sua idealização.

CPAI – composição inicial (resolução SS 166/ 25-05-1987 e resolução de 10-07-1987)	CPAI – composição atual (resoluções SS-56/2006; SS-61/2024 e SS-68/02-04-2024)
Gabriel Wolf Oselka Ana Maria Aratangy Pluciennick Calil Kairalla Faraht Claudio Sérgio Pannuti Edmundo Juarez Eduardo da Silva Carvalho Glacus de Souza Brito João Silva de Mendonça José Cássio de Moraes Massayuki Yamamoto Rogério de Jesus Pedro Vicente Amato Neto	- José Cássio de Moraes - Ana Karolina Barreto Berselli Marinho - Ana Paula Sayuri Sato - Brigina Kemp - Cláudio Sergio Pannuti - Clelia Maria Sarmento de Souza Aranda - Eliana de Fátima Paulo - Fernanda Castro Boulos - Gabriel Wolf Oselka - Guido Carlos Levi - Helena Keico Sato - Isabel de Lelis Andrade Moraes - Lily Yin Weckx - Marco Aurélio Palazzi Sáfadi - Maria Lígia Bracciotte Ramos Nерger - Marta Heloísa Lopes - Regiane A. Cardoso de Paula - Renato de Ávila Kfourir - Rosana Richtmann de Fiore de Castro Oliveira - Sonia Regina Testa da Silva Ramos (<i>in memoriam</i>) - Tatiana Lang D'Agostini - Telma Regina Pinto Carvalhanas - Vera Lúcia Gattás

- Membros que participaram da CPAI anos anteriores:
- Alexander Roberto Precioso
- Ana Freitas Ribeiro
- Carlos Magno Branco Fortaleza
- Cilmara Polido Garcia
- Eder Gatti Fernandes
- Glaucia Vespa
- José da Silva Guedes (in memorian)
- Lucia Ferro Bricks
- Luiz Jacintho da Silva (in memorian)
- Miriam Martho de Moura
- Núbia Virginia D'Avila Limeira de Araujo (in memorian)
- Paulo Alberto Borges
- Tânia Socorro Souza Chaves
- Tereza Mitiko Omoto
- Wagner Augusto da Costa

Maria Elizabete Rodrigues – 1987 a 2006

Rosemari Oliveira Moraes – 2007 até dias atuais

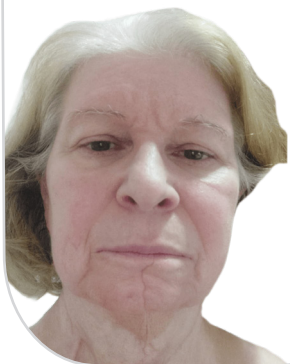
Referências consultadas:

- *relatos de Gabriel Oselka, Massayuki Yamamoto e José Cássio de Moraes*

- MENDES, José Dínio Vaz; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. *Saúde pública paulista: 60 anos de história da Secretaria de Estado da Saúde. 2009. p. 176.*

- Souza Aranda CMSS, Sato HK, Nerger MLBR. *Calendário de Vacinação no estado de São Paulo – trajetória oficializada. BEPA, Bol. epidemiol. paul. 2024; 21: e4040941. doi: <https://doi.org/10.57148/bepa.2024.v.21.40941>*

Depoimento redigido por Clelia Maria Sarmento de Souza Aranda, médica, especialista em Saúde Pública e Mestre em Saúde Coletiva.



Denise Schout

Vigilância epidemiológica hospitalar

No estado de São Paulo, a organização do sistema de vigilância epidemiológica com a criação, coordenação e capacitação promovida pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) em 1985 transformou os serviços em relação à notificação compulsória e às ações de prevenção e controle para essas doenças.

Nos hospitais, até o surgimento e impacto da epidemia de Aids, ao longo da década de 80 do século passado, era tarefa do Serviço de Controle de Infecção hospitalar (SCIH) notificar os casos atendidos no hospital. Na sua grande maioria era um processo mais burocrático e desarticulado das unidades de saúde que realizavam as atividades de prevenção e controle nos domicílios ou locais de trabalho. Além disso, os casos de moléstias infecciosas estavam em geral concentrados nos hospitais especializados como o Hospital Emílio Ribas e nos hospitais universitários que possuíam serviços especializados em moléstias infecciosas. Desta forma, os registros dos SCIH eram em pequeno volume e de casos complexos, em geral, que chegavam nesses serviços.

O crescimento da epidemia de Aids transformou os hospitais em unidades lotadas de pacientes com poucas alternativas de tratamento específico, especialmente nas capitais e em cidades médias mais atingidas. O estado de São Paulo foi pioneiro na construção de um programa de controle da Aids na Secretaria Estadual de Saúde em 1984.

Outro aspecto a ser salientado é o investimento das equipes técnicas do CVE na atualização e aprimoramento dos diagnósticos etiológicos em parceria com o Instituto Adolfo Lutz. Por isso, a qualidade dos registros e a sensibilidade e especificidade do sistema de vigilância também foram rapidamente aprimorados.

O CVE investiu em profissionais técnicos — médicos, enfermeiros e outros profissionais com formação de saúde pública diferenciada — e os alocou nas regionais de saúde. Isso facilitou a integração com as equipes técnicas municipais e ajudou a focalizar as atividades de vigilância no âmbito regional.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, definindo as responsabilidades e ações no âmbito estadual e municipal, tiveram um impacto significativo na valorização das atividades de vigilância em saúde.

O estado de São Paulo construiu um Sistema de Vigilância Epidemiológica bem organizado, implementando um processo de descentralização com fortalecimento das regionais da Secretaria Estadual de Saúde e capacitação de recursos humanos para reforço e implementação da municipalização.

É dentro desse processo de reorganização da vigilância epidemiológica, frente às novas demandas, que os hospitais ganham relevância como fontes de informação estratégicas para o SVE. O que passa a ser fundamental não é apenas a notificação imediata dos casos de DNC, mas a investigação epidemiológica desses casos e a possibilidade de influenciar “à beira do leito” a solicitação de exames para firmar um diagnóstico etiológico mais preciso para o paciente e que contribuíssem para a análise dos perfis dos agentes etiológicos existentes em nosso meio.

Na cidade de São Paulo, o Hospital Emílio Ribas era o principal serviço com um núcleo de epidemiologia hospitalar que notificava os casos diretamente para as unidades de saúde do local de residência dos casos, com o objetivo de agilizar e prosseguir na investigação epidemiológica e nas ações de prevenção e controle de forma oportuna para prevenir casos secundários.

Até 1990, existiam três serviços que já executavam as atividades de notificação e investigação dos casos de DNC atendidos nos hospitais: o Núcleo de Epidemiologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas,

pioneiro nesta atividade, criado em 1978, o Núcleo de Epidemiologia do Hospital das Clínicas, criado em junho de 1988, e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da Unicamp, criado em outubro de 1988. Nestes hospitais, a criação dos serviços atendeu a conjunturas específicas. A dificuldade, dos Distritos de saúde e das unidades de saúde responsáveis pela notificação destas instituições, em investigar, oportunamente, os casos, representava um elemento-chave na pressão para a existência de um serviço específico, porém integrado às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que coordenasse essas atividades no hospital.

Nesse contexto promovido pela coordenação do CVE, foram selecionados 28 hospitais universitários, hospitais públicos de referência (estaduais, municipais e federais em processo de estadualização) e filantrópicos para a formalização de um termo de referência para organizar os Núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica nesses hospitais. A assinatura desses termos foi feita por meio de uma reunião e publicação no diário oficial dos termos com a presença do Secretário Estadual da época e com os diretores dos hospitais presentes.

Em 1997, uma pesquisa com esses serviços deu origem a minha tese de mestrado desenvolvida no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Nesse estudo feito em 1997, foram identificados 22 serviços, entre aqueles inicialmente propostos, que continuavam em funcionamento, sendo 13 na Grande São Paulo e nove no interior do estado. Ressalta-se que mais dois NHVE, um em hospital filantrópico no município de São Paulo e outro em hospital municipal no interior do estado, foram criados ao longo dos anos 90. A distribuição espacial dos NHVE acompanha a tendência de regionalização da assistência da época.

A contribuição dos NHVE na notificação dos casos de DNC registrados no SVE para Aids, tuberculose, leptospirose e meningites veio crescendo ao longo dos anos, tendo esses serviços contribuído com 29% das meningites, 16% das tuberculoses e 59% das leptospiroses.

A organização dos NHVE tinha como questão central o desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica e a divulgação das informações e normas técnicas do CVE para o corpo clínico dos hospitais. No entanto, o crescimento dos núcleos dentro dos hospitais e sua maior legitimidade junto ao corpo clínico dessas instituições e, principalmente, ao seu grupo diretivo, veio se construindo por meio da incorporação de outras funções. Alguns diretores buscaram ampliar o espaço de assessoria dos NHVE visando fornecer subsídios ao planejamento dos hospitais, através, por exemplo, da análise da morbimortalidade da demanda do hospital. Outros salientaram a participação dos NHVE na política de controle de riscos em profissionais de saúde. Esta última linha de desenvolvimento tem reforço pela vinculação de cinco dos NHVE aos Centros de Imunobiológicos Especiais (CIE), em sua maioria subordinados aos NHVE.

Fruto dessa experiência na Secretaria Estadual de São Paulo e de outras experiências em outros estados, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho que tinha a tarefa de elaborar uma resolução para viabilizar a organização de núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica em todas as unidades da federação. Assim foi elaborada a Portaria 2.529 do Gabinete do Ministério da Saúde, em 2004, que “Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos”. Nessa portaria também estão definidos incentivos para a implantação e manutenção desses serviços. Essa portaria foi atualizada pela portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010 e por portarias subsequentes. Na última, em 2014, os Núcleos passaram a ser denominados Núcleos de Epidemiologia.

As secretarias estaduais foram gradativamente ampliando esses serviços em novos hospitais, de tal maneira que o estado de São Paulo possui atualmente 41 Núcleos de Epidemiologia, referências para vigilância epidemiológica hospitalar.

A experiência dos Núcleos de vigilância epidemiológica evoluiu de duas formas. De um lado, eles foram gradativamente incorporando outras atividades de apoio à gestão do hospital e, de outro, ampliando a experiência para a rede privada, em especial os hospitais vinculados à Associação Nacional de Hospitais Privados. Como resultado, em São Paulo, a grande maioria dos grandes hospitais privados filantrópicos tem um núcleo de epidemiologia que apoia a alta gestão do hospital.

A implantação dos NHVE no estado de São Paulo veio ao encontro das necessidades de descentralização e modernização do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE). O desenvolvimento desses serviços caminhou pelo crescimento de sua legitimidade interna junto às equipes clínicas e diretivas. Esse processo não foi homogêneo nas diversas instituições, mas é possível identificar duas tendências predominantes de desenvolvimento dos NHVE. Uma na direção da assessoria aos gerentes na análise da morbidade hospitalar e outra na direção de subsidiar os estudos e as intervenções para diminuir os riscos de transmissão nosocomial e para os profissionais de saúde. O que fica demonstrado é a especificidade dos usos da epidemiologia no ambiente hospitalar e as potencialidades de investigação científica neste campo.

Depoimento redigido por Denise Schout, médica Sanitarista com Mestrado e Doutorado pelo Programa de Medicina Preventiva da USP.



Elizabete Maria Nunes

Inovar para
crescer

Terminado seu plantão, o desejo de todo médico é o de poder voltar para casa e descansar. Foi o que fez, ou pelo menos tentou fazer, a Dra. Elizabete, após concluir mais uma de suas jornadas no CVE. A Central de Vigilância Epidemiológica monitorava um possível surto de hantavirose na região rural de Ribeirão Preto e uma fazenda, provável foco da doença, estava de quarentena, cercada para que ninguém circulasse pelo local. Medida de rotina que, uma vez implantada, não deveria exigir maior atenção. Não deveria, mas...

— Bete! Roubaram o porco!

Foi essa frase que a Dra. Elizabete ouviu ao receber o telefone de sua mãe, que havia atendido a chamada. Do outro lado da linha, sua colega do CVE, Dra. Inês, comunicava o fato inusitado. Desconhecendo os riscos a que estava exposto, driblando as equipes de segurança e passando despercebido, um ladrão invadiu o local e surruiu um dos animais da propriedade.

Mesmo que o porco não seja um agente transmissor da hantavirose, cuja contaminação se dá pelo contato com aerossóis, formados a partir da urina, fezes e saliva de roedores infectados, era importante comunicar o fato à polícia para que o ladrão pudesse ser, além de preso, examinado.

A Dra. Elizabete é a médica sanitarista Elizabete Maria Nunes, formada pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e que, após concluir sua residência em Medicina Geral Comunitária na cidade de Cotia (SP), junto ao então Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) e trabalhar nas regiões do Vale do Ribeira e de Taboão da Serra, ingressou no CVE no ano de 1991. Entre 1996 e 2008, a Dra. Elizabete foi diretora da Central de Vigilância Epidemiológica, Divisão do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, instituída pelo Decreto nº 24.565 de 27 de dezembro de 1985, o mesmo de criação do CVE.

Muito mais do que lidar com casos de sumiço de porcos, liderar a Central do CVE é estar na linha de frente do combate a epidemias do estado mais populoso do Brasil. Logo após assumir o cargo, a Dra. Elizabete já enfrentou seu primeiro grande teste, uma epidemia de sarampo surgida ao final de 1996 e que só iria refluir em 1998. Da capital, a doença se espalhou para o interior do estado e chegou a atingir também outros países da América do Sul. Foram cerca de 60.000 notificações para um total aproximado de 42.000 confirmações. Com a epidemia crescendo cada vez mais, o CVE percebeu a necessidade de implementar melhorias em processos e serviços para poder fazer frente a esse desafio e a situações semelhantes que poderiam ocorrer no futuro.

Em primeiro lugar, a informatização da coleta de dados precisava ser aperfeiçoada. Em julho de 1997, uma “máscara”, espécie de ficha padrão, foi desenvolvida e copiada em disquetes de computador distribuídos por unidades regionais de vigilância e prefeituras de todo o estado. Depois de preenchidos, esses disquetes eram enviados por malote e alimentavam o banco de dados do CVE, agilizando a compreensão da dinâmica da epidemia.

Outro efeito importante desse processo foi a percepção da necessidade de se ampliar o atendimento rápido do CVE, que, até então, contava apenas com uma linha telefônica fixa operando em horário comercial. Mobilizados, durante a epidemia de sarampo, de domingo a domingo, a equipe do CVE notou um número expressivo de chamadas recebidas em dias e horários fora do expediente normal de trabalho.

Diante desse cenário, a Dra. Elizabete e mais duas colegas médicas da Divisão, Dra. Silvia Regina Gil Ferreira e Dra. Maria Teresa Jahnel, fizeram um projeto para a implementação de uma central de atendimento 24 horas com uma equipe médica de plantão, que iniciou suas atividades em 30 de março de 1998. O CVE foi o pioneiro no Brasil a disponibilizar esse tipo de serviço, tornando-se

uma referência técnica para profissionais de saúde, além de uma alternativa para respostas rápidas e apropriadas para a população em geral, através de um telefone com chamada gratuita. Por meio deste canal chegavam as mais diversas comunicações, desde casos suspeitos de meningite até simples pedidos de informação.

A epidemia de sarampo mostrou que, mesmo diante do grande número de casos, quando se cogitou vacinar toda a população, e ainda que o maior número absoluto de infectados fossem observados entre adultos jovens, indivíduos entre 24 e 29 anos, pôde-se compreender melhor suas características e sua dinâmica. Era justamente a baixa cobertura vacinal das crianças contra a doença que mostrou onde estava o maior risco, entendimento fundamental para reforçar a imunização de crianças menores de cinco anos. Assim, foi possível descartar uma ação mais abrangente e dispendiosa. Esse episódio reforça também, em meio à crescente onda de desinformação e ataques à ciência, a importância da manutenção do calendário de vacinação.

Outras circunstâncias são capazes de marcar a memória pelo seu caráter totalmente inusitado. Foram os casos envolvendo uma epidemia mortal na África e pretensos bioterroristas brasileiros.

Em meados da década de 1990, uma epidemia de ebola, doença hemorrágica, letal e contagiosa, estava se espalhando pela República Democrática do Congo. Uma equipe de reportagem de uma rede de televisão decidiu realizar uma matéria no epicentro dos acontecimentos. O “furo” jornalístico colocou em pânico as autoridades sanitárias brasileiras. Coube à Dra. Graziela de Almeida receber o grupo no aeroporto internacional de Guarulhos, e a equipe da Central pode acompanhá-los, diariamente, nas três semanas seguintes, para saber se, além da notícia da epidemia, algum deles não trazia o vírus consigo. Para sorte deles (e de toda a população brasileira), nenhum dos jornalistas estava contaminado.

Já em 2001, na esteira dos ataques às Torres Gêmeas nos Estados Unidos, cartas anônimas começaram a ser enviadas a alvos norte-americanos de relevância estratégica, normalmente políticos, emissoras de televisão ou redações de jornal. Elas continham um pó branco misterioso que, se inalado, poderia contaminar a pessoa com antraz, uma bactéria altamente tóxica e que poderia levar à morte em poucos dias. De fato, cinco pessoas acabaram falecendo devido a esse ataque de bioterrorismo nos Estados Unidos.

No Brasil, a Dra. Elizabete recorda que vários indivíduos tentaram assustar algum desafeto e começaram a enviar cartas que também continham um pó branco. Porém, mesmo causando grande preocupação, esses pacotes geralmente continham talco, farinha ou pó de giz. Em torno de 1000 desses envelopes foram enviados e analisados pelo Instituto Adolfo Lutz e todos os indivíduos suspeitos de contaminação encaminhados ao Instituto de Infectologia Emílio Ribas para avaliação médica, tudo sob coordenação da Central do CVE. Felizmente, no Brasil, não houve casos confirmados.

Em sua carreira no CVE, a Dra. Elizabete também deu atenção ao ensino e à formação de profissionais para a instituição ao atuar no Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica (TBVE). Sua gestão frente à diretoria da Central do CVE ficou marcada pela modernização de processos internos e ampliação da acessibilidade do Centro à comunidade médico-científica do estado. Atualmente, a Dra. Elizabete está na Divisão de Imunização, analisando os Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) e o CVE reconhece suas grandes contribuições ao longo de mais de três décadas de trabalho.



**Exedito José de Albuquerque Luna
e Norma Helen Medina**

Os olhos
sempre dizem
a verdade

Expedito José de Albuquerque Luna é Médico Sanitarista e, há 16 anos, atua como docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Possui longa experiência na área de Vigilância em Saúde, tendo desempenhado trabalhos junto às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e, em nível federal, ao Ministério da Saúde.

Dr. Expedito começou sua carreira na antiga Coordenadoria da Saúde da Comunidade (CSC), onde participou da estruturação do Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE) e de diversos trabalhos em apoio às Regionais espalhadas pelo estado.

Mereceu destaque nessa época o surgimento da dengue, em 1985 no Rio de Janeiro, que posteriormente teria seus primeiros casos diagnosticados no estado de São Paulo na região de Presidente Prudente, doença que seria acompanhada, nesse primeiro momento, pela Divisão de Zoonoses do CVE.

Pouco antes, foi bastante interessante do ponto de vista epidemiológico o acompanhamento e combate a um surto de febre purpúrica, doença que normalmente acomete crianças menores de dez anos e está ligada à conjuntivite. Entre os anos de 1984 e 1985, diversos municípios do interior do estado apresentaram casos da doença, que surgiu primeiramente na cidade de Promissão. O caso contou também com apoio de profissionais do Centro de Controle e Prevenção de Doenças, o CDC dos Estados Unidos.

Nesse mesmo período, imediatamente anterior e posterior à criação do CVE, ocorrida em 1985, também começou a ser estruturada a vigilância para uma doença nova que estava assustando a comunidade científica e a população: a Aids. Inicialmente, eram os dermatologistas os encarregados das doenças sexualmente transmissíveis e as primeiras fichas para controle de casos da doença foram elaboradas pela seção de Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde.

Dr. Expedito ingressou no CVE ainda nos primeiros tempos da instituição, que representou a união de diferentes coordenadorias, como a CIS e a CSC, somada ao acréscimo de novos profissionais trazidos pelo Dr. Alexandre Vranjac, fundador do órgão. Dr. Expedito começou suas atividades no CVE na Divisão de Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador, criada, em boa medida, como consequência de uma reforma administrativa do governo que destinou funcionários da então extinta pasta da Secretaria do Trabalho para a área da Saúde.

Dr. Expedito relata que as questões atinentes ao meio ambiente, nesse primeiro momento, não estavam na ordem do dia do CVE e ganhariam destaque somente com o decorrer do tempo. Por outro lado, desde o processo de redemocratização, no início da década de 1980, os movimentos pela saúde do trabalhador já vinham se fortalecendo.

Ele se recorda de um caso curioso na cidade de Cubatão, localizada na Baixada Santista, envolvendo a leucopenia, que é um sinal laboratorial indicativo de um número de glóbulos brancos abaixo do normal. Ela não é, em si, uma enfermidade, no entanto, foi elevada à condição de doença, associada a uma provável intoxicação por benzeno de trabalhadores da refinaria de petróleo da cidade.

O caso, insólito, levou alguns trabalhadores à aposentadoria por invalidez sem que, contudo, eles jamais chegassem a desenvolver alguma doença. Inclusive, diversos trabalhadores chegaram a entrar com recursos judiciais para terem suas aposentadorias revogadas e poderem voltar às atividades normais.

Em 1988, por meio de uma bolsa de estudos em Saúde Ocupacional oferecida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Dr. Expedito realizou uma viagem de cinco meses ao Japão, período em que o Dr. Alexandre Vranjac faleceu. Esse fato, somado à eleição de Luiza Erundina para a prefeitura de São Paulo e o convite de um amigo para trabalhar na Secretaria de Saúde do município, impôs um hiato de quatro anos na participação do Dr. Expedito no CVE. Ao

retornar, passou a atuar na Divisão de Métodos, momento em que colaborou com a implementação do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) pelo Ministério da Saúde.

Na sequência, Dr. Expedito participou por cerca de quatro anos do Projeto Bela Vista, estudo de coorte sobre o HIV. Antes de ingressar como docente na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde trabalha atualmente, entre os anos de 2000 e 2008, Dr. Expedito foi professor de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Santa Casa, tarefa que dividiu com trabalhos desenvolvidos junto ao Ministério da Saúde, onde foi diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica entre 2003 e 2007.

Em 1982, a Secretaria de estado da Saúde identificou um surto de tracoma no município de Bebedouro, doença infecciosa que ataca os olhos e cujo diagnóstico foi motivo de discussões no meio médico oftalmológico. Era uma doença considerada erradicada no estado de São Paulo e os diagnósticos não eram reconhecidos por oftalmologistas da cidade e do estado.

A Organização Mundial de Saúde financiou um projeto de investigação epidemiológica de tracoma no município com a parceria do Wilmer Institute da Johns Hopkins University e coordenação da Dra. Norma Helen Medina, oftalmologista do Instituto de Saúde, tendo a participação dos técnicos do CVE, com destaque a participação ativa do Dr. Expedito Luna e a Sra. Marcia B. Oliveira da divisão de métodos do CVE. O estudo confirmou a ocorrência da doença no município e provável prevalência em todo o estado. A partir de 1989, o Centro de Vigilância Epidemiológica e o Serviço de Oftalmologia Sanitária iniciou uma série de capacitações para a implantação da Vigilância Epidemiológica do tracoma na Secretaria de Estado da Saúde.

Apesar da substanciação técnica dos achados, a polêmica resultou na censura de trabalhos em congressos e ressalvas em publicações científicas feitas pela dupla e outros colegas. Mesmo passados

vários anos, o Centro de Oftalmologia Sanitária ainda encontraria resistências e dificuldades para a compreensão e aceitação da classificação e diagnóstico da doença.

O Serviço de Oftalmologia Sanitária foi transferido para o CVE em 1996 e em conjunto com a divisão de métodos realizou várias pesquisas epidemiológicas. Além dos trabalhos de campo, o currículo da Dra. Norma Helen Medina é extenso. Ela é especialista em Oftalmologia, possui mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Johns Hopkins, Estados Unidos e Doutorado em Oftalmologia pela Unifesp. Foi assessora do Programa de Prevenção de Cegueira da OPAS, Washington D.C. e do Comitê assessor de Prevenção de Cegueira da OMS, diretora técnica do Centro de Oftalmologia Sanitária do CVE e é assessora do ministério da Saúde para o programa de controle e vigilância epidemiológica do tracoma. Desde 1998, a equipe de profissionais de saúde capacitados do estado de São Paulo colaborou com a implantação do programa de controle de tracoma do ministério da Saúde.

Em parceria com a Divisão de Hanseníase do CVE propôs uma mudança na classificação de incapacidades oculares na hanseníase que foi implantado pelo programa de hanseníase do ministério da Saúde. Desde a década de 90 capacitações para oftalmologistas e para profissionais de saúde têm sido realizadas para prevenção da cegueira dos pacientes com hanseníase.

Além das atividades ligadas a vigilância do tracoma o Centro de oftalmologia Sanitária desenvolve ações voltadas as doenças de notificação compulsória com comprometimento ocular, prevenção de cegueira e vigilância das conjuntivites.

Dr. Expedito e a Dra. Norma Medina contribuíram com o fortalecimento do CVE, participando de treinamentos, investigações e projetos de pesquisa, destacando-se a demonstração de que o tracoma não estava erradicado na década dos anos 1970, como muitos profissionais acreditavam, e através de muito empenho e resiliência implantaram com sucesso a vigilância epidemiológica da doença em nosso estado.



Gerusa Maria Figueiredo

Tecendo
uma rede
de apoio

“**P**rocuram-se 1000 Homens”. A demanda, bastante inusitada, remete a inúmeras situações e possibilidades, mas muito poucos seriam capazes de acertar para quem, efetivamente, tantos homens estavam sendo chamados pelo anúncio publicado na antiga Revista da Folha, do jornal Folha de S. Paulo, durante a década de 1990.

A situação ganharia contornos mais enganosos e até maliciosos se for revelado que esse pedido saiu na seção de Acompanhantes dos classificados da revista, aquela em que profissionais do sexo ofereciam os seus serviços. Porém, contra as possibilidades mais óbvias e as conclusões mais apressadas, tratava-se de um convite para a participar do projeto Bela Vista que era um estudo de coorte de incidência, de homens que fazem sexo com homens, para ver a incidência de HIV, hepatite B e C e sífilis.

Em um período em que a internet dava seus primeiros passos e não existia nem projeto de redes sociais, essa era uma das estratégias criativas empregadas por pesquisadores para conseguir a participação de voluntários para um estudo epidemiológico. Exames de sangue eram feitos a cada seis meses.

Era também o estudo sócio-comportamental dessas pessoas. Havia grande preocupação para que as pessoas se protegessem e intervenções como aconselhamento, distribuição de camisinhas e grupos de discussão com temas emergentes eram feitas periodicamente.

Chamou muito a atenção que a incidência de hepatite B foi quatro vezes maior do que a de HIV. E na época, a vacinação contra a hepatite B não estava disponível. Mas aí teve uma compra pelo Ministério da Saúde de uma vacina para hepatite B, e dentro desta coorte foi feito um ensaio clínico com acompanhamento das pessoas suscetíveis. Trinta por cento da coorte já havia tido hepatite B, e nas pessoas suscetíveis a esta infecção, a proteção foi muito boa, resultando na tese de doutorado da Dra. Gerusa Maria Figueiredo sobre a hepatite B em HSH, com análise sociocomportamental.

Dra. Gerusa trabalha há 13 anos no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Sua carreira está fortemente atrelada à Secretaria da Saúde de São Paulo. Ela atuou em diversos serviços epidemiológicos e foi convidada pelo Dr. Alexandre Vranjac, fundador do CVE e com quem fez um curso de especialização em vigilância epidemiológica, para trabalhar na Seção de Epidemiologia do Hospital Emílio Ribas. No ano 2000, Dra. Gerusa foi convidada por José Cassio de Moraes, que havia participado da banca de defesa de seu Doutorado, para integrar a divisão de Hepatites B e C do CVE.

Paralelamente, nesse período, também foi desenvolvido um programa de redução de danos de doenças sexualmente transmissíveis. Implantado inicialmente na cidade de Santos, suas ações consistiam em oferecer agulhas, seringas e preservativos para as pessoas, muitos deles testando positivo para HIV e Hepatite B. Algo semelhante é feito nos dias de hoje, com usuários de crack, com a distribuição de cachimbos individuais e protetores de mucosas realizados por organizações não governamentais.

Uma vez no CVE, Dra. Gerusa ocupou uma sala que demandou um mês de limpeza e organização, pois caixas com artigos acadêmicos tomavam todo o espaço. E sem equipe de apoio até que Yara de Sousa, enfermeira que tinha grande experiência na rede de serviços de saúde, começou a trabalhar na Divisão de Hepatites. Segundo a Dra. Gerusa, Yara foi seu braço número um, o tempo todo. Ela foi excepcional, uma parceirona.

Passado o período de adaptação na instituição, ela começou a desenhar uma rede de atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis, em uma época em que o setor assistencial aos pacientes, dada sua urgência, eclipsava a vigilância epidemiológica.

Com experiência prévia como atendente no Centro de Referência de Aids e tendo acompanhado a construção do programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST-Aids) do Ministério da Saúde, Dra. Gerusa percebeu a necessidade de se implantar, ten-

do o Sistema Único de Saúde (SUS) como parâmetro, uma rede hierarquizada e descentralizada e com atenção primária para o cuidado das ISTs, sendo que até esse momento o grande foco era o combate ao HIV. Em alguns poucos municípios, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) seriam a porta de entrada para o programa, a rede secundária seria formada por ambulatorios e hospitais menores e a terciária composta por hospitais como o Emílio Ribas, o Heliópolis, o São Paulo e o Hospital das Clínicas.

Se, por um lado, as instituições de maior porte, que já estavam sobrecarregadas com o atendimento desses pacientes, enxergaram na rede que se desenhava uma possibilidade de melhorar o seu trabalho, por outro, o preço do kit para realização de exames foi um entrave para a implantação dos CTAs em diferentes municípios. Para se ter uma ideia, no começo dos anos 2000, existiam filas para a realização de um simples teste de Hepatite B e C no sistema público de saúde.

Reuniões e negociações foram necessárias para equacionar este gargalo. Além disso, a montagem de uma rede exige a capacitação de seus membros, tanto em vigilância, como em assistência e em prevenção, especialmente ao nível dos CTAs e do serviço secundário. Dada a sua complexidade, a interpretação dos exames para as hepatites era um ponto que demandava atenção. Dra. Gerusa coordenou, com vários membros do CVE e de outras instituições, a elaboração de um manual de treinamento para auxiliar nessa tarefa. Um comitê com cerca de 30 pessoas foi formado com esse objetivo.

Além disso, foi montada uma Rede de Biologia Molecular, articulada com o Instituto Adolfo Lutz, para a aquisição de kits para a realização de exames, não apenas para a detecção de HIV, mas também das Hepatites B e C.

A Rede foi lançada em 2001, no auditório lotado do Instituto Dante Pazzanese. Além da parceria da equipe do CVE, a Dra. Geresa faz questão de destacar o papel fundamental do Dr. Luiz Jacintho Silva, Superintendente da SUCEN (Superintendência de Controle de Endemias) e Coordenador da Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa à época; Dr. José Cassio de Moraes, diretor do CVE; e do então secretário de saúde do estado, José da Silva Guedes, para o sucesso desta empreitada.

Foi um período de trabalho intenso, de administração das pressões vindas de diversos setores, públicos e privados, especialmente no que diz respeito à realização de biópsias hepáticas, que eram pré-requisito para o recebimento de medicamentos contra a Hepatite C. Contra a Hepatite B, era fundamental manter a cobertura vacinal em índices adequados. Mas esse foi também para a Dra. Geresa seu período mais interessante no CVE, marcado por grande crescimento profissional, troca de conhecimento e desenvolvimento pessoal.



Gizelda Katz

O campo como sala de aula

A médica sanitária Gizelda Katz, formada e residente pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e com mestrado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ingressou no CVE em 26 de dezembro de 1986, após aprovação em concurso. Ela trabalhou na Central, mas, diante da necessidade de apoio solicitada pela Dra. Márcia Caraça, dedicou todo o seu primeiro ano na instituição também à frente da Divisão de Zoonoses, acumulando funções com seu departamento de origem.

Foi ali que Dra. Gizelda enfrentou seu primeiro grande desafio: o combate à leptospirose. Recém-formada, assumiu com entusiasmo a tarefa de estruturar uma base de dados da doença, coletando pessoalmente material junto à Coordenadoria de Informação em Saúde (CIS) e correlacionando casos da doença com índices pluviométricos e ações de controle de roedores.

Na época, o município de São Paulo restringia tal controle à região do córrego Aricanduva, adotando esse modelo como referência. Dra. Gizelda demonstrou, com conceitos e análises, que a descentralização das intervenções permitiria uma redução significativa dos casos, sustentando tecnicamente a proposta de ampliar esta ação para outras áreas.

Foram tempos interessantes, uma época boa, mesmo com algumas resistências de colegas, afinal, não é muito fácil demarcar seu espaço quando se é tão jovem. Formada na mesma Faculdade em que o Dr. Alexandre Vranjac era professor, pesava sobre a Dra. Gizelda uma suspeita de que pertencesse a um grupo de pessoas mais queridas pelo então Diretor, visão que foi se diluindo com o tempo.

Em maio de 1988, com a Dra. Márcia Caraça passando a assessorar diretamente o Dr. Alexandre Vranjac, Dra. Gizelda assumiu a direção da Divisão de Zoonoses, permanecendo no cargo, com algumas interrupções, até 2002.

Durante sua trajetória na Divisão de Zoonoses do CVE, Dra. Gizelda também participou de investigações relevantes. Um surto de febre maculosa ocorrido no município de Pedreira foi seu batismo de fogo como Diretora. O episódio contribuiu para a discussão que levou, anos depois, em 1996, à sua inclusão na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória.

Outro marco importante foi, em 1993, a detecção dos primeiros casos de síndrome pulmonar por hantavírus no estado de São Paulo, na cidade de Juquitiba, um evento trágico que vitimou uma família inteira. Sem diagnóstico laboratorial disponível à época, a investigação contou com uma parceria feita junto à Faculdade de Saúde Pública e com o apoio do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos, que auxiliou no estabelecimento de protocolos e trouxe equipamentos de proteção individual para serem usados pelas equipes de campo.

Essa investigação envolveu deslocamentos para coleta e captura de roedores, identificação de espécies e análise das condições de transmissão. Uma vez em Juquitiba, constatou-se que alimentos como milho eram armazenados dentro das casas, atraindo roedores silvestres, dinâmica confirmada em 1995, quando novos trabalhos de campo ocorreram em Presidente Prudente, Ribeirão Preto e Araraquara, novamente com participação do CDC. A experiência marcou profundamente a carreira da Dra. Gizelda, que a considera a investigação mais relevante de sua vida profissional, também registrada em publicação científica.

O trabalho exigia tarefas diversas, desde palestras para médicos (incluindo traduções improvisadas de apresentações em inglês) até a execução de atividades operacionais como lavagem e preparo de armadilhas para captura de roedores, que utilizavam pasta de amendoim como isca. O produto precisou ser importado dos Estados Unidos, pois naquele momento não existia no mercado brasi-

leiro. As missões de campo, realizadas em condições adversas e de risco, consolidaram seu aprendizado em investigação epidemiológica, contando com apoio de colegas como a pesquisadora Luísa Madia de Souza, do Instituto Adolfo Lutz, cuja extrema competência Dra. Gizelda faz questão de sublinhar.

Ela recorda desse período como a “época áurea do CVE”, caracterizada por uma atuação direta e articulada com os municípios, examinando casos, oferecendo capacitações e orientando investigações epidemiológicas e laboratoriais. Tudo isso em um período anterior aos exames moleculares como PCR, quando se dependia unicamente do isolamento viral e da sorologia. Na sua avaliação, com o passar dos anos, o CVE perdeu parte desse protagonismo, cedendo espaço ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e reduzindo sua presença direta nos municípios, enfraquecendo o papel histórico dos CVEs como ponte entre a vigilância estadual e municipal.

Dra. Gizelda compartilhou também suas experiências com a leishmaniose visceral em Araçatuba. A Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) havia identificado na cidade a presença do mosquito transmissor, *Lutzomyia longipalpis*, mas não comunicou a descoberta ao CVE. Com casos de leishmaniose humana começando a surgir na região, a equipe do CVE, sem experiência prévia com a doença, seguiu as diretrizes do Ministério da Saúde, que incluíam a eutanásia de animais com sorologia positiva.

Além disso, na época a sorologia utilizada era imprecisa, resultando, muito provavelmente, na morte de diversos cães que não estavam realmente infectados. A situação levou a equipe a revisar o programa de controle da doença. Foi a primeira vez que trabalharam com geoprocessamento, realizando um inquérito canino em todo o município para identificar áreas com maior concentração de casos.

Dra. Gizelda também menciona a dificuldade de combate do Lutzomyia, pois o tempo necessário para o controle do mosquito era diferente do tempo necessário para o exame dos cães. Na época, não existiam tratamentos eficazes ou medidas preventivas em relação aos cães, então a equipe realizou um extenso inquérito casa a casa, coletando dados tanto de humanos quanto dos animais.

Nessa dinâmica, destacou-se a abordagem pioneira sob o conceito de Saúde Única, reconhecendo a interdependência entre homem, cão, vetor (Lutzomyia) e ambiente. Embora Dra. Gizelda reconheça os percalços dessa intervenção, ela enfatiza a necessidade de ações integradas que podem envolver desde medidas práticas, como o manejo adequado de lixo, até a melhoria no diagnóstico laboratorial e ampliação da participação de diferentes instituições, evitando a centralização excessiva das decisões em pequenos grupos técnicos.

Dra. Gizelda relembra um período particularmente difícil no controle da raiva na região das cidades de Mogi Mirim e Mogi Guaçu, quando também foi necessário proceder à eutanásia de muitos animais.

Dra. Gizelda faz questão de recordar outro grande desafio sanitário: a dengue. Ela explica que a Divisão de Zoonoses surgiu primordialmente para lidar com essa doença, embora atuasse sob a influência da SUCEN. Os primeiros registros de dengue no Brasil ocorreram em março de 1986, no Rio de Janeiro. Em São Paulo, a transmissão demorou a se estabelecer, o que evitou um surto explosivo imediato. A primeira epidemia paulista ocorreu em Guararapes, em área rural, com 46 casos, cenário incomum para a doença.

Foi apenas entre o final de 1990 e o ano de 1991 que a cidade de São Paulo registrou uma epidemia significativa, com cerca de 6.700 casos controlados em apenas seis semanas, a ponto de se cogitar a erradicação do *Aedes aegypti*, vetor também da febre amarela.

Já no final da década de 1980, preocupações com o *Aedes aegypti* motivaram uma proposta de vacinação em áreas infestadas pelo mosquito, inicialmente restrita às regiões de Araçatuba, São José do Rio Preto e Presidente Prudente. Após negociações, o estado de São Paulo obteve o controle da vacina, antes exclusivo da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), e realizou sua primeira campanha de vacinação contra a febre amarela, em 1987.

Em 1992, a SUCEN adotou uma estratégia inédita de combate à dengue: a aplicação massiva de inseticida em todo o estado, independentemente da confirmação de casos, o que contrariava os protocolos vigentes, mas resultou em anos subsequentes sem registros significativos da doença. Ainda assim, a relação entre os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs) e a SUCEN era marcada por tensões, sobretudo pela exigência de notificação rápida de casos suspeitos para viabilizar as ações de campo. A espera dos resultados laboratoriais para desencadeamento de ações de controle, como inseticida ambiental e as restrições para o uso de inseticidas limitado a casos confirmados, gerava conflitos operacionais. Dra. Gizelda conclui que, embora tenha aprendido muito com o enfrentamento da dengue, o período foi extremamente desgastante.

Em 2010, Dra. Gizelda transferiu-se para o Instituto Adolfo Lutz (IAL) para criar neste órgão um Centro de Respostas Rápidas, com objetivo de integrar a vigilância epidemiológica com laboratório de saúde pública para uma resposta mais oportuna. O período foi marcado por grandes desafios e barreiras que limitaram a implementação das ações planejadas. Foi um grande aprendizado sobre o funcionamento de um laboratório de Saúde Pública que é ao mesmo tempo um laboratório de pesquisa.

Posteriormente, Dra. Gizelda retornou ao CVE a convite da Dra. Ana Freitas. Sobre essa fase, relembrou o quanto apreciava tanto o trabalho de campo como as viagens para treinamentos, que mos-

travam-se mais realistas e efetivos, além do prazer derivado das investigações in loco e do contato direto com as equipes locais. A rotina dos dias de hoje, mais centrada em comunicações por e-mail e telefone, destaca, reduziu as oportunidades de se vivenciar e conhecer diferentes realidades e contextos, prejudicando a riqueza das análises e estreitando os horizontes de formação.

Entre suas últimas investigações de campo, Dra. Gizelda destacou a de arenavírus, realizada em janeiro de 2020, pouco antes da pandemia de Covid-19, ao lado do pesquisador Luiz Eloy Pereira e da pesquisadora Akemi, ambos já falecidos, episódio que guarda com emoção.

Dra. Gizelda relembra momentos marcantes de sua atuação na Central/CIEVS, destacando especialmente duas situações-chave: a visita do Papa e a Copa do Mundo, eventos que marcaram seu retorno ao CVE.

Na ocasião da visita papal à cidade de Aparecida, foi implantado pela primeira vez um sistema de monitoramento em tempo real de eventos de saúde, que também serviu como teste para o que seria feito durante a Copa do Mundo. O projeto contou com apoio do GVE, que facilitou o diálogo com o município, possibilitando a realização de capacitações e o uso de tablets para o registro de informações nas unidades de saúde.

Para viabilizar a coleta imediata de dados sobre ocorrências, como casos de diarreia, permitindo investigações rápidas, a experiência incluiu negociações com o Exército, responsável pelas tendas de atendimento médico. Curiosamente, apesar da preparação voltada para problemas como desidratação, uma vez que a região de Aparecida é tradicionalmente quente, o principal desafio foi a hipotermia, devido à chuva e ao frio inesperados, que afetaram peregrinos que aguardavam por horas para ver o pontífice.

Durante a Copa do Mundo, o envolvimento da equipe foi intenso, com plantões diários e ações voltadas às delegações hospedadas no estado. Houve integração com hospitais de referência e particulares, como o Hospital Santa Catarina, permitindo acesso direto aos prontuários para identificar situações atípicas. No aeroporto, o monitoramento era constante e diversas inovações foram implementadas, embora muitas não tenham tido continuidade após o evento.

Dra. Gizelda expressa frustração quanto à pandemia de Covid-19, que considerava o “grande ato” para o qual a Central vinha se preparando com o objetivo de colocar em prática todo o conhecimento acumulado para uma resposta a uma emergência de saúde pública. Divergências sobre qual sistema de informação seria utilizado diante da magnitude do número de casos comprometeram uma resposta mais ágil da Central/CIEVS. Ela avalia que o CVE poderia ter tido uma atuação mais integrada conforme sua essência de órgão de saúde pública.

Por fim, Dra. Gizelda presta uma homenagem ao Dr. Alexandre Vranjac. Descreve-o como um líder carismático, capaz de tomar decisões de forma autônoma e, mesmo gerando descontentamento inicial, conquistou a admiração de todos. Lembra de suas frequentes idas a campo e de sua habilidade em dialogar com diferentes perfis profissionais. Ela destaca o papel fundamental do Dr. Vranjac na criação do CVE, reunindo pessoas de diversas coordenadorias e estilos de trabalho, e de cuja história Dra. Gizelda é uma das grandes personagens.



Graziela Almeida da Silva

Febre purpúrica brasileira

Antes de tudo, gostaria de agradecer o convite da Dra. Inês Kazue Koizumi e à equipe responsável por esta publicação histórica. Muita alegria pelo reconhecimento desta médica sanitaria aposentada após 47 anos na Secretaria de Estado da Saúde, com histórias para contar e com grande orgulho por ter sido parte do grupo arregimentado pelo saudoso Professor Vranjac para criar o Centro de Vigilância Epidemiológica. Dr. Vranjac e eu nos conhecemos quando eu ainda era diretora do Centro de Saúde de Diadema. Havia investigado surtos de febre tifóide no município, com repercussão na imprensa. Ele enviou alunos da Santa Casa para conhecer de perto o meu trabalho de investigação.

Fui convidada a compartilhar minha experiência com a Febre Purpúrica Brasileira (FPB), surgida em 1984 e reconhecida como uma doença pediátrica fulminante, caracterizada por febre alta com rápida progressão para púrpura, choque e óbito, com a grande maioria dos pacientes tendo apresentado conjuntivite prévia.

Tendo sido treinada a escrever artigos científicos, manuais e documentos em estilo formal, não tenho o talento da diegese da crônica. Assim, peço desculpas por não usar o, digamos, humilde plural majestático e narrar em primeira pessoa, para ser mais direta, sem jamais esquecer que foi um trabalho com o envolvimento de inúmeros profissionais e instituições.

Em 1984, eu atuava como assistente técnica para assuntos de epidemiologia e vigilância epidemiológica do Prof. Nelson Ibañez, coordenador da Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Em outubro daquele ano, recebemos um telefonema do Hospital Geral de Promissão pedindo ajuda, pois haviam atendido casos de crianças com suspeita de meningococemia com evolução bastante rápida para óbito. Já haviam notificado o Centro de Saúde local e o Departamento Regional de Saúde 7, Bauru – DRS-7. O Dr. Carlos

Alberto Macharelli, responsável pela vigilância epidemiológica do DRS-7 foi à Promissão e orientou conduta para meningococemia.

Fui designada para viajar à Promissão, iniciando formalmente a investigação epidemiológica dos casos de óbitos. Levantamos todos os dez óbitos atendidos no hospital, fizemos visitas domiciliares procurando identificar algumas características comuns a todos eles. Havia relatos de ocorrência de casos de conjuntivite na cidade e antecedente nos casos de óbitos. Estabelecemos uma definição de caso suspeito e protocolo a ser seguido pelo hospital para todo paciente que lá chegasse com aspectos clínicos que se assemelhassem aos casos já atendidos. O protocolo foi centrado na coleta de exames para diagnóstico etiológico (sangue e líquido para cultura) e realização de necropsia para os óbitos.

Após essa visita, em reunião no Gabinete do Secretário da Saúde, os níveis centrais da Vigilância Epidemiológica, o Hospital Emílio Ribas (HER) e o Instituto Adolfo Lutz (IAL) foram envolvidos na investigação. No dia 1º de novembro de 1984, chegaram em Promissão um médico do HER; o Dr. Pedro Veneziani, assistente da Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC); e outros sanitaristas do Serviço de Epidemiologia e Estatística da CSC, que também foram envolvidos na investigação dos casos e nas condutas a serem tomadas. Várias hipóteses diagnósticas e condutas foram recomendadas. Todas elas etiológicas.

A partir da primeira semana de novembro de 1984, foi definida a internação de todos os casos com quadro clínico de febre de etiologia desconhecida e tratamento com a terapêutica estabelecida após a coleta de material para a realização de exames. Em caso de óbito, era necessário coletar sangue por punção cardíaca e encaminhar o material para necrópsia (foi definido para onde encaminhar já que o município não tinha esse serviço). Em 6 de novembro, foi realizada uma reunião no Gabinete do Secretário

de Estado da Saúde, Dr. João Yunes: foram oito casos em cerca de 15 dias. Foram formuladas as hipóteses diagnósticas e definição do papel de cada órgão.

Na primeira quinzena de novembro, quatro médicos do Serviço de Epidemiologia e Estatística da CSC realizaram um levantamento de alguns dados epidemiológicos dos casos e de morbidade da população de Promissão. Os médicos da cidade referiam aumento de casos de conjuntivite e os óbitos tinham histórico de conjuntivite. Inicia-se a coleta de secreção de conjuntiva dos suspeitos que chegam ao hospital para pesquisa de vírus e bactérias. Os materiais coletados são encaminhados para o IAL de Marília e São Paulo.

Na segunda quinzena de novembro, médicos clínicos e infectologistas foram escalados para continuar em rodízio no Hospital Geral de Promissão, permanecendo até 15 de dezembro, com o objetivo de orientar conduta para os pacientes suspeitos que chegassem ao hospital.

Em dezembro, inicia-se coleta de secreção de conjuntiva de pacientes atendidos no hospital e em crianças da periferia da cidade. Verifica-se crescimento de *Haemophilus* sp. em casos de conjuntivite clínica e na secreção de conjuntiva de suspeito da Febre Hemorrágica de Promissão (FHP). Mais tarde, a doença viria a ser denominada de Febre Purpúrica Brasileira (FPB).

No dia 17 de dezembro de 1984, há a ocorrência de um óbito em Promissão com quadro clínico semelhante. Foi feita a coleta de material de lesão de pele para cultura. Em janeiro de 1985, é realizado relatório pela CSC e DRS-7 (Bauru). O Centro de Controle de Doenças (CDC) de Atlanta, EUA, envia dois médicos para colaborar nas investigações. Em fevereiro, realiza-se uma segunda pesquisa de conjuntivite, ampliando-se para municípios vizinhos (Garça, Lins e Bauru), com coleta de secreção de conjuntiva. Os representantes do CDC participam daquela investigação, e levam para estudos mate-

rial de necropsias, soro e cepas isoladas de casos suspeitos da FHP e de conjuntivite, no primeiro e segundo inquéritos. De fevereiro a dezembro de 1985, não se verifica fato novo.

Em 31 de dezembro de 1985, é publicado o decreto de criação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, diretamente ligado ao gabinete do Secretário. O projeto de criação vinha sendo concebido e sua equipe articulada desde o segundo semestre de 1985 pelo Professor Alexandre Vranjac. Fui convidada por ele a assumir a divisão que lidava com a vigilância de agravos ligados à assistência hospitalar, tendo sido designada formalmente como coordenadora dos assuntos ligados à Febre Purpúrica Brasileira. Mais tarde, foi criada, a partir daquela área, a Divisão de Controle de Infecção Hospitalar do CVE, tendo eu sido sua primeira diretora, permanecendo no cargo por duas décadas.

Partindo desse resumo e para facilitar a contextualização do leitor, passo a apresentar um cronograma visando dar um panorama dos eventos desde os primeiros casos.

Novembro

- Dia 01/11 - Chegam a Promissão: um médico do HER, um assistente da CSC e uma médica sanitária do Serviço de Epidemiologia e Estatística da C.S.C. (Cpr.E.) para discutir os casos e as condutas a serem tomadas.
- Suspeita de rickettsiose. Terapêutica sugerida: ampicilina e cloranfenicol. A partir da primeira semana de novembro passou-se a internar todos os casos com quadro clínico de febre de etiologia desconhecida e tratar com aquela terapêutica.
- Dia 06/11 - Reunião no Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Dr. João Yunes: oito casos em cerca de 15 dias. Hipóteses diagnósticas e definição do papel de cada órgão.
- 1ª quinzena - Quatro médicos da Cpr.E. realizaram levantamento de alguns dados epidemiológicos dos casos e principais dados de morbidade da população de Promissão. Os médicos da cidade referiam aumento dos casos de conjuntivite na população e os casos de óbitos tinham história de conjuntivite.
- Inicia-se coleta de secreção de conjuntiva (para pesquisa de bactéria e vírus) entre os casos suspeitos que chegam ao hospital. Os exames são encaminhados para o Instituto Adolfo Lutz de Marília e São Paulo.
- Realiza-se o primeiro inquérito populacional sobre ocorrência de conjuntivite relacionada a FPB.
CONTINUA...

1984

- Dia 15/11: Médicos clínicos e infectologistas são escalados para

Novembro

-
- Dia 01/11 - Chegam a Promissão: um médico do HER, um assistente da CSC e uma médica sanitaria do Serviço de Epidemiologia e Estatística da C.S.C. (Cpr.E.) para discutir os casos e as condutas a serem tomadas.
 - Suspeita de rickettsiose. Terapêutica sugerida: ampicilina e cloranfenicol. A partir da primeira semana de novembro passou-se a internar todos os casos com quadro clínico de febre de etiologia desconhecida e tratar com aquela terapêutica.
 - Dia 06/11 - Reunião no Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Dr. João Yunes: oito casos em cerca de 15 dias. Hipóteses diagnósticas e definição do papel de cada órgão.
 - 1ª quinzena - Quatro médicos da Cpr.E. realizaram levantamento de alguns dados epidemiológicos dos casos e principais dados de morbidade da população de Promissão. Os médicos da cidade referiam aumento dos casos de conjuntivite na população e os casos de óbitos tinham história de conjuntivite.
 - Inicia-se coleta de secreção de conjuntiva (para pesquisa de bactéria e vírus) entre os casos suspeitos que chegam ao hospital. Os exames são encaminhados para o Instituto Adolfo Lutz de Marília e São Paulo.
 - Realiza-se o primeiro inquérito populacional sobre ocorrência de conjuntivite relacionada a FPB.
CONTINUA...

1984

-
- Dia 15/11: Médicos clínicos e infectologistas são escalados para
-

Novembro	permanecerem em rodízio no Hospital Geral de Promissão até 15 de dezembro, com objetivo de orientar conduta frente a suspeitos.
	• Dia 04/12 : início de ampla coleta de secreção de conjuntiva em pacientes atendidos no Hospital Geral de Promissão e em crianças da periferia da cidade. • A bacteriologista Maria Cristina C. Brandileone, do Instituto Adolfo Lutz, se integra à equipe já formada por epidemiologistas da CSC, clínicos do HER e do HGP para a coleta <i>in loco</i>.
Dezembro	• Verifica-se o crescimento de <i>Haemophilus sp.</i> em casos de conjuntivite e em suspeito de FPB. Posteriormente estas cepas são identificadas como <i>Haemophilus aegyptius</i> com as mesmas características daquelas que seriam isoladas em sangue e líquido de caso de FPB em 1986. • Dia 17/12: Ocorrência de óbito em Promissão com quadro clínico semelhante aos outros óbitos. Realizada coleta de material de lesão de pele para cultura com isolamento de <i>Haemophilus</i> identificado posteriormente com <i>H. aegyptius</i>.
<u>1985</u>	• Dia 02/01 : Relatório dos médicos sanitaristas Pedro Veneziani e Carlos Alberto Macharelli (CPR-E e DRS-7 respectivamente).
Janeiro	• A Dra. Claire Broome, do “Centers for Disease Control” (CDC - EUA), envia como representantes os médicos David Fleming e Seth Berkley para colaborar nas investigações.
Fevereiro	• Realiza-se a segunda pesquisa de conjuntivite relacionada a FPB ampliando-se para outros municípios vizinhos de Promissão (Garça, Lins e Bauru), com coleta de secreção de conjuntiva. Os representantes do CDC participam desta investigação e levam para estudos, material de necrópsias e soro dos casos, além das cepas

	isoladas de casos suspeitos de FPB e de casos conjuntivite no primeiro e segundo inquérito.
Dezembro	• É formalizada a criação, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, do Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE.
1986	• O Professor Alexandre Vranjac atribui a mim a coordenação das atividades relacionadas à FPB.
Fevereiro	• Início de treinamento das equipes de vigilância epidemiológica dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS - para suspeita de FPB em todos os casos de febre e manifestações hemorrágicas, notificação imediata por telefone para o CVE e as rotinas laboratoriais para investigação etiológica no primeiro atendimento.
1986	• Retorno do Dr. Berkley ao Brasil notificando o isolamento de <i>Haemophilus aegyptius</i> de amostras de secreção de conjuntiva, raspado de lesão cutânea de caso de FPB. Estes resultados são divulgados para todos os envolvidos na investigação.
Fevereiro	• Isolamento de <i>Haemophilus aegyptius</i> no líquido de uma criança que chegou em óbito no pronto socorro de Marília procedente de Fartura (Taguai).
Março	• Reunião técnica do CVE com as áreas de vigilância epidemiológica das regionais, em Campinas, com discussão e informes das demandas. A Dra. Ana Alice, da regional de Ribeirão Preto, relatou a notificação de três casos suspeitos de meningococemia em Serrana, iniciando aí a suspeita de FPB, dando-se início à organização da equipe de investigação. A Santa Casa de Serrana foi equipada para investigação etiológica de toda criança com febre. Inicia-se também a busca ativa de casos de conjuntivite.

Abril
Maio

- Identificado um surto de conjuntivite e FPB em Serrana.
- Isolamento de *Haemophilus aegyptius* no sangue e conjuntiva de casos de FPB, em caso de criança com febre e história de conjuntivite e de conjuntivite.
- Identificação de casos de FPB em diversas outras localidades do Estado de São Paulo com isolamento da cepa em sangue e líquido.

Junho
a

- Organização de Seminário pelo CVE para divulgar as recentes descobertas. O CDC, convidado a participar, enviou os Drs. Lee Harrison e Seth Berkley.

Dezembro

- Envio das cepas acompanhadas do protocolo de investigação epidemiológica para o CDC.
- Notificação de suspeitos de FPB e investigação de todas as notificações.

1987

- Além da vigilância dos suspeitos de FPB é iniciada a vigilância das conjuntivites.
- Teste em campo da reação de soraglutinação em lâmina para identificação rápida do clone invasor.
- Identificação de cepa com características do clone invasor, mas sem plasmídeo (Pradópolis).
- Introdução da rotina de reação de soraglutinação na vigilância das conjuntivites.
- Detecção precoce de cepa invasora em surto de conjuntivite.

1988

- Surto de conjuntivite e FPB no município de São Paulo (Bairro Tucuruvi), com início das investigações coordenadas pelo Dr. Julio Cesar de M. Alves, do CVE.

- Sou convidada (como representante do CVE/SES-SP) pelo

1989

Ministério da Saúde e pela Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Mato Grosso, coordenada à época por Ione Bortoloto, para investigar possível ocorrência de FPB naquele Estado. Na oportunidade a doença foi identificada.

- Durante as investigações, chama a atenção a grande quantidade de moscas *Hippelates sp* ao redor dos olhos de crianças. Alguns exemplares são capturados em placa contendo meio usado para semear secreção de conjuntiva. Este material é processado pelo Instituto Adolfo Lutz.
- Cresce *H.aegyptius* em hemocultura de criança com febre e antecedente de conjuntivite.
- Cresce *Haemophilus sp* nas placas “semeadas” com moscas.
- Identificado na região um surto de conjuntivite.

1990

- Após os resultados positivos, a Dra. Claire Broome, do CDC demonstra grande interesse em continuar colaborando, o mesmo acontecendo com o Instituto Adolfo Lutz.
- Com o apoio do CVE, a Secretaria de Saúde do Mato Grosso realiza seminário para profissionais de saúde. Nesta oportunidade juntam-se aos técnicos do CVE o Dr. Bradley Perkins do CDC e os pesquisadores Braz Mezzacapa e Maria Lucia Tondella, do Instituto Adolfo Lutz.
- Surto de conjuntivite e FPB em Cuiabá e outros seis municípios no Mato Grosso e em Valparaíso, SP.
- Iniciada coleta de moscas no Mato Grosso e São Paulo.
- Testa-se a rifampicina no tratamento de conjuntivites pela cepa invasora.
- Implantação de coleta de sangue, soro e líquido em crianças de até 10 anos admitidas em 26 hospitais do Polo Regional de Cuiabá

com hipóteses diagnósticas de FPB, doença meningocócica, septicemia, pneumonia ou febre a esclarecer.

- Contratação, pelo CVE, por meio do FESIMA (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), de serviço de assessoria da microempresa Paganelli Consultoria Ambiental S/C Ltda. para coleta e identificação das moscas *Hipellates*.

Isolamento de *H. aegyptius* clone invasor de macerado de moscas *Hipellates* coletadas ao redor de olhos de crianças do MT.

1991

- O CVE recebe a notificação de um óbito suspeito de FPB de criança proveniente de Maracajú, Mato Grosso do Sul.
 - O CVE é convidado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul a coordenar a realização da investigação epidemiológica. A doença é identificada também em Campo Grande e Naviraí.
-

- Realização de seminário pela Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul, para profissionais de saúde.
 - Junta-se à equipe local em Mato Grosso do Sul, a pesquisadora Roseli Cobozzanela, do Instituto Adolfo Lutz.
-

1992

- Confirmado um caso de FPB em Jaú, SP.
-

1993

- Confirmados novos casos de FPB em Maracajú, MS
-

1997

- Defesa da minha tese de Doutorado, com o título: “Febre Purpúrica Brasileira: uma contribuição aos conhecimentos clínicos e epidemiológicos de uma doença recém identificada”, pela Faculdade de Saúde Pública da USP, sob orientação do Prof. Dr. Oswaldo Paulo Forattini.
-

Como epidemiologista, não poderia deixar de encerrar com duas perguntas:

1. Por que o *H.influenzae* biogrupo *aegyptius*, de simples agente etiológico de conjuntivites sem maior gravidade, passa a ser um cruel ceifador de vidas?
2. Por que, até a publicação deste texto, desde 1993 não há mais relatos de casos de Febre Purpúrica Brasileira?

Depoimento redigido por Graziela Almeida da Silva, médica Sanitarista com Mestrado pelo Programa de Medicina Preventiva da USP e Doutorado em Saúde Pública também pela USP.



Helena Keico Sato

Pactuar para atuar

“**N**esse momento, é isso que temos”. Certamente esta não é a frase que um jornalista deseja ouvir enquanto tenta tirar de seu entrevistado mais algum dado para sua cobertura. Porém, para quem lida com situações altamente imprevisíveis como o surgimento e o desenrolar de uma epidemia e está sob os holofotes e câmeras da imprensa, esta é provavelmente a forma mais responsável de estabelecer um limite entre informação e especulação. Foram anos de prática diante de microfones e gravadores de jornalistas até que a autora desse verdadeiro bordão do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, a médica pediatra Helena Keico Sato, cunhasse essa expressão.

A Dra. Helena iniciou sua carreira na Saúde Pública por meio de um concurso do Instituto de Saúde. Ela está no CVE desde 1987, tendo ingressado na Instituição a convite do Dr. Glacus de Souza Brito para trabalhar na Divisão de Imunização, onde atuou como técnica e diretora. Nesses primeiros tempos, ela se recorda também da convivência com o Dr. Alexandre Vranjac, fundador do CVE, um profissional muito querido, não apenas pelo seu conhecimento técnico, mas por ser uma pessoa que agregava e acolhia sua equipe.

Dentro do Programa de Imunização, Dra. Helena destaca a atuação do Comitê Permanente de Assessoramento de Imunização (CPAI), que se reúne quinzenalmente para discutir pautas específicas da área. É um grupo que já teve como coordenadores responsáveis o Dr. Gabriel Oselka e, mais recentemente, o Dr. José Cassio de Moraes. Para a Dra. Helena, os encontros são oportunidades de estar em contato com pessoas com notório saber da área de imunização e que trazem conhecimentos que auxiliam nas ações da Divisão de Imunização.

Não se trata apenas de atuar em grandes emergências de Saúde Pública. O dia a dia do trabalho na Divisão de Imunização do CVE demanda a integração dos 645 municípios e dos 27 Grupos de Vi-

gilância Epidemiológica de São Paulo, a unidade mais populosa da federação, com as ações do governo do estado e com as diretrizes federais, uma vez que o Programa Nacional de Imunização faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Unir as três esferas de poder é, a um só tempo, requisito fundamental e enorme desafio profissional.

Dra. Helena faz questão de frisar que, nessa área, não se faz nada sozinho. São necessárias discussões tripartites para se determinar, a partir de critérios técnicos, as melhores estratégias para atender um público imenso e que se renova a uma taxa de 470 mil crianças nascidas a cada ano. Dentro dessa dinâmica, ganha importância o que a Dra. Helena chama de “SUS Invisível”, que é a articulação entre a capital do estado de São Paulo, 644 municípios e os 27 Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs) espalhados pelo estado com vistas a seguir as orientações tanto do Ministério da Saúde, como da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e que viabilizam as ações os municípios. Tudo realizado de forma pactuada entre os três níveis da administração pública.

Ela reforça que, em primeiro lugar, o que dá embasamento ao calendário vacinal é a situação epidemiológica das doenças. Dra. Helena exemplifica: quando há um surto de sarampo, pode haver a recomendação para que a vacina contra a doença seja aplicada em crianças a partir dos seis meses de idade, ainda que essa não seja a faixa em que a vacina produza a melhor resposta imunológica, iniciada após o primeiro ano de vida. No entanto, isso não impede que, nessa situação excepcional, um número maior de crianças esteja protegido.

Das campanhas de vacinação contra a poliomielite, Dra. Helena lembra que o próprio Dr. Albert Sabin, o criador da vacina em gotas contra a doença, participou de várias dessas iniciativas. Casado com uma brasileira, Dr. Sabin era uma figura muito simples. Ele adorava comer um x-salada em uma lanchonete do centro de São

Paulo. Terminado o lanche, era o momento sagrado de tirar uma soneca, antes de fazer as visitas aos locais de vacinação, que o cientista fazia questão de conhecer.

A última epidemia de febre amarela, ocorrida entre 2016 e 2018, levantou aspectos interessantes no campo da imunização. Dessa vez, a análise de possíveis eventos adversos que precisou ser considerada. Em casos raros, a vacina contra a febre amarela pode gerar reações neurológicas e viscerotrópicas. Por isso, a aplicação em grande escala do imunizante só se justificou pelo potencial risco que a dinâmica de transmissão da doença apresentou. Nesse processo, foram considerados os "corredores ecológicos", que eram áreas delimitadas com base nas mortes dos macacos, sendo assim prioritárias na vacinação contra a febre amarela.

Daí a importância de se monitorar os Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) para se ter um quadro preciso da segurança dos imunizantes e descartar reações não conectadas com a vacina, algo que ganha importância estratégica em um contexto de questionamento dos imunizantes e de divulgação de fake news sobre o assunto.

Dra. Helena lembra que é sempre importante destacar que os imunizantes são seguros e que, além deste controle pós-vacinação, toda vacina, antes mesmo de ser liberada, passa por três fases de testes em que o número de pessoas imunizadas aumenta gradativamente e os resultados, tanto de soroconversão ou soroproteção, ou de eficácia como de possíveis eventos supostamente atribuíveis às vacinas são rigidamente monitorados.

Mais recentemente, durante a pandemia de Covid-19, Dra. Helena vivenciou seu maior desafio profissional. Como membro da diretoria do CVE, ela fez parte do Comitê de Contingência criado pelo então governador João Doria. Esse Conselho era formado por especialistas de diversas áreas, acadêmicos e representantes de

secretarias do governo e de municípios que se reuniam para avaliar a situação epidemiológica do estado e decidir sobre a liberação ou não das atividades econômicas, educacionais e culturais do estado de São Paulo. Foi um período de intensa pressão. Fechar as portas do estado não é uma resolução fácil de se tomar e possui inúmeras implicações, porém todas as medidas restritivas foram determinadas com base em critérios técnicos e visando a segurança da população.

Por outro lado, os momentos mais alegres de sua carreira estão ligados aos amigos que fez durante sua trajetória, seja no CVE, seja no contato com os técnicos dos GVEs, dos municípios do estado e o reconhecimento do Ministério da Saúde. Carinho que é recíproco, como ficou demonstrado nas homenagens e aplausos que a Dra. Helena recebeu no Primeiro Simpósio Integrado de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo que reuniu membros dessas entidades. Um reconhecimento amplamente merecido.



Inês Kazue Koizumi

Paixão pela vigilância

E ditar um livro não é uma tarefa simples. Quando a publicação envolve a coordenação e a realização de dezenas de entrevistas, a situação fica ainda mais complicada. Agora, imagine fazer tudo isso pela primeira vez com mais de 70 anos de idade e sem formação na área editorial. Bem, se você for como a Dra. Inês Kazue Koizumi, vai encarar a empreitada com tranquilidade e bom humor.

Coube a ela, juntamente com a equipe técnica da Divisão de Desenvolvimento e Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia do CVE, organizar e realizar boa parte das entrevistas e coordenar o recebimento dos depoimentos do livro que você tem em mãos. Como tantas vezes em sua carreira, o desafio foi convertido em oportunidade. Nesse caso, em uma chance de reencontrar antigos e novos colegas e relemburar trajetórias tão importantes. Mas agora chegou sua vez de ser entrevistada.

Dra. Inês é médica sanitaria formada na Faculdade de Medicina de Sorocaba. Fez residência em Medicina Social na Santa Casa de São Paulo. Em 1976, prestou concurso como médica pediatra na Secretaria de Saúde do estado. Um ano depois, tendo prestado um segundo concurso, ingressou como médica sanitaria trabalhando no Centro de Saúde de Cangaíba, como chefe de seção técnica. Em seguida foi para o Centro de Saúde de Vila Santana que, à época, funcionava nos vestiários de um clube esportivo.

Era um período em que a tecnologia estava longe dos padrões atuais. A distribuição de imunobiológicos se dava sem o uso de uma rede adequada de conservação, os processos de armazenagem de vacinas e mesmo de higienização de instrumentos ainda eram bastante artesanais e até mesmo o número de linhas telefônicas nos centros de saúde era bastante limitado, alguns deles dependendo, inclusive, da boa vontade de vizinhos para anotar recados e viabilizar a conversa entre profissionais. Mesmo sem as condições ideais,

Dra. Inês recorda dessa época como um período em que era possível fazer muitas coisas pela população. Foi também nesse momento que ela acumulou muito aprendizado, seja no nível local, no trabalho direto com a população, ou na organização de uma rede de saúde.

Em 1980, foi realizada a primeira campanha nacional de vacinação contra a poliomielite (Campólio), envolta em muitas incertezas. Oriundas da experiência com a vacinação contra a epidemia de meningite ocorrida poucos anos antes e levada a cabo em parceria com o exército, as campanhas de vacinação, a começar pelos seus nomes, herdaram vários termos do jargão militar, como “estratégia”, “plano de operação”, “comando”, etc.

Para dar conta da primeira vacinação antipólio, foi necessário apelar para a criatividade e contar com certa dose de improviso. Casas, escolas e igrejas foram usadas como postos de vacinação. O comparecimento da população foi enorme, incentivado pela cobertura da mídia que, a cada entrada ao vivo, gerava nova onda de demanda nas unidades. Alguns locais ficaram desabastecidos e a Secretaria de Saúde providenciou um helicóptero para distribuir doses que eram jogadas das aeronaves para os funcionários em solo, emulando mais uma vez uma operação de guerra.

A partir dessa primeira experiência, foi possível estabelecer um calendário fixo para essas campanhas, que ocorreriam no segundo sábado dos meses de junho e agosto, datas que se tornaram sagradas para todos os envolvidos. Casamentos, batizados, férias e churrascos que esperassem. Seguindo parte do plano de ação para as campanhas seguintes, Dra. Inês fez contato com o Sport Club Corinthians Paulista, que disponibilizou seu campo de treinamento para que helicópteros pudessem pousar em caso de necessidade. O clube também se converteu em um dos postos de vacinação.

Mais uma vez, a carência de linhas telefônicas deixou suas marcas. Primeiro, porque era preciso dimensionar no orçamento das campanhas um certo valor para as fichas telefônicas a serem usadas nos telefones públicos, os famosos orelhões, de onde seriam transmitidos os dados sobre o andamento da campanha e a necessidade de novas doses. Posteriormente, foram disponibilizadas as chamadas LPs ou “linhas privadas”, espécie de linha direta que estabelecia a comunicação entre cada uma das 23 unidades de saúde da campanha e uma central. Seria uma inovação ainda mais interessante se os 23 telefones não ocupassem uma mesma mesa, o que dificultava muito saber qual deles estava tocando a cada chamada.

Para o resfriamento das vacinas que seriam distribuídas, os profissionais aguardavam a chegada de um caminhão que transportava grandes blocos de gelo que eram quebrados e ensacados artesanalmente, muito diferente dos caminhões refrigerados utilizados atualmente.

O pagamento para os participantes das campanhas era feito em dinheiro e no valor exato. O grande volume de notas, em quantidade precisa, era obtido em acordo prévio com agências bancárias. O valor transportado era alto e Dra. Inês recorda que, certa vez, o risco se transformou em ocorrência de verdade, quando a responsável administrativa e o motorista de seu posto foram assaltados.

Dois bandidos, sabendo da movimentação, seguiram o carro da Secretaria de Saúde que vinha do banco, uma nada discreta perua cor de laranja, que foi cercada na rua da unidade de saúde. O dinheiro foi levado junto com a funcionária, que foi feita de refém. Perdidos no bairro, os bandidos passaram novamente em frente à unidade, para espanto dos agentes de saúde que correram, a pé, atrás do veículo.

O filme policial com toques de comédia continuou com os ladrões dirigindo de forma atrapalhada. Eles bateram o carro em frente a uma escola e roubaram outro veículo. Ao entrar em uma rua na contramão,

despertaram a atenção de uma viatura do DSV, hoje equivalente à CET, que acionou a sirene. Assustados, os bandidos dispararam suas armas e feriram de raspão uma moça que estava em uma banca de jornal. A confusão só terminou quando o carro bateu em uma loja de louças. Os agentes de saúde conseguiram pegar um dos meliantes e recuperar metade do dinheiro. A outra metade ficou em posse do ladrão que conseguiu fugir. Ainda que muito assustada, a funcionária foi libertada sem ferimentos.

Apesar de todas essas incertezas, improvisos, estresse e até dos roteiros de cinema vivenciados, Dra. Inês faz questão de lembrar que essas primeiras campanhas ficaram marcadas como dias de festa, de intensa colaboração dos profissionais e da comunidade. Mesas de doces, feijoada e macarrão, que eram alguns dos pratos sempre encontrados nos postos de vacinação. E claro, foi neste período em que foram cumpridas importantes etapas para a erradicação da poliomielite no Brasil.

Antes de sua entrada no CVE, Dra. Inês se recorda da campanha de vacinação contra o sarampo ocorrida em 1987. Estava em suas mãos coordenar a imunização de todos os menores de quinze anos de vários bairros da Zona Leste da capital em um curto espaço de tempo. A campanha foi viabilizada com o empréstimo de equipamentos Ped-o-jet, as “pistolas” de vacinação, para executar uma campanha específica em escolas, uma semana antes de ampliar a ação para toda a população.

Dra. Inês ingressou no CVE em janeiro de 1990. Cerca de dois anos antes, ela havia conversado com o Dr. Alexandre Vranjac, que havia lhe convidado para integrar a instituição. No entanto, com o falecimento repentino do Dr. Vranjac, sua entrada teve de esperar um pouco.

Os dezesseis primeiros anos em que trabalhou no CVE foram como assistente da Diretoria, responsável pela macrorregião 1, que

engloba os municípios da Grande São Paulo, juntamente com o Dr. Aluísio Bichir. Foi uma fase de intenso aprendizado para a Dra. Inês, que pôde conhecer melhor todas as Divisões do CVE.

Nos dois anos seguintes, ocupou provisoriamente o cargo de diretora do CVE. Neste período, a lembrança mais marcante foi o apoio dos diretores e funcionários das Divisões do CVE, e como nomear todos seria impossível, a Dra. Inês preferiu citar a Dra. Gizelda Katz, a Dra. Elizabete Nunes, a Dra. Tereza Mitiko Omoto e a Márcia Benedita Oliveira para homenagear e representar todos os colegas e amigos que compartilharam esse breve tempo nessa função.

Em 1998, Dra. Inês, já na Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia, participou da reestruturação e relançamento do material do Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica (TBVE), processo coordenado pela Márcia Benedita Oliveira, que agora tinha como foco os municípios, com o objetivo de municipalizar as ações de vigilância.

Foi desenvolvido um curso intensivo de uma semana em que cinco monitores cuidavam da instrução de doze alunos. Em cada dia era apresentado um módulo de conteúdo. O programa acontecia em um hotel fora de São Paulo, longe do local de trabalho dos envolvidos. Os treinamentos ocorriam uma ou mais vezes no mês, o que obrigava toda a equipe a se afastar de suas famílias com essa frequência durante os seis anos de duração do treinamento. Foram anos em que muitos monitores participaram, como a Dra. Marilda Milagres, Dra. Márcia Caraça, Yiu Takabayashi, Dra. Neuma Hidalgo, Márcia Simonetti, Dra. Elizabete Nunes, Marinês Gonzalez, Akemi Fuonke, entre tantos colaboradores.

Às vezes, era necessário improvisar, como quando a equipe acabou desfalcada devido a uma confusão de calendário, e Dra. Inês teve de dar conta de algumas aulas com o auxílio de apenas uma colega. Respirando fundo e sem deixar transparecer o nervosismo,

as aulas correram sem maiores problemas. Tal qual artistas de teatro improvisando no palco, o treinamento aconteceu como se tivesse sido planejado daquela maneira, e o “público” não percebeu nada.

A experiência no TBVE chamou a atenção do Ministério da Saúde, que estava montando seu Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) e alguns módulos do curso foram elaborados por profissionais do CVE.

Em paralelo com as experiências do TBVE e do CBVE, Dra. Inês participou, a convite da Dra. Norma Medina, de uma pesquisa de prevalência do tracoma em crianças de quatro a dez anos no município de São Paulo. Mais de 30 mil crianças foram examinadas na cidade. Posteriormente, a pesquisa foi estendida e foram feitas amostragens de Norte a Sul do país. Trabalho que ficou marcado pela generosa parceria com a Dra. Norma, muito mais que uma colega, uma grande amiga.

Por conta desses três trabalhos, Dra. Inês viajou por quase todos os estados brasileiros, conheceu pessoas ótimas e colecionou histórias para contar, como a da profissional do Acre, que lhe contou que ia a cavalo realizar a vacinação em locais mais distantes porque seu chefe não lhe emprestava uma viatura, ou dos técnicos que iam até as aldeias indígenas do Amapá, sem prazo para voltar, muitas vezes perdendo festas de Natal com as famílias.

Mas não era apenas viajando o Brasil que Dra. Inês acumulava casos pitorescos em sua bagagem. Entre os anos de 1995 e 1996, a jornalista Monica Teixeira foi apresentadora do SBT Repórter, programa de reportagens investigativas e arriscadas. Nessa época, ocorria na República Democrática do Congo um grave surto de ebola, doença hemorrágica, contagiosa e com grande índice de letalidade.

A repórter decidiu, para desespero das autoridades sanitárias brasileiras, verificar a situação in loco e rumou com mais um cinegrafista e um auxiliar para a África. O retorno da equipe ao Brasil mobilizou o CVE e demandou um grande esforço de seus profissionais. Coube à Dra. Graziela de Almeida recepcionar o trio no aeroporto de Guarulhos para verificar o estado de saúde dos viajantes. Todos estavam bem, porém ainda tiveram de ficar em vigilância sanitária pelo período máximo de incubação da doença. Por duas semanas, viveram isolados e foram monitorados diariamente pela equipe da Central do CVE. Felizmente, nenhum deles adoeceu.

Em 1998, o CVE inaugurou seu atendimento telefônico 24 horas e coube à Dra. Inês a realização do primeiro plantão noturno. A expectativa era grande, pois não se sabia qual seria a demanda, que poderia variar desde eventos corriqueiros como denúncias sobre criadouros de mosquitos, ou um caso de botulismo que precisasse de investigação imediata (emergência que, com o passar dos anos, seria frequente em seus plantões). Porém, na primeira noite e para alívio geral, o telefone não tocou.

Para a Dra. Inês, os anos dedicados à saúde e ao CVE foram de imenso aprendizado, lembranças marcantes, construção de pontes de cooperação e de relações de afeto com equipes e pessoas apaixonadas por suas profissões. “O tempo rodou num instante nas voltas do meu coração”, trecho da música Roda Viva de Chico Buarque, retrata uma trajetória intensa, de se fazer muito com o pouco que se tinha, de renúncias pessoais importantes, mas repleta de conquistas que sublinham a importância e a beleza do caminho trilhado.



João Aquino Filho

A fidelidade como virtude da memória

Soa bastante óbvio que o caminho natural de uma pessoa para chegar a um hospital seja por meios próprios ou, em caso de emergência, ser levada por um parente, amigo ou uma ambulância. No entanto, a prática dos profissionais de saúde aponta que podem existir diferentes e surpreendentes maneiras de receber assistência de emergência.

Em meados dos anos 1980, um médico e uma enfermeira se dirigiram ao Jardim Rochdale, em Osasco, para realizar uma vacinação de bloqueio contra a difteria. O carro utilizado para o deslocamento até a região foi o singelo Fusquinha da enfermeira. Lá chegando, os dois se depararam com um caso sintomático da doença. Não havia tempo a perder. Era necessário levar o paciente ao hospital imediatamente e o valente Fusquinha da enfermeira foi convertido em ambulância com destino ao Hospital Emílio Ribas. Eram tempos heroicos.

O copiloto dessa inusitada viatura era João Aquino Filho, mais conhecido por seus colegas como Aquino. Formado em 1984 na 17ª turma da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, onde fez também a residência em Medicina Preventiva e Social, com área de concentração em vigilância epidemiológica.

Dr. Aquino iniciou sua carreira de médico sanitарista em dezembro de 1986 ao ingressar no CVE, nos primórdios da instituição. Ali permaneceu por dez anos. Ainda no CVE, ganhou uma bolsa para a realização de um curso de medicina do trabalho, uma das áreas em que atua no presente.

Hoje é consultor técnico legislativo em medicina do trabalho da Câmara Municipal de São Paulo, trabalha na Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) da Secretaria de Saúde de São Paulo como coordenador médico e é plantonista da Central de Transplantes.

Como integrante da velha guarda do CVE, Dr. Aquino tem lembranças marcantes de seu fundador, o Dr. Alexandre Vranjac. Recordações da graduação na Santa Casa, onde Dr. Vranjac, médico sa-

nitarista, fazia parte do corpo docente e dedicava grande ênfase nos aspectos sociais da formação dos futuros médicos, orientação compartilhada por todo departamento da instituição.

Dr. Vranjac tinha como uma de suas características a de demonstrar uma empatia muito profunda por todos em seu entorno. Era capaz de ver o potencial das pessoas e agir ativamente para desenvolver essas capacidades. Dr. Aquino testemunhou diversas vezes essa atitude e sente uma profunda gratidão e felicidade por ter podido trabalhar com ele. Inovador, Dr. Vranjac concebeu uma Central de atendimento no CVE que funcionava como um radar apto a detectar, nas várias regiões do estado, possíveis emergências, resultando na antecipação de ações e orientação para investigações, trabalho aprimorado pela integração com as diferentes Divisões do órgão. A própria criação dessas Divisões no CVE, como a de doenças ligadas ao meio ambiente, quando esse assunto ainda não estava na pauta da opinião pública, evidencia o perfil visionário do Dr. Vranjac.

Dr. Aquino viu na figura do Dr. Vranjac um exemplo de liderança a ser seguido: conciliador, afável, compreensivo, preocupado com o aprendizado e a formação contínua, além de hábil no relacionamento com a imprensa. Desde o início da instituição, ainda localizada no quarto andar do Hospital Emílio Ribas, e em meio ao aparecimento da dengue em São Paulo, o criador do CVE teve de suportar diversas pressões e superar inúmeras resistências sozinho. Dr. Aquino começou a trabalhar como plantonista da Central do CVE nessa época, cumprindo seu turno das 16h às 22h.

Nos dez anos em que foi coordenador da Central do CVE, Dr. Aquino participou da formação de equipes médicas especializadas. Em seus plantões de final de semana, executou ações de vigilância ligadas ao Hospital Emílio Ribas que consistiam na verificação sobre eventuais internações de algum caso de doença meningocócica ou de difteria no hospital. Em caso positivo, os comunicantes eram

chamados e entrevistados e era realizada a quimioprofilaxia. Em caso de pacientes positivos para difteria, também era feita a imunização de bloqueio da região afetada. Foi em uma dessas ações que ocorreu o caso relatado na abertura deste texto, e a enfermeira dona do lendário Fusquinha se chama Isabel Stefano.

Ideias criativas, mas que não duraram muito, também tiveram o seu lugar, como a realização de um pequeno jornal interno no CVE, a Semana Epidemiológica. Tratava-se de um impresso de uma folha de tamanho A4 com dados fornecidos pelas regionais do estado, que trazia informações de interesse da epidemiologia, como novos casos de doenças, surtos ou epidemias, espécie de antepassado dos clippings de hoje em dia, só que prescindindo do uso da imprensa. Dr. Aquino acabou enfrentando algumas resistências internas acerca do papel das Divisões e da Central do CVE e o projeto foi abandonado.

Por outro lado, a implantação de Núcleos de Vigilância em hospitais foi uma medida interessante e mais duradoura, propiciando a troca de informações entre essas instituições e o CVE de forma mais ágil e eficaz.

A curiosidade científica dos profissionais que trabalhavam na Central do CVE possibilitou a criação de uma biblioteca para guardar os exemplares do Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), relatório semanal do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos e da revista científica The Lancet, cujas assinaturas haviam sido viabilizadas com recursos do Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (FESIMA).

Posteriormente, outros volumes sobre epidemiologia e infectologia foram agregados à coleção, o que, em consonância com o pensamento do Dr. Vranjac, possibilitava tanto a formação contínua e aprimoramento do conhecimento médico como a consolidação de uma abordagem clínica dos problemas por parte dos membros do CVE.

Em 1988, durante uma epidemia de meningite B na cidade de São Paulo, Dr. Aquino foi designado pelo Dr. Vranjac para solucionar uma controvérsia que havia surgido na imprensa sobre uma diferença entre as declarações de óbito da doença e os dados da vigilância epidemiológica.

Dr. Aquino procurou mostrar à repórter de um grande jornal paulistano que havia um controle diário do número de casos por parte do CVE. Eles eram mapeados por rua. Mensalmente, era impresso, em cores diferentes, um mapa da grande São Paulo que ocupava uma parede inteira e mostrava a concentração dos casos, que ocorriam predominantemente em regiões periféricas. Além disso, Dr. Aquino teve o zelo de explicar à jornalista as características da doença e os cuidados do CVE no trato da situação. Para sua surpresa, no dia seguinte, a manchete que estampava a primeira página do periódico trazia algo como: “Não Há Controle dos Casos de Doença Meningocócica em São Paulo”.

O episódio, de contornos tragicômicos, teve pelo menos uma consequência positiva após uma reunião convocada pelo então Secretário Estadual da Saúde: a criação de um núcleo de informação com um médico sanitарista analisando as declarações de óbitos no Serviço Funerário do Município, que fazia uma estatística própria dos óbitos por meningite. Foi o início do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PROAIM) do município de São Paulo.

Todas essas são visões e histórias que trazem à tona a relevância de pensarmos e refletirmos a respeito do legado que recebemos e sobre aquele que passaremos adiante. Sobre a importância de sermos leais às nossas memórias e a todos que nos trouxeram até aqui e que nos ajudaram, pelo exemplo, pelo carinho e pela dedicação, a sermos quem somos.

Em uma época em que até os afetos parecem se liquefazer e que o passado perde seu aspecto referencial, Dr. Aquino ressalta a importância de reconhecer o caminho aberto pelo Dr. Alexandre Vranjac, forma de se manter fiel a seu antigo mestre e mostrar aos que estão chegando que, se hoje eles são capazes de enxergar mais longe, é porque estão em pé sobre os ombros de gigantes.



**José Olímpio Moura de
Albuquerque**

Minha trajetória no NIVE/CVE

Em 1992, mudei-me para o município de São Paulo, vindo do Rio de Janeiro — onde cursara a residência em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz — para trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde. O CVE sempre foi uma referência e foi por isso que, em 1994, prestei concurso para integrar seus quadros.

Iniciei o exercício no CVE em 22 fevereiro de 1996, uma quinta-feira, e fui nomeado diretor do Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica (NIVE) em 1º de agosto de 1997. A partir dessa nomeação passei a trabalhar em tempo integral no CVE.

No NIVE, o principal desafio era modernizar os sistemas de informação. O sistema de informação das Doenças de Notificação Compulsória (DNC), baseado essencialmente nas fichas de investigação de doenças e no SVE 2 e SVE 3. O SVE 2 era o livro para o registro dos casos notificados nas unidades de saúde e o SVE 3 era o registro de todas as doenças de notificação compulsória, por semana epidemiológica encaminhado, por meio de aerograma à Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo, PRODESP, para processar as informações.

Os dados processados pela PRODESP só ficavam disponíveis semanas depois da notificação. As fichas de investigação epidemiológica chegavam fisicamente às divisões do CVE, onde eram verificadas, corrigidas e digitadas em sistemas próprios de cada Divisão.

A percepção de que o sistema de informação vigente estava ultrapassado e era ineficiente já era unânime entre os técnicos do CVE, mas ainda havia uma preferência por desenvolver um sistema próprio, algo que, no entanto, não se concretizava. Quando cheguei, estava em andamento um estudo contratado junto ao Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), da Santa Casa, que visava definir os requisitos para o desenvolvimento de um sistema de informação que atendesse às necessidades do estado de São Paulo.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), já estava disponível, com sua primeira versão lançada em 1994. A questão do sistema de informação ganhou relevância em 1997, sendo discutida no Conselho das Vigilâncias, em março daquele ano. Diante da falta de alternativas disponíveis, foi criado no CVE, nesse mesmo ano, um grupo de trabalho (GT) para discutir a adoção do SINAN.

A epidemia de sarampo de 1997 foi um marco, pois mostrou que não era mais possível continuar sem um sistema informatizado para registro das notificações de doenças, e isso impulsionou a adoção do SINAN, que foi implantado para o sarampo ainda em 1997 e, no ano seguinte, expandido para os demais agravos. A única exceção foi a tuberculose, para a qual já existia o Epi TB, desenvolvido pela PRO-DESP e a Divisão de Tuberculose do CVE.

Outro sistema que também precisava de modernização era o de registro das doses aplicadas de vacina. Até 1997, as doses de vacina aplicadas eram registradas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que no estado de São Paulo, utilizava códigos desagregados por imunobiológico, tipo de dose e faixa etária. Em 1998, foi implantada em conjunto com a Divisão de Imunização, o sistema Avaliação do Programa de Imunizações (API), desenvolvido pelo Datasus, para o registro das doses aplicadas de vacina.

O planejamento e a implantação desses dois sistemas foram desafiadores: o CVE não possuía experiência na implantação de sistemas de informação descentralizados. Com o apoio dos Grupos de Vigilância das Diretorias Regionais (DIR), os municípios foram capacitados e receberam o suporte necessário para que os Grupos de Vigilância pudessem gerenciar os sistemas em suas respectivas áreas de atuação. Esse processo envolveu a resolução de problemas relacionados à instalação dos programas nas vigilâncias municipais, atendimento às dúvidas e erros comunicados. Além disso, foi necessário gerenciar a produção da informação: os Grupos de Vigilância recebiam os dis-

quetes dos municípios com os arquivos de exportação e encaminhavam esses dados para o CVE.

Visando a implantação do SINAN, foi realizado o planejamento junto ao CRT-DST/AIDS, que já havia iniciado a notificação dos casos de AIDS no SINAN, e junto ao Instituto Adolfo Lutz (IAL), na definição de um modelo de requisição de exames comum a todos os agravos de notificação, que passou a ser impresso junto com a ficha de notificação. Da mesma forma, era preciso encontrar, junto ao Datasus, a solução de implantação do API no município de São Paulo, dada sua estrutura descentralizada. Com a Divisão de Imunização do CVE foi realizado o desenho de um novo mapa diário de registro das doses aplicadas em cada sala de vacina.

Prévio à implantação dos sistemas, foi necessário desenvolver soluções para gerenciar os processos no CVE, que compreendia a capacitação da própria equipe do NIVE para realizar um conjunto de atividades que incluía a capacitação no uso dos sistemas e a capacitação para o suporte aos usuários no uso dos sistemas, organizar a distribuição dos programas de instalação e suas sucessivas atualizações, e a impressão e distribuição das fichas de notificação pré-numeradas. Além disso, foi necessário capacitar os Grupos de Vigilância e os municípios na análise de dados dos casos notificados no SINAN, utilizando o Tabwin (aplicativo desenvolvido pelo Datasus para a tabulação de dados do SINAN e de outros sistemas de informação nacionais). Essas atividades se estenderam pelos anos seguintes à implantação dos sistemas.

O NIVE também desempenhava um papel ativo na interlocução com as equipes do Datasus e do Ministério da Saúde, realizando testes e apontando problemas nas versões disponibilizadas dos sistemas, e também contribuiu para o desenvolvimento da versão Windows do SINAN, que foi implantada no ano 2000, com renovados esforços de treinamento e disponibilização dessa nova versão em todo o estado de São Paulo.

Outro marco importante foi o desenvolvimento da página do CVE na internet, em um momento em que a própria SES ainda não tinha uma página oficial. Contamos com o apoio da equipe do NIVE, que se reinventou como editores da página (Zilda Maria de Souza e Marcos Rosado), por meio de programação web e produção de conteúdo gráfico. A primeira página do CVE surgiu devido à necessidade de divulgar dados sobre a epidemia de sarampo, que gerava grande demanda da imprensa. Em 1997, a infraestrutura de TI permitia a publicação de uma página na internet a partir de um computador conectado à rede. Foi assim que foi desenvolvida a primeira versão da página do CVE, tendo por base um tutorial adquirido e livros sobre desenvolvimento e publicação web. A versão inicial não tinha um domínio próprio e foi publicada em julho de 1997. O endereço era o IP do computador que hospedava a página (<http://200.144.32.6> depois respondendo pelo nome atribuído <http://florencia.cves.sp.gov.br>). Mais tarde, o site passou a ter um domínio próprio: www.cve.saude.sp.gov.br. A página do CVE continuou a ser editada no NIVE por um bom tempo, até ser incorporada ao site da Secretaria da Saúde. Infelizmente, nenhuma imagem dessa primeira versão foi preservada. A versão mais antiga recuperável no Internet Archive é de 1999 e pode ser acessada em <https://web.archive.org/web/19991103073527/http://www.cve.saude.sp.gov.br>.

Esse período em que atuei como diretor do NIVE (1997–2003) foi extremamente enriquecedor profissionalmente e determinou a minha atuação na área de informação em vigilância em saúde.

Depoimento redigido por José Olímpio Moura de Albuquerque Médico Sanitarista da SES/SP e da SMS/São Paulo



**Laedi Alves Rodrigues,
Pepita - Maria Josefa Penón Rújula
e Vera Maria Neder**

Enfrentamento da tuberculose: memórias, inovações e desafios

Abrir o computador, checar a câmera e o microfone. Acesar o e-mail com o link da reunião. Uma última conferida no visual antes de ingressar na sala virtual para cumprimentar os colegas já presentes. Quase todo mundo está familiarizado com esse ritual que marcou o trabalho remoto durante a pandemia de Covid-19 e que, desde então, se popularizou como uma maneira de discutir temas importantes no trabalho.

A reunião de hoje é muito importante. Nela, três das mais destacadas profissionais que marcaram a história do enfrentamento da tuberculose pelo CVE vão se encontrar com as diretoras das Divisões de Tuberculose e de Desenvolvimento e Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia da instituição, além de profissionais de outros setores e alguns estagiários. Porém, quem imagina que a pauta a ser tratada seja alguma emergência e que o clima reinante seja marcado por aquela tensão característica que precede a tomada de decisões importantes, enganou-se. Hoje é dia de festa e a maior dificuldade é fazer com que os microfones de todas as convidadas funcionem a contento.

As médicas sanitaristas Laedi, Vera e Maria Josefa, a Maria Josefa Penón Rújula, reuniram-se com suas colegas, novas e antigas, para rememorar suas trajetórias no programa de combate à tuberculose do CVE.

Dra. Laedi Alves R. dos Santos possui Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Trabalhou no CVE por mais de 30 anos.

Vera Maria Neder Galesi iniciou suas atividades no estado de São Paulo em 1979. Ela foi Chefe de Seção Técnica do Centro de Saúde do Real Parque, depois foi diretora do CS-1 de Santo Amaro. Entrou no CVE em 1988 e assumiu a direção da Divisão de Tuberculose da instituição em 1994. Vera também possui Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

Maria Josefa Penón Rújula, a Pepita, começou sua carreira na saúde paulista em 1982, tendo coordenado o laboratório do Complexo Hospitalar do Mandaqui, e foi professora de microbiologia, período que marcou seus primeiros trabalhos relacionados à tuberculose. Coordenou o laboratório de microbiologia do Instituto Clemente Ferreira e ingressou no CVE em 1987, permanecendo desde então na instituição.

Dra. Vera e Dra. Laedi começaram a enfrentar a tuberculose em 1976, antes da criação do CVE, quando a doença era tratada em dispensários. Foi um período marcado pela grande centralização e hospitalização dos doentes. Também é característica dessa época a enorme quantidade de esquemas terapêuticos para o combate da doença, com uma infinidade de drogas, interações e dosagens. Levantamentos feitos apontam o emprego de mais de 130 tratamentos diferentes nesse momento!

Posteriormente, o combate à tuberculose passou para os Centros de Saúde e, em 1979, os remédios para a doença deixaram de ser vendidos em farmácias. Em 1981, foi criado um grupo técnico de tisiopneumologia sanitária, na Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e um grande mutirão foi realizado para centralizar o atendimento e rever todos os prontuários dos pacientes.

A partir desse levantamento, foi estabelecido um protocolo de tratamento que empregava apenas duas drogas, ministradas em um mesmo comprimido, durante seis meses, o chamado “tratamento curto”. Esse trabalho representou um grande avanço para o combate à tuberculose no estado de São Paulo.

Dra. Laedi lembra de dois marcos internacionais importantes para o cuidado com a tuberculose: a emergência da Aids, ainda na primeira metade dos anos 1980, momento de grandes incertezas e que, em boa medida, só iria se dissipar com o surgimento das primeiras drogas eficientes no tratamento do HIV, em meados dos anos 1990.

Posteriormente, em 1993, por conta do aumento do número de casos de tuberculose nos Estados Unidos, a Organização Mundial da Saúde declarou a doença como emergência mundial, o que serviu de oportunidade para o aprimoramento dos programas de combate à doença. Dois anos depois, surgiu a estratégia de tratamento diretamente observado da tuberculose (DOTS).

No Brasil, a municipalização do tratamento, ocorrida no final da década de 1980, foi muito importante para que os pacientes não precisassem mais ser internados. Foram escolhidos municípios prioritários, o que tornou a coordenação do programa contra a tuberculose muito mais efetiva.

Já no CVE, Laedi, Vera e Maria Josefa Penón Rújula, além de outras profissionais que administravam e executavam o programa, receberam do então Secretário de Saúde de São Paulo, Dr. José da Silva Guedes, o título de Liga Feminina Contra a Tuberculose, sendo chamadas informalmente pelo Secretário de “as garotas do programa”, apelido que, após certa resistência, acabou assumido pelo grupo com bom humor.

Dra. Vera lembra que o dia 24 de março, Dia Mundial de Combate à Tuberculose, também era oportunidade para a realização de eventos que traziam visibilidade à causa.

Importante frisar que o monitoramento dos casos da doença também evoluiu enormemente no decorrer das últimas décadas. Partiu-se do uso de prosaicas fichas amarelas, preenchidas uma a uma, para o desenvolvimento de sistemas informatizados. Primeiro, concentrados na Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo, a PRODESP e, depois, armazenados em um banco de dados próprio, o EPI-TB, montado aos moldes do Epi Info, programa desenvolvido pelo Centers of Disease Control and Prevention, o CDC dos Estados Unidos. Nesse processo, as figuras de Luís Barros de Araújo e Marinez Leorati foram centrais para a concepção de um sistema dialógico que possibilitou a integração de Centros de Saúde, autoridades municipais e penitenciárias.

Embora o EPI-TB representasse um aprimoramento importante, seria somente com a implantação do TB-WEB, em 2006, já em um contexto de popularização da internet, que o número de casos e sua evolução poderiam ser acompanhados de forma mais eficiente. Internações, curas e até mesmo o encarceramento de pacientes, uma vez que as penitenciárias são um local importante de contaminação, passaram a ser monitorados de forma muito mais ágil e com a coparticipação de diversos agentes.

Paralelamente, vários sistemas surgiram para medir a busca de casos suspeitos de tuberculose e, mais recentemente, outros que notificavam os tratamentos de infecções latentes ou daqueles que apresentavam resistência aos medicamentos preconizados, algo que costuma ser verificado quando o doente abandona a terapêutica antes do prazo recomendado.

Dra. Vera faz questão de assinalar que a busca ativa de casos viabilizada por essas ferramentas proporcionou grandes avanços no combate à tuberculose, e virou modelo de sucesso nacional e internacional, divulgado, inclusive, em congressos que atraíram a atenção da Universidade John Hopkins, dos Estados Unidos. Ao mesmo tempo, destaca a importância da retaguarda que o conjunto de laboratórios regionais e os da rede do Instituto Adolfo Lutz davam ao programa. Ali eram realizados exames de baciloscopia. Algumas dessas instituições também faziam exames de cultura e testes de sensibilidade.

Já a Dra. Maria Josefa Penón Rújula lembra do importante papel do Instituto Adolfo Lutz também na criação de protocolos e treinamento de outros laboratórios e supervisão da qualidade dos exames realizados.

Adicionalmente, a capacitação de pessoal foi um elemento-chave para o programa, com a criação de um curso de gestão das ações contra a tuberculose que tinha como público-alvo os futuros coordenadores regionais. Primeiramente feito em conjunto com a Universidade Federal de São Paulo, a Unifesp, contou depois com convênio da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A criação de sistemas de informação, em paralelo à realização de fóruns sobre a doença, deu origem a uma interessante estratégia: a premiação de municípios e instituições que mais se destacavam na descoberta de novos casos ou no número de pacientes efetivamente curados. Secretários de Saúde, prefeitos, funcionários das Unidades Básicas de Saúde e diretores de penitenciárias se orgulhavam e exibiam suas conquistas. Nas penitenciárias, especialmente, a premiação tinha efeito motivador que gerava grande engajamento nas ações desenvolvidas.

Aliás, com o desenvolvimento do programa, somado à análise de dados empíricos e de pesquisas mundiais, ficou claro que um combate mais efetivo à tuberculose só teria sucesso se fosse dispensada atenção especial às penitenciárias.

Mais uma vez, o treinamento foi decisivo. Médicos do sistema prisional paulista foram instruídos a respeito da importância do diagnóstico e acompanhamento desses pacientes. A busca de casos, o tratamento diretamente observado e o reconhecimento feito por premiações, como detalhado acima, levaram a uma melhoria considerável do quadro e foram altamente recompensadores para o programa.

Locais de convívio confinado são sempre foco de atenção. Surtos de tuberculose podem afetar desde moradores de cortiços até bebês em uma maternidade, como o ocorrido em Campinas no ano de 2012, quando pelo menos 30 crianças adoeceram após uma enfermeira doente contaminar o berçário do Hospital Madre Theodora. A situação não foi mais grave porque as autoridades municipais e pediatras agiram rapidamente. Cerca de mil recém-nascidos foram examinados e os doentes tratados.

Atualmente, os maiores desafios para o combate à tuberculose apresentam-se em diversas frentes, que vão desde as sociais, como uso imoderado do álcool e algumas clínicas que fornecem trata-

mento para dependentes químicos de forma inadequada, passando pela população em situação de rua e por fenômenos circunstanciais e imprevisíveis como a pandemia de Covid-19, que afastou os doentes dos postos de saúde, chegando até a questões acadêmicas e a pouca atenção que a doença tem recebido nos currículos das faculdades de medicina.

Por outro lado, em que pesem as melhorias já alcançadas, o tratamento da tuberculose latente ainda precisa ser aperfeiçoado. Além disso, o desenvolvimento de um tratamento mais curto, mais rápido que os atuais seis meses nos quais o doente precisa tomar uma dose diária de medicamentos, representará um enorme avanço estratégico contra a tuberculose, pondera Dra. Vera. Isso porque além do período prolongado, o fato de os sintomas da doença desaparecerem logo nos primeiros quinze dias é a principal causa do abandono do tratamento e do reaparecimento da doença em sua forma resistente.

Para finalizar, é importante fazer um pequeno balanço dessa trajetória. Para a Dra. Maria Josefa Penón Rújula, participar por 40 anos do programa de combate à tuberculose foi como fazer parte de uma família muito unida, uma atividade realizada com grande amizade e amor. O senso de comunidade também é lembrado pela Dra. Laedi, que destaca a parceria interna, entre a equipe da Divisão de Tuberculose do CVE e a externa, com o apoio de municípios, Centros Regionais de Saúde e penitenciárias que se engajaram nessa tarefa com grande carinho e empatia para com os doentes, grupo formado em sua grande maioria pelos membros mais vulneráveis de nossa sociedade. O afeto mútuo e a garra para trabalhar de toda a equipe do CVE são lembrados pela Dra. Vera, que recorda das visitas a hospitais, sanatórios e penitenciárias, que fizeram de sua passagem pelo programa uma etapa marcante e recompensadora.



Marco Antônio de Moraes

30 Anos de atuação

O relato de minha trajetória na Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis tem início no ano de 1995, quando fui convidado pela Diretora desta Divisão na época, Dra. Célia Medina, para trabalhar na área de Controle do Tabagismo. Naquele momento, eu estava atuando no Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp junto com a professora e epidemiologista, Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros, realizando ações antitabágicas assim como apoiando a Dra. Vera Luiza da Costa e Silva (Coordenadora do Programa Nacional de Controle do Tabagismo) nas ações de fortalecimento deste referido programa do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde.

Atuei como Coordenador do Programa Estadual de Controle do Tabagismo por um período de dez anos aqui no Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), o que me levou a realizar Mestrado e Doutorado nesta área. Investi fortemente nestas ações na Secretaria Estadual da Saúde em três principais canais: Unidades de Saúde, Escolas e Ambientes de Trabalho, capacitando na época 85% dos municípios de nosso estado nesta temática.

Todo o aprendizado adquirido na coordenação deste importante fator de risco levou a Dra. Vilma Pinheiro Gawryszewski, diretora de nossa Divisão na época, a me apoiar na área de Promoção da Saúde, sendo que já em 2008 iniciei a elaboração de uma proposta da Política Estadual de Promoção da Saúde, que serviu de referência para atuação nesta atividade. Em 2009, criamos o Observatório de Promoção da Saúde, aqui no CVE, bem como iniciamos a realização anual dos Encontros Estaduais de Promoção da Saúde até a atualidade, credenciando esta Divisão como área responsável por esta atribuição de alta relevância dentro da Secretaria de Estado da Saúde.

No ano de 2010, fui convidado a substituir a Dra. Vilma, que iniciou forte atuação junto à Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em Washington, nos Estados Unidos e, no ano seguinte, assumi oficialmente a Diretoria Técnica desta Divisão, função que exerço até os dias de hoje.

Nestes 15 anos frente à Coordenação da Divisão de Doenças Crônicas e 30 anos de experiência no CVE realizamos inúmeros projetos: Avaliação em Promoção da Saúde; Vigilância de Fatores e Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis-VIGITEL/SP; Determinantes da implementação das redes de vigilância, proteção e assistência às pessoas em situação de Violência; Estudo Sócio Econômico dos Acidentes de Trânsito no Estado de São Paulo; Comunicação em Acidentes de Trânsito; Educação à Distância para Prevenção de Acidentes com Motociclistas; Plano de Ações Municipais de Prevenção e Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Levantamento da Continuidade da Assistência à Saúde para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos serviços de saúde do estado de São Paulo; Inteligência Artificial para tomada de decisões no atendimento às DCNT nas Redes Regionais da Atenção à Saúde, Inteligência Artificial na predição de Violência de repetição, entre outros.

Eventos: inúmeros na área de Controle do Tabagismo, da Alimentação Inadequada, da Inatividade Física, Alcoolismo, Obesidade, Câncer, Doenças Cardíacas, Diabetes, Violências e Acidentes de Trânsito, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) entre outras.

Diferentes capacitações: Treinamentos, Congressos, Seminários, Simpósios, Oficinas, Fóruns e Encontros Estaduais e inclusive internacionais. Elaboramos vários artigos ligados às DCNT e Promoção da Saúde publicados em diversas revistas indexadas, escrevemos livros e capítulos de livros (em conjunto com instituições de

elevado renome nacional), elaboramos manuais e informes técnicos; realizamos inúmeros vídeos e webconferências sobre o controle e enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e da Promoção da Saúde e participamos intersetorialmente em construções docentes/assistenciais que elevaram a qualidade técnica, a visibilidade e o reconhecimento desta Divisão, no cenário estadual e nacional, na Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e seus fatores de Risco e Proteção, assim como na área de Promoção da Saúde.

Outra grande contribuição desta Divisão foi a minha participação, intra e intersetorial, com diferentes interfaces junto ao Grupo Técnico Interprofissional (GTI) desta Secretaria na qual atuo como vice coordenador, junto aos 14 Conselhos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, atuando também com o Grupo Condutor de Doenças Crônicas, o Grupo de Condições Climáticas, o Grupo de Desospitalização, o Grupo de Combate às Violência e o Grupo de Atenção aos Idosos, somados ao Conselho de Segurança Alimentar e ao Grupo de Atores Estratégicos em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (GAEPICS) de nosso estado.

Em seus mais de 30 anos, essa Divisão contou com sete diretores técnicos e inúmeros profissionais de saúde de diferentes áreas técnicas (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Educação em Saúde, Sociologia, Nutrição, Serviço Social e Pedagogia), além de vários servidores administrativos (Oficial Administrativo, Oficial de Saúde e Escriurário) que, com a somatória de seu esforços e conhecimentos e saberes específicos, trouxeram benefícios técnicos/científicos que minimizaram os efeitos danosos provocados pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Tais enfermidades crônicas constituem, atualmente, o grupo de doenças com a mais elevada proporção de mortes e adoecimentos em nosso planeta e em nossas realidades locais.

Desafios expressivos ainda se manifestam no cotidiano dos atores sociais envolvidos no enfrentamento e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, assim como no cenário daqueles que advogam pela promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, e o contínuo desenvolvimento de algumas etapas aqui realizadas certamente contribuirão para um futuro mais exitoso deste árduo, mas gratificante trabalho, pois os resultados alcançados certamente vão alavancar a qualidade de vida dos usuários de nosso SUS/SP.

Depoimento redigido por PROF. DR. MARCO ANTÔNIO DE MORAES

Enfermeiro Sanitarista, Ocupacional e Epidemiologista;

Doutor e Mestre em Saúde Pública;

Comendador em Saúde e Segurança do Trabalho.

Docente de Pós-Graduação em Enfermagem e

Diretor Técnico da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis- DCNT/CVE



**Maria Cláudia Corrêa
Camargo**

O
conhecimento
é a chave
para a
excelência

Colaborar com a escrita de um livro de memórias é também uma oportunidade para revermos nossa trajetória. Muitos profissionais que passaram pelo CVE tiveram essa oportunidade por conta deste projeto que celebra seus quarenta anos. É uma felicidade recordar os esforços, as conquistas, e mesmo as dificuldades superadas e os desafios a serem vencidos.

Lembramos de lugares que fizeram parte de nosso cotidiano e de pessoas que nos marcaram. Porém, ainda mais gratificante do que lembrar, é sermos lembrados por alguma qualidade. Foi o que ocorreu com a Dra. Maria Cláudia, uma das profissionais mais citadas por seus colegas como uma profissional acolhedora que sempre esteve disposta a orientar todos aqueles que a procurassem.

Maria Cláudia Corrêa Camargo é médica sanitaria formada pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e realizou pós-graduação em epidemiologia na Faculdade de Saúde Pública da USP. Foi diretora de um Centro de Saúde do Distrito de Santo Amaro, na capital. Entre 1980 e 1986, trabalhou na Coordenadoria de Informação em Saúde (CIS), onde realizou uma especialização em Vigilância Epidemiológica. Em 1986, foi chamada para ser Diretora de Doenças de Transmissão Respiratória do CVE, a convite de seu fundador, o Dr. Alexandre Vranjac.

Dra. Cláudia recorda que o Dr. Vranjac era uma pessoa excepcional. Além de dominar o conhecimento técnico, era acolhedor, tinha empatia por todo mundo, alguém que conversava e ensinava. Dra. Cláudia acredita que não tenha trabalhado com outra pessoa tão especial e vê como legado do Dr. Vranjac para sua equipe a importância da seriedade, da responsabilidade e do estudo.

Esse último aspecto Dra. Cláudia considera essencial para o trabalho desenvolvido no CVE. Fosse para o relacionamento com a imprensa, fonte de certa apreensão e desconfianças mútuas, fosse para discutir casos com colegas, participar de comissões estadu-

ais e federais, ou elaborar ou reelaborar manuais de doenças, foi sempre imprescindível manter uma formação contínua e realizar muitos estudos.

Para a tomada de decisões, além da formação teórica, havia ainda uma etapa trabalhosa a ser feita: a análise manual de todas as fichas de doenças de notificação compulsória, algo de grande volume, especialmente se levarmos em conta as doenças de transmissão respiratória. A condução responsável dos profissionais do CVE consolidou uma relação de confiança e respeito com os secretários de saúde do estado de São Paulo e o órgão pôde desfrutar de grande autonomia e ter suas decisões acatadas pelo governo estadual, mesmo que às vezes contrariando interesses políticos locais.

Dra. Cláudia lembra que a excelência e relevância dos trabalhos realizados pela Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, fossem estudos epidemiológicos, fossem levantamentos de soroprevalência, também rendiam publicações nas mais respeitadas revistas científicas, como a “The Lancet” ou em boletins da Organização Mundial de Saúde (OMS), o que ajudava a formar, por meio da análise de acertos e erros, um acúmulo de conhecimento que servia de repertório paradigmático para as decisões seguintes.

Dra. Cláudia faz questão de ressaltar grandes parceiros nessas empreitadas, como a Faculdade de Medicina da USP e, em especial, o Instituto de Medicina Tropical da USP e o Instituto Adolfo Lutz.

Um desses levantamentos foi feito em 1985 para aferir a cobertura vacinal do sarampo. Os índices estavam muito abaixo do desejável, e foi empreendida em uma grande campanha de vacinação contra a doença realizada em 1987 em crianças e adolescentes entre os nove meses e 14 anos de idade. Os números subiram substancialmente, atingindo patamares superiores a 90% não apenas no ano da campanha, mas também em anos seguintes.

Em 1989 o desafio enfrentado foi um aumento expressivo de meningite B. Com os números de casos e óbitos em crescimento e sem um imunizante aprovado para a doença, ganhou força a ideia de testar, mediante consenso da comunidade científica e rigoroso acompanhamento, uma vacina desenvolvida por cientistas cubanos que, segundo informações prestadas por eles, teria alcançado índices de eficácia superiores a 80% em testes locais. Em São Paulo, a vacina foi aplicada em menores de sete anos e, infelizmente, os números não foram tão animadores. A vacina cubana atingiu, em média, uma eficácia em torno de 50%.

Dra. Cláudia recorda que, nos anos seguintes, os profissionais do CVE continuaram atendendo a surtos de meningite, marcando presença, trabalhando e trocando experiências com equipes do nível local em diversos municípios do estado de São Paulo.

Em 1992, com os casos de sarampo sob controle em São Paulo, Dra. Cláudia relata uma iniciativa inovadora do CVE para o controle da síndrome da rubéola congênita. Para tanto, foi decidido que no lugar da vacina aplicada no estado durante a campanha nacional contra o sarampo, seria utilizada a tríplice viral, que combate, além do sarampo, a rubéola e a caxumba. Restava, no entanto, estabelecer com precisão o público-alvo da ação.

Depois do desenvolvimento de modelos matemáticos em parceria com o Departamento de Informática da Faculdade de Medicina da USP e com o Instituto de Medicina Tropical, decidiu-se pela aplicação indiscriminada da vacina tríplice viral em crianças entre um e dez anos de idade. Entre os onze e os catorze anos só receberia a vacina quem não tivesse sido vacinado contra o sarampo ou tivesse recebido sua dose antes da campanha de 1987.

O estabelecimento dessa faixa etária levou em consideração resistências à aplicação, uma vez que ela era erroneamente associada ao início da vida sexual, e possíveis complicações advindas da

imunização de mulheres que não soubessem que estavam grávidas. Estudos posteriores também coordenados pela Faculdade de Medicina da USP mostraram a eficiência da estratégia.

Após dez anos da exitosa campanha de vacinação contra o sarampo ocorrida em 1987, São Paulo enfrentou uma nova epidemia da doença. A epidemia de 1997 foi de grandes proporções e, para ajudar a combatê-la e compreender o que precisava ser feito para prevenir novas ocorrências do tipo, foi realizada uma grande pesquisa de campo coordenada pela Dra. Cláudia. Concluiu-se que a cobertura vacinal havia diminuído, porém não a níveis alarmantes.

Boa parte desses não vacinados eram pessoas de áreas rurais ou vindas de outros estados que migraram para São Paulo, suscetíveis à infecção, especialmente crianças menores de cinco anos, o que fez com que o número de casos aumentasse expressivamente em variadas faixas etárias. O estudo foi fundamental para aprofundar a compreensão do fenômeno.

Dra. Cláudia faz questão de ressaltar a relevância de todas essas pesquisas e estudos, fonte de credibilidade para o trabalho dos profissionais de saúde pública como um todo e do CVE, em particular. Afinal, não basta realizar ações, é preciso planejá-las e analisar sua eficácia, corrigir rumos, aperfeiçoar estratégias e insistir nos acertos que, justamente por essa mentalidade, tornam-se cada vez mais frequentes.



**Maria do Carmo
Rodrigues dos Santos
Camis**

É entre os
bons que
nos tornamos
melhores

Não existe um curso, técnico ou universitário, para formar diretores de Divisão de uma instituição como o CVE. A graduação na área da Saúde, por vezes somada a uma especialização ou curso técnico em Epidemiologia, costuma ser o predicado comum a quem exerce essa função. Este é o caso de Maria do Carmo Rodrigues dos Santos Camis, dentista de formação e técnica em Epidemiologia, que entrou no CVE em 2014.

Assim como dizia o grande poeta Carlos Drummond de Andrade, “amar se aprende amando”, Maria do Carmo logo percebeu que a descoberta de como dirigir uma Divisão do CVE também ocorre na prática.

Em julho de 2015, devido à sua experiência prévia como coordenadora do programa de DST-Aids do município de Arujá, somada à sua atuação no Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) de Mogi das Cruzes com Hepatite, Maria do Carmo assumiu a Divisão de Hepatites virais do CVE. Porém, sua estada ali seria de curta duração. Seis meses depois, ficaria encarregada da recém-criada Divisão de Arboviroses.

Colocada em funcionamento em 2014 na esteira do acompanhamento dos casos de dengue, esta nova Divisão do CVE logo enfrentou dois novos desafios, a Chikungunya e a Zika, doenças também transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*.

A Chikungunya e a Zika são ótimos exemplos do comportamento pouco previsível de epidemias de arboviroses. O surgimento de casos de Chikungunya na Baixada Santista indicava o seu espraiamento para a capital e região metropolitana, o que, no entanto e felizmente, não foi observado. Da mesma forma, a Zika chamou a atenção dos especialistas pela maneira repentina tanto de sua chegada quanto de seu súbito desaparecimento, o que dificultou, inclusive, a realização de estudos mais amplos que pudessem ajudar na compreensão de sua relação com casos de microcefalia em recém-nascidos.

Recordando de seus primeiros tempos no CVE, a Dra. Maria do Carmo revela que se sentia tímida para se posicionar em um ambiente de pessoas mais experientes e de personalidade forte. Nesse cenário, buscou sempre o diálogo e o fortalecimento de vínculos com a equipe, bem como o entrosamento entre diversos níveis de combate a epidemias, especialmente no que diz respeito à coordenação de trabalho entre a vigilância estadual e as ações realizadas pelos municípios e suas respectivas responsabilidades.

Por outro lado, em momentos de "calmaria", nos chamados intervalos interepidêmicos, procurou coordenar ações para, com a somatória de aprendizados e conhecimento técnico acumulado, responder de forma mais eficiente às próximas ocorrências, sempre procurando levar em conta a realidade das diversas regiões dos 645 municípios de São Paulo. Encarar esse desafio foi a grande fonte de realização profissional de Maria do Carmo enquanto esteve à frente da Divisão de Arboviroses.

Quando se pensa não apenas no combate a epidemias já em curso, mas na vigilância de casos de doenças de interesse, também é preciso levar em conta, e este é um grande desafio, as ações tomadas nessas diferentes cidades. Por exemplo, o cuidado na contratação e capacitação de laboratórios para a realização de exames que fornecerão os dados epidemiológicos precisa ser enorme, sob pena de se navegar às cegas.

Aperfeiçoar a integração entre diferentes instituições também é fundamental, estratégico e complexo, uma vez que envolve a tomada de decisões abrangentes, como a utilização de determinada ferramenta, caso, por exemplo, do emprego ou não de um teste rápido para a detecção de uma enfermidade. Essa decisão precisa ser subsidiada por uma complexa teia de conhecimentos técnicos e específicos e uma visão de conjunto que nem todos os profissionais envolvidos possuem ou enxergam necessário possuir.

Nesse momento, Maria do Carmo aprendeu a dialogar e negociar para poder encontrar, como diz, “o seu jeito possível de acontecer” e administrar, seja os momentos mais tranquilos de prevenção, seja o caos de uma epidemia instalada. Isso significa também aprender os próprios limites de ação e saber que algumas coisas estão além de nossa capacidade de interferência, o que não impede que se busque sempre uma forma de avançar, evoluir e fazer prevalecer o que se sabe como mais adequado e correto tecnicamente.

E é justamente esse ânimo, essa vontade e esse entusiasmo para o enfrentamento de dificuldades que precisa mover o profissional do CVE, órgão de excelência cujo banco de dados e expertise são capazes de surpreender cientistas de instituições renomadas como os da Universidade de Oxford, na Inglaterra, que ampliaram seu conhecimento acerca de arboviroses junto ao CVE.

E foi com ânimo, vontade e entusiasmo que Maria do Carmo contribuiu com o constante acúmulo de conhecimento que caracteriza o CVE e a Epidemiologia de uma forma geral, em que métodos e abordagens são estruturantes e podem ser empregados em diferentes contextos, formando um know-how tão estratégico quanto precioso no enfrentamento das mais diversas epidemias, legado que precisa ser reconhecido, valorizado e transmitido para as novas gerações de técnicos e pesquisadores.



**Maria Lígia Bacciotte
Ramos Nerger**

Avanços e desafios nas campanhas de imunização em São Paulo

Entre 2017 e 2018 o estado de São Paulo viveu momentos de muita tensão por conta de uma epidemia de febre amarela. Quando a vacinação começou em 2017, algumas regiões do estado, incluindo a Grande São Paulo, não tinham recomendação de vacinação contra a febre amarela (FA) e com muitas pessoas suscetíveis. Naquele momento crucial havia uma dificuldade do único laboratório produtor da vacina de FA em produzir as doses necessárias para atender à demanda nacional e internacional.

O quantitativo reduzido de doses fornecido pelo laboratório produtor ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) obrigou o desenvolvimento de estratégias para vacinar as pessoas com maior risco de contrair a doença, como: a utilização dos corredores ecológicos (áreas ou municípios com continuidade de vegetação) onde há morte de primatas não humanos (PNH) por FA, mosquitos silvestres e proximidade de áreas urbanas; a campanha de vacinação utilizando a dose fracionada (1/5) da vacina FA; entre outras. No entanto, mesmo com uma comunicação de risco por parte do estado e dos municípios afetados naquele momento, a falta de doses causava alvoroço entre a população.

Apesar do esforço das equipes de vacinação capazes de vacinar até 10 mil pessoas em apenas uma unidade durante um único dia, foram vistas cenas de atropelo, como a de um pai que, após o posto de vacinação ter fechado, tentou passar seu filho pela grade do prédio e entregá-la a uma pessoa para que a criança pudesse receber a vacina, ou até mesmo casos de profissionais de saúde ameaçados de agressão quando as doses se esgotavam. Foram momentos difíceis antes que a epidemia fosse controlada.

Essa é apenas uma das recordações de Maria Lígia Bacciotte Ramos Nerger, enfermeira com especialização em Saúde Pública e Epidemiologia e que coordenou, no período de setembro do ano 2000 a julho de 2019, o Programa Municipal de Imunizações (PMI) de São Paulo. Atualmente, Ligia é Diretora Técnica da Divisão de Imunização do CVE.

Ela começou sua carreira na cidade de São Paulo, em 1990, na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Capão Redondo, unidade municipal de saúde localizada na área de abrangência da Administração Regional de Saúde de Campo Limpo (ARS-10) e do Escritório Regional de Saúde de Santo Amaro (ERSA 8). Na vigência do PAS (Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de São Paulo), Ligia foi convidada para trabalhar no NEPI Butantã.

Durante a epidemia de sarampo em 1997, toda a parte da vigilância epidemiológica, no município de São Paulo, era realizada pelos NEPIs – Núcleos de Epidemiologia Pesquisa e Informação, responsável pelas medidas de controle. Foram realizadas vacinações até em período noturno das escolas. A epidemia seria controlada quando a população a ser vacinada fosse limitada às crianças de seis meses a menores de cinco anos.

Ligia lembra que, de forma pioneira no Brasil e por iniciativa do CVE, desde 1992 o imunizante utilizado no estado de São Paulo tanto nas ações de rotina como em várias campanhas de vacinação contra o sarampo foi a vacina tríplice viral (que protege contra sarampo, caxumba e rubéola). Esta vacina só seria incorporada ao calendário de vacinação nacional em 2004.

Em 1998, Ligia foi convidada para integrar a equipe de imunização do Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação (CEPI), quando foi capacitada para operar o Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações (API) com a implantação do registro informatizado de doses de vacinas aplicadas no estado de São Paulo.

Em 15 de maio de 1997, foi promulgado o Decreto Municipal nº 36.851 que instituiu a Vacinação do Idoso na Capital com a aplicação das vacinas Influenza, pneumocócica 23-valente e dupla adulto (contra o tétano e a difteria), para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Em 1998 foi realizada a primeira campanha municipal de vacinação contra a influenza, que representou um grande

desafio logístico para o município de São Paulo. O município fez a aquisição das vacinas contra a influenza e pneumocócica 23-valente para aplicação nos idosos e o próprio laboratório fabricante se encarregou do armazenamento e distribuição dos imunizantes às regionais de saúde da administração direta (ARS) e terceirizadas (Módulos do PAS). Durante os três meses de ação, eram feitas entregas diárias, previamente quantificadas pela equipe do PMI, às regionais de saúde (ARS e Módulo do PAS) para posterior entrega às diferentes unidades de saúde.

Um ano depois, iniciou-se a campanha nacional de vacinação contra a influenza para pessoas maiores de 65 anos. No entanto, a capital garantiu imunização também para a faixa a partir dos 60 anos.

É importante assinalar que essas primeiras campanhas de vacinação contra a influenza marcaram também o surgimento de fake news contra o imunizante, vítima das mais diversas teorias da conspiração divulgadas pela mídia. Um prenúncio do que veríamos depois, em escala muito maior, durante a pandemia de Covid-19.

Porém, uma pesquisa revelou os fatores que mais afastaram o público-alvo dos postos de saúde nesses primeiros anos, sendo o medo das reações adversas que a aplicação do imunizante poderia causar o mais importante, fazendo com que muitas pessoas acreditassem que a vacina causava a doença, sem entender que a discreta e eventual reação era muito mais branda que as complicações de uma gripe. Somava-se a isso o fato de que esse público não recebeu recomendação dos seus médicos para se vacinar. Essas duas frentes foram combatidas na divulgação das campanhas seguintes, o que fez o índice de participação aumentar expressivamente.

Foi nessa época que foi elaborado um projeto de uma central municipal de armazenamento de imunobiológicos, câmaras frias capazes de estocar adequadamente todas as vacinas disponibilizadas na capital. A iniciativa contou com o apoio do CVE para realizar

articulações junto a um consultor da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). A execução do projeto contemplava a capacidade de armazenagem por um período de dez anos prevendo, inclusive, a incorporação de novos imunizantes ao calendário, como era o caso da vacina contra a febre amarela nesse momento.

Foi encaminhada uma solicitação junto à Coordenadora do PNI para firmar uma parceria com liberação de recursos e execução do projeto. Também aconteceu uma reunião entre o Secretário Municipal de Saúde e engenheiros da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), capacitados pela OPAS. O projeto final, como contrapartida do município, acabou estruturando os Postos de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (PADI) em cinco regionais que, à época, coincidiam com as divisões administrativas do nível estadual. A primeira câmara, existente já em 1997 na zona norte da cidade, ganharia a companhia de outra na Rua do Sumidouro, zona oeste, depois nas zonas leste, sul, sudeste e, por fim, em 2016, foi inaugurada a Central Municipal da Rede de Frio, o Centro de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CADI), construído com recursos próprios do município.

Em 2001, sob orientação do CVE, foi lançada a primeira campanha de vacinação contra a rubéola em mulheres em idade fértil. Foram realizadas ações em faculdades e universidades, tanto públicas como privadas. Para isso, foi feito um levantamento das unidades deste tipo de estabelecimento de ensino na cidade e as equipes tiveram de se mobilizar para aplicar os imunizantes mesmo durante o período noturno.

Tempos depois, em 2008, foi realizada uma nova campanha contra a rubéola, agora com homens e mulheres de 15 a 39 anos como público-alvo. Estratégias inovadoras foram empregadas, como a vacinação loja a loja, ou seja, equipes de vacinadores se deslocavam para os centros comerciais e aplicavam a vacina nos traba-

lhadores em estabelecimentos comerciais, estratégia reconhecida pela OPAS. Outras táticas foram importantes para o alcance da meta de vacinação, como a vacinação em supermercados, casas noturnas e, em coordenação com o governo estadual, em estações de metrô e postos do Poupatempo. Aos sábados, o Instituto Pasteur, na Avenida Paulista, também fez parte da ação. O uso dessas estratégias foi comunicado à OPAS, estabelecendo um modelo a ser copiado por outros países do continente.

Já os dias nacionais de vacinação contra a poliomielite, lembra Ligia, eram oportunidades para que o estado de São Paulo realizasse campanhas próprias de multivacinação que tinham como objetivo a atualização da caderneta de vacinação das crianças.

Em 2009, o surgimento da gripe suína (H1N1) representou mais um desafio logístico para a imunização no município de São Paulo. A doença apareceu no segundo semestre, após o calendário sazonal de vacinação, terminado em maio. Simplesmente não havia disponibilidade de vacinas. Foi nessa época que o Instituto Butantan, em tempo recorde, construiu uma fábrica de imunizantes contra a influenza H1N1. De início, priorizaram-se os grupos de maior risco, como crianças e idosos, e depois, à medida que a disponibilidade de imunizantes aumentava, expandiram-se os grupos atendidos.

Para Ligia, o CVE é, desde sua criação, um órgão de suma importância para saúde pública e para o setor de imunização em particular, não apenas pela investigação de surtos e combate às epidemias, mas principalmente pelo pioneirismo de suas recomendações, como a de novas vacinas, de esquemas vacinais diferenciados e de notificação e investigação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV), que recentemente receberam a denominação de eventos supostamente atribuíveis a vacinação ou imunização (ESAVI).

Após muitos anos à frente do Programa Municipal de Vacinação de São Paulo, Ligia é a atual Diretora da Divisão de Imunização do CVE.



**Mirian Martho de
Moura**

Imunização e pioneirismo

Muitos pais costumam levar seus filhos para conhecer seus personagens infantis favoritos, seja em famosos parques no exterior, ou mesmo em modestos circos espalhados pelo Brasil. Se o encontro puder ser realizado em um estúdio de televisão, a magia tende a ser maior ainda.

Não foi exatamente isso que ocorreu com Mirian, então enfermeira do CVE e sua filha. Em uma das várias ações que realizava para a divulgação de campanhas de vacinação, ela levou a criança como acompanhante aos estúdios do Sistema Brasileiro de Televisão (SBT). Lá chegando, a menina pôde ver de perto a Vovó Mafalda, da turma do palhaço Bozo, famosa personagem interpretada pelo ator Valentino Guzzo.

Nos bastidores da emissora, a visão da “Vovó” sentada em um canto, fumando um cigarro, quebrou o encanto do universo televisivo e assustou um pouco a garota. No entanto, esse pequeno e folclórico trauma infantil foi largamente compensado pelas inúmeras ações que Mirian fez em prol da imunização de crianças de São Paulo e do Brasil.

Mirian Martho de Moura é enfermeira em saúde pública. Aposentada do serviço público, é consultora independente em imunização, área em que atuou ao ingressar no CVE, ainda nos primórdios da instituição, a convite do Dr. Glacus de Souza Brito e do Dr. Alexandre Vranjac. Anteriormente, havia sido eleita por seus colegas como enfermeira-inspetora alocada no Departamento Regional de Saúde 1 (DRS-1), época em que travou os primeiros contatos com o Dr. Vranjac, que, por sua vez, dirigia o Centro de Saúde Escola da Barra Funda.

Mirian foi a primeira enfermeira a ingressar no CVE. Nessa época, as coberturas vacinais estavam bem abaixo dos índices recomendados, frequentemente situando-se entre 40 e 50% do público-alvo, cifra que, na melhor das hipóteses, atingia 60%. Diante desse quadro e ainda em uma fase em que o CVE estava se estruturando, Mirian participou, em meio a reuniões e discussões democráticas, da criação da Divisão de Imunização da instituição.

Durante uma campanha de controle do sarampo, foi a responsável por trazer para o CVE outras companheiras da enfermagem. Contrastando com os números modestos de campanhas anteriores, em apenas quinze dias milhões de pessoas foram vacinadas contra a doença.

Mirian e suas colegas viajaram para as mais variadas e distantes regiões do estado de São Paulo para realizar treinamentos in loco sobre imunização e cadeia de frio, ainda que as condições de transporte nem sempre fossem as mais tranquilas e seguras, fosse por conta do veículos disponíveis ou da condução nem sempre sóbria dos motoristas.

Nessas jornadas, Mirian percebeu que não estava na posição de ensinar e que o processo de aprendizagem é dialógico e horizontal. Vivenciou, na prática, a importância da troca, de aprender para poder ensinar. Porque é conhecendo os contextos particulares que se encontra a melhor forma de, com os recursos disponíveis e conjuntamente, organizar e construir uma nova realidade.

Essa postura ajudou a criar vínculos que ainda se mantêm vivos com membros de diferentes equipes, a começar pelo próprio grupo de enfermeiras do CVE, coordenado por Mirian e pautado pelo comprometimento e qualidade técnica. Todo o trabalho prático era complementado por uma visão acadêmica do Dr. Glacus, que atuava fortemente na orientação de pesquisas e publicação de trabalhos.

Em uma iniciativa pioneira, o CVE se destacou na notificação e investigação de eventos adversos relacionados a vacinas. O programa começou com um caso envolvendo o filho de um funcionário, que apresentou um quadro preocupante após receber uma vacina. Dr. Glacus foi um dos investigadores e se dedicou a entender esse evento, levando à descoberta de uma síndrome hipotônica hiporresponsiva. A discussão sobre eventos adversos, que até então não eram amplamente reconhecidos, avançou significativamente e contou com a colaboração internacional de importantes laboratórios.

Eventos graves, como o de uma criança que faleceu após a vacinação, foram investigados minuciosamente, revelando causas externas como sufocamento acidental. Outro caso de encefalite por herpes também foi esclarecido, evitando atribuições errôneas à vacina.

Em 1991, o programa foi implantado em Brasília, expandindo a discussão sobre o assunto a nível nacional. Dessa forma, o CVE se consolidou como vanguarda na investigação e notificação de eventos adversos de vacinas, estabelecendo um marco importante na saúde pública.

Devido às ações da equipe do CVE, o estado de São Paulo foi palco de outros avanços importantes na área de vacinação, com iniciativas pioneiras que tiveram reflexos e serviram de modelo para todo o Brasil. A imunização contra a hepatite B que começou a ser feita na região Norte passou a ocorrer em São Paulo, inicialmente focada em hemofílicos, e foi gradualmente ampliada para outras populações, medida que foi, posteriormente, empregada no restante do país. A vacinação com a tríplice viral também foi feita primeiramente em São Paulo, e depois adotada pelas demais regiões brasileiras. Tarefa que foi seguida de uma extensa pesquisa realizada em todas as escolas do município de São Paulo.

Devido ao alto número de casos e mortes por tétano no estado, a vacinação contra a doença também teve um papel crucial, sendo realizada, em um primeiro momento, em hospitais. A notícia da morte do Dr. Vranjac chegou durante uma reunião sobre esse assunto. Ele participou ativamente das discussões e do processo de implementação dessas mudanças até o dia de seu falecimento.

Expandida para o restante do Brasil a partir da iniciativa paulista, Mirian recorda que a vacinação contra o tétano se mostrou uma oportunidade para o aperfeiçoamento dos processos de armazenamento e transporte, com a criação das primeiras câmaras de vacina para evitar que o imunizante congelasse e perdesse sua eficácia.

Todas essas medidas que foram importantes para a saúde pública também ampliaram o contato do CVE com a sociedade civil. Campanhas de vacinação realizadas em escolas mobilizavam as equipes das unidades de saúde que se somavam a diretores pedagógicos e professores engajados no processo, que muitas vezes terminava em confraternizações e almoços celebrados por todos os envolvidos. Da mesma forma, a imunização contra a hepatite B para os hemofílicos foi porta de entrada para o relacionamento com organizações que defendiam os direitos desse grupo.

Mirian lembra também do processo de criação do famoso Zé Gotinha. Ligado diretamente às campanhas de vacinação contra a poliomielite, o personagem foi concebido inicialmente para incentivar não uma campanha em particular, mas para impulsionar o aumento da cobertura vacinal como um todo. Seu nome foi escolhido por meio de um concurso nacional, no qual cada estado mandou sua sugestão, tendo prevalecido o nome indicado pelo Distrito Federal. O primeiro boneco do Zé Gotinha foi feito no Paraná.

Durante uma campanha de vacinação contra o sarampo, empresas farmacêuticas e até mesmo uma do setor de sorvetes chegaram a colaborar cedendo câmaras frias para o armazenamento de imunizantes. Atuando diretamente para transformar essa realidade, Mirian foi uma das criadoras do Centro de Distribuição e Logística Edmundo Juarez (CDL) e responsável pela implementação de uma cadeia de frio para o armazenamento e distribuição de vacinas em São Paulo.

Para tanto, aperfeiçoou-se em logística, participou de treinamentos na área e visitou centros de distribuição de empresas particulares. Com independência e autonomia, Mirian coordenou e integrou discussões que estabeleceram os parâmetros técnicos para o funcionamento do Centro.

Não se limitando apenas aos imunizantes, o CDL também esteve na vanguarda da distribuição de materiais para a hemodiálise e no

gerenciamento da armazenagem e distribuição de medicamentos de alto custo. Mais uma vez, o trabalho de São Paulo serviu de modelo para o restante do Brasil, com a expertise desenvolvida pelo CVE sendo implementada pelo Ministério da Saúde em outros estados.

Tudo isso foi realizado em uma época em que recursos técnicos eram bastante limitados. Mirian lembra de uma situação inusitada quando um cientista canadense lhe pediu o número do fax do CVE. Não se sabia nem qual era a finalidade do aparelho, cujo único exemplar então disponível na cidade de São Paulo encontrava-se no prédio do Correio Central.

Com a experiência acumulada, Mirian foi chamada para prestar assessoria para o Ministério da Saúde, o que lhe deu oportunidade de viajar por diferentes cidades brasileiras e de ser convidada para coordenar o Programa Nacional de Imunização da instituição.

Em sua trajetória, Mirian estabeleceu diversos marcos e desempenhou as mais variadas funções para a saúde pública. Ela foi a primeira a implementar a utilização de seringas descartáveis para a vacinação no estado de São Paulo, quando ainda trabalhava na DRS-1 e, tempos depois, chegou até a servir de modelo para um dos cartazes de uma campanha de multivacinação. Ela é apaixonada por sua profissão e vibra pelo que faz. Orgulhosa do pioneirismo paulista e de tudo que pôde realizar e conquistar à frente do CVE, é a pessoa que representa o perfil dos profissionais que atuam na vigilância em saúde do nosso estado.



**Mirta Alcira Ferro
Rodrigues da Silva**

Monitoramento e investigação de riscos ambientais

Desde sua criação no CVE na década de 1980, a Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente (DOMA) tem procurado sempre atingir o objetivo maior referido como mantra da vigilância epidemiológica: informação para ação.

A divisão desenvolveu trabalhos inicialmente muito atrelados à saúde dos trabalhadores expostos ao risco e aos diversos contaminantes nas áreas internas dos complexos industriais e dos trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos.

A ausência de bancos de dados apropriados para o uso em investigações de saúde de populações expostas a fatores não biológicos, obrigando a procura de dados pulverizados em diferentes órgãos externos no setor saúde e coletados para outros fins, e ainda a formação de pessoal na área de vigilância epidemiológica causada em doenças transmissíveis e imunopreveníveis, evidenciou a premente necessidade de formação de pessoal na área para dar conta do trabalho nessa divisão. Da década de 1990 até os primeiros anos deste milênio, a formação de técnicos de vigilância epidemiológica foi priorizada na DOMA.

Na primeira década de 2000, a DOMA, junto com técnicos de vigilância sanitária, discutiu e organizou uma ficha de investigação para intoxicação por agrotóxicos que, posteriormente e com apoio da diretoria do CVE, foi introduzida no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e passou a integrar a lista de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) de todo país.

Com a cooperação da diretoria do CVE, de diretores e técnicos dos centros de intoxicação distribuídos pelo estado de São Paulo, a DOMA coordenou, organizou e ministrou treinamentos na investigação de intoxicação por agrotóxicos para todas as regionais de saúde (DIR) e vigilância epidemiológica municipais.

As constantes mudanças de direção e organização de órgãos do Ministério da Saúde (MS) e das políticas de saúde na área de vigilância em saúde ambiental junto com demandas tão diversificadas

de investigação de população exposta a poluição de ar, água e solo, e a escassez de pessoal com formação apropriada acabaram por desestimular as regionais de saúde na investigação das intoxicações por agrotóxicos, descontinuando o banco de dados para esse fim.

A Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) do Ministério da Saúde enfatizou a vigilância de áreas contaminadas nos anos 2000 e a DOMA recebeu muitas demandas nessa área. Foram realizadas diversas investigações epidemiológicas que demandaram muitos treinamentos, reuniões e estudos, sempre em conjunto com as inúmeras instituições de interface como CVS, Secretaria do Meio Ambiente, CETESB, Sabesp, FMUSP, FSPUSP, Unicamp e muitos outros.

Dentre as investigações, a DOMA realizou um estudo de população exposta a chumbo no município de Bauru, com o auxílio do Instituto Adolfo Lutz, instituições externas à saúde e de universidades, para investigar os níveis de chumbo em crianças menores de 13 anos, com o objetivo de propor medidas de controle e proteção à saúde. Foram investigadas 850 crianças, sendo que 300 apresentaram plumbemia acima dos níveis estabelecidos. O estudo identificou vários fatores de risco à saúde, como a distância da fonte contaminadora (empresa Pb), familiares que trabalhavam na empresa, residir em área não asfaltada, entre outros.

Após a implementação das medidas de controle, houve queda de 46% das médias de plumbemia nas crianças e a investigação foi importante para ratificar a necessidade de realizar uma abordagem sempre envolvendo, além de todos os atores, a vigilância epidemiológica da população. A DOMA realizou vários treinamentos para as regionais de saúde, envolvendo as vigilâncias municipais, estabelecendo um protocolo para investigação das áreas contaminadas com manual específico.

Em relação à contaminação do ar, seguindo as diretrizes do CGVAM, a divisão passou a implantar o VIGIAR (Vigilância de populações expostas à poluição do ar), com acompanhamento dos níveis de ma-

terial particulado medidos nas estações da CETESB (Companhia de Tecnologia e Saneamento Ambiental do Estado de São Paulo) e cruzamento com morbimortalidade de populações mais vulneráveis (menores de cinco anos e maiores de 60 anos).

No final de 2013, o IARC (Agência Internacional para Pesquisa de Câncer da Organização Mundial da Saúde) classificou a poluição do ar como causa de câncer de pulmão e também evidenciou a associação com risco maior de câncer de bexiga. (International Agency for Research on Cancer)

As emissões oriundas dos transportes automotores, das indústrias e também da agricultura são os maiores riscos a que toda população está exposta. Desnecessário dizer o quão difícil é fazer vigilância epidemiológica em um campo dessa amplitude.

Assim, a DOMA procurou fomentar seminários e treinamentos em ferramentas informatizadas para estudos com ênfase na morbidade de populações mais expostas em regiões de grande fluxo de tráfego e proximidade de fontes industriais. Foram feitos trabalhos em algumas regionais do estado, especialmente nos municípios da Grande São Paulo, que foram apresentados em vários fóruns e congressos.

No município de São Paulo, técnicos da DOMA, atuando na Vigilância Ambiental da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), participaram da implantação de unidades sentinela do VIGIAR em várias vigilâncias das divisões da capital.

Por meio de comunicação de endocrinologista atuante em um município da Grande São Paulo, a DOMA realizou investigação epidemiológica de casos de tireoidite de Hashimoto (TH) na população do entorno do polo petroquímico de Capuava, que engloba áreas dos municípios de São Paulo, Santo André e Mauá.

Foi realizado um estudo de coorte transversal para comparar a prevalência e o risco de TH na população residente no entorno do polo petroquímico e na área controle (no município de Diadema).

A investigação foi realizada com rigor epidemiológico com auxílio de vários especialistas e coordenação e participação em campo da DOMA e dos técnicos da vigilância das regionais e municípios envolvidos. Houve consultoria das sociedades de pediatria, endocrinologia, Fiocruz, Departamento de Medicina Preventiva da Santa Casa de São Paulo, e coleta de exames pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL).

Como resultado da investigação, encontrou-se maior prevalência e maior risco de casos de TH em residentes no entorno do polo, o que motivou a necessidade de divulgação dessa investigação, que foi feita por meio de um artigo científico publicado no periódico *Environmental Research*.

Foram detalhados dois dos trabalhos de investigação realizados pela DOMA dentre os inúmeros demandados em casos de exposição da população à contaminação de ar, água e solo.

Depoimento redigido por Mirta Alcira Ferro Rodrigues da Silva
- Médica Sanitarista e Mestre em Epidemiologia.



**Mitie Tada Lopes Rebello
da Fonseca Brasil**

Uma nova
proposta de
organização

Esta pequena introdução se propõe a apresentar uma visão pessoal da vivência deste importante período na estruturação de uma vigilância epidemiológica no estado de São Paulo, não só para as doenças de notificação compulsória, mas também capacitada para enfrentar os desafios de novos agravos de saúde pública que surgem a de forma inesperada como a Aids, que começou a se tornar relevante na década de 1980 e, recentemente, a pandemia da Covid-19.

Mitie é graduada em Medicina com especialização em Dermatologia, mestrado em Medicina pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, e especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde frequentou também o curso de especialização em Vigilância Epidemiológica. Fez também o curso de Epidemiologia da Hanseníase na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) no Rio de Janeiro.

Foi uma das pioneiras do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), sendo uma das três primeiras assistentes do Dr. Vranjac, fundador da instituição. Tempos difíceis devido a ausência de infraestrutura necessária ao início dos trabalhos. A instalação da equipe inicial se deu em um espaço cedido pelo Hospital Emílio Ribas e foi ocupando diversos espaços na Secretaria de Estado da Saúde até chegar ao atual prédio na Avenida Dr. Arnaldo.

Ela recorda que foi a criação do CVE que possibilitou a organização das equipes das diretorias regionais para facilitar a integração dos trabalhos junto aos municípios. Ela se lembra que o Dr. Vranjac se preocupava em estabelecer uma diretoria técnica capacitada em cada regional para poder ter um grupo afinado e consolidado.

Durante essa fase de estruturação do CVE, na década de 80 e início de 90, a tarefa da equipe de assistentes e diretores era percorrer o estado de São Paulo para viabilizar a implantação da vigilância epidemiológica em todas as Regionais de Saúde.

Dra. Mitie ficou encarregada da macrorregião V, que contemplava os ERSAs (Escritório Regional de Saúde) de Sorocaba, de Itapetininga e o Vale do Ribeira. Nesse período, foi desenvolvido o Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE). Ele foi um instrumento fundamental porque conseguiu capacitar tecnicamente, em pouco tempo, os responsáveis regionais da Vigilância Epidemiológica e as equipes multiprofissionais que começavam a compor as diretorias centrais do CVE. O TBVE foi o instrumento central da formação dos processos de trabalho em todas as áreas.

Dra. Mitie trabalhou em conjunto com o Grupo de Oftalmologia Sanitária, que elaborou o material de treinamento para os oftalmologistas no diagnóstico e condutas para cuidar das incapacidades oculares relacionadas à hanseníase, que se mostrou bastante produtiva.

As Diretorias do CVE que surgiram a partir da sua criação foram: a de controle das Doenças de Transmissão Respiratória, a de Doenças de Transmissão Hídrica, a de Doenças Transmitidas por Vetores, e a da Tuberculose, a de Imunizações, entre outras. Posteriormente, foi criada a de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase e coube à Dra. Mitie dirigi-la. Ela também assessorou o Ministério da Saúde na implantação de alguns sistemas de informação do Programa de Hanseníase nos estados.

O órgão que armazenava todas as informações sobre as doenças de notificação compulsória era a Prodesp. As fichas de notificação e os prontuários dos pacientes de hanseníase estavam centralizados no chamado DPL – Dispensário de Profilaxia da Lepra que depois foi transformado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária. O controle da hanseníase tem uma longa história e passou por muitos momentos de reestruturação até se constituir em uma diretoria dentro do CVE com atribuições de coordenação e vigilância epidemiológica. A doença tem também uma longa série histórica que re-

monta a 1920. O resultado desse esforço foi a criação de um sistema hierarquizado com alimentação nos municípios. Com o banco de dados submetidos à avaliação contínua para evitar duplicidades foi possível obter a série histórica que mostrou tendência de declínio da endemia a partir da introdução em larga escala da poliquimioterapia.

Outro agravamento inusitado que surgiu foi a ocorrência de surto de dermatite causada pela mariposa *Hylesia*, no litoral paulista e Vale do Ribeira, que foi investigada por um grupo composto de técnicos do Instituto Butantan, Hospital Vital Brazil e o CVE.

Outro episódio que também contou com a participação do CVE foi a investigação da Febre Purpúrica Brasileira, doença que vitimou crianças de cidades do interior de São Paulo e de outros estados. O trabalho aconteceu em parceria dos técnicos do CVE com profissionais do Centers for Disease Control and Prevention, o CDC de Atlanta, além do Instituto Adolfo Lutz.

Os primeiros anos do CVE ficaram marcados pelos constantes deslocamentos pelo estado para a realização de investigações como as relatadas acima. Outra situação que demandou deslocamento de equipes do CVE e do Instituto Adolfo Lutz ocorreu quando foram relatados os primeiros casos de dengue em São Paulo, detectados em um distrito rural da cidade de Presidente Venceslau, município a 565 km da capital, que resultou em uma investigação bastante detalhada.

A pesquisa para o desenvolvimento de um teste sorológico para o diagnóstico de hanseníase levou Dra. Mitie a coordenar uma ação para avaliar a eficácia de um teste sorológico desenvolvido em Cuba e que pretendia fazer diagnóstico precoce da hanseníase pela dosagem de anticorpos, o teste PGL-1. No caso da hanseníase, como já sabíamos, apenas as formas multibacilares clinicamente evidentes

apresentavam testes positivos ao PGL-1 e as formas paucibacilares não eram detectadas. Para fins de controle de uma doença, o teste de detecção deve ter alta sensibilidade e o teste de PGL-1 tinha baixa sensibilidade. Portanto, não servia aos objetivos pretendidos. O diagnóstico clínico e o controle rigoroso dos contatos ainda são as recomendações fundamentais do controle da endemia de hanseníase.

As investigações aqui relatadas foram as que a Dra. Mitie participou como assistente de direção, mas muitas outras situações surgiram ao longo dos anos e que o CVE coordenou ou participou de forma ativa. Para ter um retrato mais completo das atividades e ações do CVE, nestes 40 anos, outros profissionais que ainda estão trabalhando ou que já se aposentaram podem contribuir com seus olhares, seus relatos e suas críticas.

Dra. Mitie não poderia deixar de frisar a importância do Dr. Alexandre Vranjac como um dos idealizadores do CVE pelo profissionalismo e empenho. Professor da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, apesar do falecimento precoce, deixou um grande legado referente à importância do conhecimento técnico no desenvolvimento das ações de saúde.

Depoimento redigido por Mitie Tada Lopes Rebello da Fonseca Brasi, médica Dermatologista com Especialização em Saúde Pública pela USP e Mestrado pela UNIFESP.



**Neuma Terezinha
Rossetto Hidalgo**

O cultivo das virtudes: uma vida dedicada à saúde

A pesca esportiva é uma atividade relaxante e desafiadora. Técnica, sensibilidade, perseverança e paciência estão entre os atributos de um apaixonado por essa arte. Muitos pescadores do Brasil têm o Pantanal mato-grossense como um lugar especial para tal prática. Não basta apenas enfrentar quilômetros de estradas tão bonitas quanto imprevisíveis até alcançar os melhores rios. É preciso saber escolher, comprar e manejar a isca certa.

Os minhocuçus, espécie de minhoca maior e mais espessa que as comumente encontradas nos jardins domésticos, são criados em cativeiro, e o preço do quilo é comparável ao do camarão. E o pescador que se vire para manter todas as minhocas vivas por vários dias, já que a morte de uma delas pode contaminar e matar toda a colônia. A fonte dessas informações é tão confiável quanto inaudita: a Dra. Neuma Terezinha Rossetto Hidalgo, médica sanitaria e a segunda Diretora da Divisão de Doenças Respiratórias do CVE. Além de pescadora de mão cheia e frequentadora do Pantanal, é claro.

Dra. Neuma é formada pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e fez sua residência em infectologia no Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), onde foi contagiada pela paixão dos técnicos do IIER e decidiu se tornar sanitaria. A descrição do trabalho de combate a uma epidemia de encefalite no Vale do Ribeira foi decisiva. Sua entrada no CVE se deu por concurso. Atendendo a um pedido do fundador do CVE, o Prof. Dr. Alexandre Vranjac, foi trabalhar na Divisão de Doenças de Transmissão Respiratórias.

Sua trajetória profissional ficou fortemente marcada pela colaboração nessas duas instituições, IIER e o CVE. No início da década de 1990, retornou ao Emílio Ribas, mais precisamente ao Serviço de Epidemiologia. Em 1997, o estado de São Paulo viveu uma grande epidemia de sarampo e, por conta de sua experiência no controle dessa doença, a Dra. Neuma voltou ao CVE, agora para comandar a Divisão de Doenças Respiratórias.

A ideia então era a de permanecer no CVE até que a epidemia de sarampo fosse controlada, o que ocorreu em 1998. Porém, outras epidemias surgiram e ela permaneceria na Divisão por mais algum tempo. Nos anos seguintes, pôde fazer aquilo que mais gosta: a cobertura de surtos e a divulgação dos resultados obtidos.

Passado esse período mais movimentado, o retorno definitivo para o IIER parecia inevitável. No entanto, um encontro com a Dra. Vilma Gawryszewski foi fundamental para que a Dra. Neuma continuasse a prestar serviços ao CVE, agora auxiliando na estruturação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que estava sendo implantada por iniciativa da Dra. Vilma.

Em princípio, o VIVA funcionária com a utilização de hospitais "sentinela", ou seja, instituições responsáveis por fornecer prontuários para que se pudesse mapear o número e o perfil dos casos de violência. Foi uma fase de grande aprendizado e uma pesquisa muito interessante de se realizar.

Mas nem sempre os surtos e epidemias são aquilo que aparentam ser: em uma sexta-feira à tarde, ainda na Divisão de D. T. Respiratória, Dra. Neuma recebe a notificação de um surto de “meningite meningocócica” que estaria sendo detectada em um município do interior do estado. Do outro lado da linha, a pessoa transmitia as informações: dez dias haviam se passado e 12 casos registrados.

Mas, após obter respostas às questões fundamentais, a situação parecia tomar contornos mais claros. Não se tratava de um surto de meningite meningocócica, mas sim de meningite viral, muito menos grave. Mas, independentemente do bom prognóstico, era fundamental ir até o município afetado e passar alguns dias por lá até que a situação se acalmasse, dado que havia inúmeras pessoas na fila do hospital da cidade por estarem com dor de cabeça.

Equipe do hospital orientada, triagem otimizada e, felizmente, a hipótese se confirmou: era mesmo um surto passageiro de meningite viral. Nesse caso, se configurou o que a Dra. Neuma e seus colegas

costumam chamar de "surto do pânico", que é justamente quando o receio de uma epidemia mais grave afeta tanto a equipe médica quanto a população de uma determinada região. O profissional do CVE deve estar sempre apto a identificar e combatê-lo também.

Além da cobertura de surtos, Dra. Neuma gostava muito de realizar monitoria no TBVE (Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica), em um período em que o CVE treinou alunos não apenas de todo o estado de São Paulo e do Brasil por meio de cursos que costumavam durar uma semana, *in loco*.

Seguindo na linha de divulgação do conhecimento, Dra. Neuma tinha especial satisfação em participar de congressos e reuniões para apresentar os resultados do trabalho do CVE. Um desses encontros, uma reunião aberta que apresentou um panorama do programa VIVA, foi especialmente interessante pela quantidade inesperada de interessados de várias áreas do estado de São Paulo e de diferentes especialidades, prova da relevância e ineditismo deste trabalho.

Para o Ministério da Saúde, Dra. Neuma atendeu a diversas ocorrências, o que fez com que se deslocasse para as mais remotas regiões do país, caso de um surto de coqueluche entre indígenas em Roraima. Lá chegando, a descoberta: havia, sim, casos de coqueluche, porém havia também casos de tuberculose pulmonar. Foram muitas as histórias e, após inúmeras contribuições no CVE, retornou ao IIER em 2002, onde se aposentou em 2011.

Técnica, sensibilidade, perseverança e paciência não são atributos apenas dos apaixonados pela pesca. São também as qualidades de um profissional de saúde que ama aquilo que faz. E é justamente pelo gosto no cultivo dessas virtudes que a Dra. Neuma pôde se tornar uma profissional exemplar e contribuir tanto para o CVE.



Paulo Alberto Borges

A vida como
ela era...

Encontrar um velho amigo costuma ser uma ocasião alegre. Se esse amigo dividiu o mesmo trabalho pelo qual somos apaixonados, a conversa se torna ainda melhor com a lembrança de histórias, memórias, “causos” e, claro, conquistas e realizações. Foi exatamente assim a conversa com o enfermeiro Paulo Alberto Borges que, vindo do INAMPS, chegou ao CVE em 1992. Ele atuou como membro da Divisão de Imunização e realizou o curso de Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE) antes de entrar na instituição.

Ele se lembra com clareza da época em que a sede do CVE ficava na Avenida São Luís, no centro de São Paulo. Recordações que nos levam a tempos em que o aparato tecnológico era bastante incipiente. Além do telefone fixo, a comunicação era feita por meio de aparelhos de videotexto e, num segundo momento, fax. Na ausência de telefones com ramais para conectar diferentes setores, eram utilizados aparelhos fixos em ligação direta, sem teclas ou disco. Ficou famoso um telefone vermelho desse modelo e que possuía apenas um botão.

A distribuição dos imunizantes pelo interior também era feita de maneira diferente, por ônibus de companhias comerciais, com as vacinas despachadas semanalmente para um dos 65 ERSAS (Escritórios Regionais de Saúde) do estado, responsáveis por buscar esse material nas rodoviárias de seus municípios.

Na capital, era comum que profissionais de saúde se deslocassem em ônibus urbanos, munidos de uma caixa de isopor para retirar os imunizantes nos Centros de Saúde. Nesses casos, o transporte de volta contava com a ajuda de comerciantes da região, donos de farmácia, por exemplo, que cediam gelo para poder conservar as vacinas. Uma vez nas unidades de saúde, os imunizantes eram guardados em geladeiras domésticas adaptadas e era necessário todo cuidado para que não fossem colocados no eletrodoméstico outros itens, como alimentos ou recipientes com amostras de exame.

Paulo recorda que seringas descartáveis só seriam empregadas a partir da campanha contra o sarampo de 1987. Seringas de vidro eram esterilizadas em recipientes de inox com o uso de formalina. Já as panelas de pressão foram as antepassadas das autoclaves para a higienização de instrumentos. Laranjas e até mesmo braços artificiais envolvidos com meias femininas finas eram empregados para o treinamento de aplicação de injeções intradérmicas.

Nos bairros da capital, a divulgação das campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite contava com o reforço de uma viatura equipada com um alto-falante. Cartazes eram afixados em farmácias e colégios, demandando uma negociação fundamental com diretoras escolares que, em junho, quando as campanhas eram realizadas, também tinham que se preocupar com a organização das festas juninas. Até mesmo os informes paroquiais de algumas igrejas ajudavam a espalhar uma comunicação marcada pelo boca a boca, formando uma espécie de rede social analógica e muito eficiente. Eram tempos heróicos.

Paulo recorda das campanhas de vacinação contra a pólio desse período como ocasiões alegres e festivas. Era um momento de realização profissional que se misturava com a confraternização com colegas profissionalmente comprometidos e a comunidade.

Ele lembra que uma dessas campanhas contra a pólio ficou marcada pelo uso de uma interessante inovação: os walkie-talkies. Com os poucos telefones do CVE destinados a obterem informações sobre o andamento da campanha nos municípios do estado, tais como condições do tempo (bom tempo sinalizava maior adesão das famílias) ou eventuais problemas de fornecimento de imunizantes, notícias que, dos locais mais remotos, chegavam também via rádio amador, a solução para aprimorar a comunicação interna no CVE foi distribuir um aparelho de walkie-talkie para cada funcionário envolvido. Essa comunicação foi

efetiva, mas é inegável que o CVE ficou parecido com uma central policial ou acampamento militar, tantos eram os chiados, códigos e “câmbios” que se ouviam pelas salas.

Claro que nem tudo é alegria. A obrigatoriedade para que se realizasse a contagem dos frascos vazios de imunizantes na campanha fazia com que, nesses dias, os colaboradores do CVE ficassem até por volta da meia-noite dedicados a essa tarefa inglória.

Além disso, Paulo frisa que diversos fatores podiam dificultar o controle exato de doses enviadas em relação às doses aplicadas, algo previsível se lembrarmos que o público de vacinação contra a pólio é formado por crianças menores de cinco anos. Recipientes de dez doses nem sempre rendiam esse número: as crianças podiam acabar lambendo o frasco antes da aplicação, outras fechavam a boca nele após receberem a suas gotas, atitudes que contaminavam o restante do imunizante restante, que precisava ser descartado. O dosador da vacina por vezes falhava, e era aplicada uma dose dupla. Apesar de todas essas adversidades, é preciso registrar que o estado de São Paulo foi um dos pioneiros a trabalhar com um sistema de registro de doses informatizado.

Embora não impacte na contabilidade das vacinas, é interessante lembrar que era comum que as crianças mais rebeldes chegassem até a morder a mão dos vacinadores, que também levavam pontapés dos mais desesperados.

A tecnologia, sabemos, evoluiu enormemente nos últimos quarenta anos. Linhas telefônicas não são mais um luxo. Atualmente, todos têm em seus bolsos um aparelho capaz de, dentre muitas outras tarefas, se comunicar instantaneamente com qualquer pessoa ao redor do mundo. O transporte de vacinas é realizado por meio de caminhões especialmente equipados e refrigerados. Agora, em caso de defeito, as geladeiras especiais que armazenam imunizantes ficaram “inteligentes” e são capazes de ligar, automaticamente, para até cinco funcionários responsáveis.

No entanto, nesses dias em que vivemos, marcados pelo desenvolvimento da inteligência artificial e outras incontáveis inovações tecnológicas, essas histórias podem soar como imprevisto e ou até descuido. Nada mais longe da realidade. Empregavam-se os recursos disponíveis. Técnicas e procedimentos foram sendo aperfeiçoados árdua e continuamente. E foi exatamente nessa época “romântica” que grandes conquistas no campo da imunização de São Paulo e do Brasil foram obtidas, como é o caso da erradicação da poliomielite, o que fez do Brasil referência mundial em campanhas de vacinação. São tempos que ficaram marcados também pelo companheirismo e dedicação de toda a equipe CVE. Matéria-prima de um passado que se consolidou em patrimônio de toda a sociedade.



**Roberta Maria
Fernandes Spinola**

Entre animais,
vírus e pessoas:
a missão

É fácil perceber o grau de satisfação quando a Dra. Roberta é chamada para uma investigação de campo: é o que ela mais gosta de fazer. Nas palavras dela: “Eu trabalho muito bem, solta! O campo para mim é muito interessante. Então, qualquer doença que a gente tenha que fazer, uma vigilância ambiental, eu vou com unhas e dentes, eu agarro e não volto sem pelo menos um resultado”.

Roberta Maria Fernandes Spinola é médica veterinária com especialização em Saúde Pública. Entrou no CVE em 1999, momento da detecção da leishmaniose visceral no estado de São Paulo, doença que tem os cães em sua cadeia de transmissão. Nesse primeiro momento, Dra. Roberta trabalhou com o diagnóstico de situação da leishmaniose canina por três meses em Araçatuba, cidade onde os casos haviam surgido, e em outros municípios do Oeste do estado.

Foi Diretora da Divisão de Zoonoses do CVE de 2001 a 2025. Em 2003, os casos de dengue começaram a avançar e coube à Divisão de Zoonoses realizar a vigilância da doença. Todos os resultados de exames de casos suspeitos de dengue realizados pelo Instituto Adolfo Lutz eram encaminhados por fax e inseridos no banco de dados do CVE pela Marta Aparecida Correia, visto que nessa época a dengue não estava no SINAN.

Desde a implantação da vigilância epidemiológica de dengue, o estado de São Paulo propunha a confirmação laboratorial de todos os casos suspeitos da doença. No entanto, ao longo dos anos e na medida em que aumentava a incidência e o período de transmissão da dengue, foram realizados vários estudos para definir o nível de incidência e positividade dos exames a ser adotado como critério clínico-epidemiológico. Inicialmente foi proposta a incidência de 300 por 100 mil habitantes.

Em 2003, foi realizado novo estudo com a proposta de estratificação das incidências levando em consideração o tamanho da população e tempo de transmissão. Essa mudança teve como objetivo

racionalizar o uso de recursos laboratoriais, evitando sobrecarga, e agilizar as medidas de vigilância e controle do vetor, contribuindo para uma resposta mais eficaz à epidemia.

Com o passar dos anos, os dados também orientaram as formas mais eficientes de enfrentamento do *Aedes Aegypti* e de comunicação educativa com a população de cada região do estado: na Baixada Santista, vasos sanitários e calhas de box e das casas eram os principais criadouros do mosquito a serem combatidos, no interior, vasos de plantas, e na Grande São Paulo, as caixas d'água.

Porém, o maior desafio seria contra a febre amarela. O estado de São Paulo ficou mais de 40 anos sem nenhuma notificação dessa doença, até serem registrados dois casos na região de São José do Rio Preto, em 2000.

A partir de 1999, já havia um entendimento do Ministério da Saúde que, dada a expansão da doença para fora dos limites amazônicos, realizar somente a vigilância da febre amarela em humanos estava se mostrando uma estratégia ineficaz de combate à doença. No entanto, seria apenas em 2008 que se tornaria obrigatória a notificação compulsória de epizootias.

Entre 2009 e 2014, Dra. Roberta participou de diversas ações no interior do estado todas as vezes que novos casos de febre amarela surgiam. Duas investigações chamam a atenção, uma em Buri, na região de Itapetininga, e outra em Guarulhos, na Grande São Paulo.

Em Buri, após a constatação de que um macaco havia morrido de febre amarela, foi realizada uma exaustiva captura de vetores da enfermidade e foi possível fechar o ciclo da doença, isolando o vírus em mosquitos, macacos e em humanos. Após o surgimento de outros casos em Avaré e Itapetininga, um milhão de pessoas foram vacinadas na região.

Em Guarulhos, um fotógrafo que havia regressado de Alto do Paraíso, cidade do estado de Goiás, foi diagnosticado com febre amarela. Ele morava nas proximidades da represa da Cantareira, o que despertou enorme atenção. Foram realizadas a investigação, a vigilância, a vacinação e a comunicação ao Ministério da Saúde, que mandou equipes ao município goiano. Ao chegarem ao local onde o fotógrafo de Guarulhos havia ficado, foram encontradas ossadas de macacos mortos pela doença. Dessa forma, a descoberta da transmissão de febre amarela em Goiás foi feita em São Paulo, mais precisamente pela Dra. Roberta.

A transmissão em Alto do Paraíso também serviu de alerta para o estado de São Paulo, pois agora a febre amarela poderia alcançar regiões importantes do interior do estado. Foi o que aconteceu em abril de 2016, com um caso positivo em humano em São José do Rio Preto. Em agosto, uma família de macacos apareceu morta pela doença na cidade. Porém, como essa é uma região com uma boa cobertura vacinal, os casos pararam por aí.

No entanto, em outubro, um macaco apareceu morto no centro de Ribeirão Preto. Por meio de um levantamento rápido da cobertura vacinal do município, foi constatado que o índice de cobertura na cidade era de 60%, e não 80%, como dados antigos sugeriam. Uma campanha extraordinária de intensificação de vacinação foi necessária. Houve apenas um óbito pela doença: um senhor que não havia se vacinado por ser contra a imunização.

Os casos positivos de macacos mortos continuaram por outras regiões do estado, como as de Jaboticabal, Franca e Barretos, onde também foi intensificada a vacinação. Em uma cidade do GVE de Barretos, houve a morte de uma família de bugios e um macho, o Chico, sobreviveu. E aí apareceu a dúvida: “Quem que vai cuidar do Chico?”. A Dra. Roberta mandava dinheiro para cuidar do Chico. Ela pedia para a enfermeira do município ir todos os dias para ver se o

Chico estava bem. A morte de tantos animais foi motivo de tristeza para a veterinária Roberta, que viu muitas famílias de primatas sucumbirem à doença.

Em março de 2017, a preocupação com a situação escalou de forma definitiva quando o Instituto Adolfo Lutz identificou uma amostra positiva para febre amarela em um macaco que havia morrido em Monte Alegre do Sul, região de Campinas, área populosa e onde não havia recomendação anterior para vacinação. A epidemia passou a ter contornos potencialmente catastróficos. A transmissão ganhava velocidade: Bragança Paulista e Itapira foram as próximas cidades com casos em uma rota que apontava claramente para a capital.

Uma reunião com o Ministério da Saúde foi marcada às pressas. Centenas de milhares de doses seriam necessárias para conter o avanço da doença. No entanto, embora o Brasil seja o único produtor mundial, não havia disponibilidade dessa quantidade de imunizantes. A identificação anterior de casos em Minas Gerais e uma epidemia na África haviam consumido as doses de que São Paulo tanto precisava nesse momento.

O que fazer então? Aumentar a precisão dos dados para usar os recursos disponíveis com eficiência. A primeira providência era prever de maneira mais acurada o caminho que a transmissão tomaria nas próximas semanas e meses.

Com levantamento das coordenadas geográficas dos locais em que foram encontrados animais mortos na região de Campinas, realizado pela Dra. Roberta, somado a um estudo feito pelo pesquisador Adriano Pinter dos Santos, da SUCEN, tendo por base imagens de satélite da cobertura vegetal do estado, delinear-se os Corredores Ecológicos que indicavam as prováveis rotas e a velocidade da epidemia. A estratégia dos Corredores foi, inclusive, replicada pelo Ministério da Saúde com enorme sucesso para o combate da epidemia no Paraná e em Santa Catarina.

Em outubro de 2017, o primeiro caso de um macaco morto no Horto Florestal resultou nas recomendações de vacinação para o Distrito de Anhanguera, na capital, e fechamento do parque ao público. Em seguida, no Parque Ecológico, mais casos foram identificados e o equipamento precisou ser interditado. São Paulo agora estava sitiada pelo vírus.

A situação exigiu medidas não convencionais. Com o número escasso de imunizantes disponíveis, a população de 53 municípios com baixa cobertura vacinal, São Paulo e Região Metropolitana inclusos, teve que receber doses fracionadas da vacina. A medida foi respaldada pelo Ministério da Saúde, que se baseou em um estudo prévio sobre a eficácia desse procedimento.

Mairiporã, encravada na Serra da Cantareira, começou a apresentar muitos casos e sua rede de saúde possuía poucos recursos. O CVE se deslocou para administrar a situação in loco. Foi definido um fluxo de atendimento aos pacientes que seriam encaminhados para o Hospital Emílio Ribas ou para o Hospital das Clínicas, a depender da gravidade do caso. É preciso registrar que, nessa ocasião, o Hospital das Clínicas foi o primeiro do mundo a realizar um transplante hepático para o tratamento de febre amarela. O procedimento inovador foi um sucesso e a paciente continua viva no momento em que esse texto está sendo escrito.

Apesar do medo da população e da tensão que envolveu a campanha de vacinação, a estratégia de fracionamento funcionou e a epidemia foi controlada antes de atingir grandes proporções. A batalha pela capital havia sido ganha, mas ainda havia os fronts no litoral e Sul do estado.

Em Ubatuba, a chegada do vírus se deu pelo Rio de Janeiro, e no Litoral Sul e na região de Registro, ela seguiu o curso previsto pelo Corredor Ecológico. Nas duas frentes, os casos foram investigados e

a população vacinada, utilizando-se até mesmo de veículos de tração nas quatro rodas para alcançar as localidades mais remotas. O vírus foi, finalmente, dominado em São Paulo.

Após a epidemia, foi desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) o Sistema de Informação em Saúde Silvestre, o SISS-Geo. Gratuita, a plataforma está disponível em smartphones e na web, e serve para o monitoramento da saúde dos animais silvestres em ambientes naturais, rurais e urbanos. Isso permite que, por exemplo, uma pessoa que esteja fazendo uma trilha e se depare com um macaco morto possa enviar, em tempo real, uma foto do animal que será compartilhada com órgãos de saúde municipais, estaduais e federais, agilizando a tomada de providências.

Sabemos que não se ganham as guerras contra os vírus. Vencemos batalhas, tratamos continuamente de diminuir as baixas, mas eles sempre acabam retornando. O CVE atua muitas vezes de forma simultânea, como a epidemia de febre amarela mostrou, nas frentes de vigilância, investigação e imunização contra doenças. E é muito reconfortante termos como aliada a dedicação de profissionais como a Dra. Roberta.



Sandra de Brito Cunha

Lutando a
favor do
sistema

Sandra de Brito Cunha é administradora com ênfase em Análise de Sistemas, mestre pela Santa Casa e possui especializações em georreferenciamento, gestão de serviços de saúde pública e análise de situação em saúde. Em sua carreira, destaca-se pelo apoio constante às demandas das regionais (GVEs), seja no campo do planejamento, da gestão de verbas ou da operação de sistemas de informação.

Servidora federal de carreira, iniciou sua trajetória na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), posteriormente incorporada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no Rio de Janeiro, onde atuou no setor de vigilância epidemiológica e no então DATASUS. Com a transferência para São Paulo em 1997, trabalhou no escritório regional da FUNASA e, no ano seguinte, foi convidada a integrar o CVE, no processo de implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que se tornou obrigatório por decreto.

A partir de 1998, Sandra passou a integrar o núcleo responsável pela descentralização e capacitação dos municípios paulistas na adoção do SINAN, atuando diretamente com um pequeno grupo de profissionais do Núcleo de Informações em Vigilância Epidemiológica (NIVE). Entre os seis servidores federais cedidos para esse esforço, foi a única que permaneceu no CVE, encontrando grande realização pessoal e profissional na atuação mais próxima à realidade do SUS na esfera estadual.

Ao recordar os primeiros anos da implantação do SINAN no estado de São Paulo, Sandra destaca as intensas jornadas da equipe responsável pelas capacitações, em 1998. O grupo, composto por outros cinco profissionais, passou cerca de um ano em viagens constantes por todo o estado, realizando treinamentos presenciais nas regionais de saúde (GVEs). Muitas vezes, as semanas de trabalho se emendavam sem retorno para casa, com deslocamentos diretos entre os GVEs, fossem por avião ou por veículos disponibilizados localmente.

Esse esforço resultou em uma experiência inédita no país: enquanto outros estados ainda centralizavam o processamento de dados no nível estadual, São Paulo foi pioneiro ao descentralizar a implantação do SINAN até o nível municipal, promovendo treinamentos em larga escala e diretamente com os profissionais da ponta. A ação, no entanto, foi marcada por percalços logísticos e técnicos.

Sandra relata episódios como a interrupção total de energia elétrica em uma capacitação realizada em um hotel-fazenda, onde a rede elétrica não suportou o uso simultâneo de 30 computadores. Sem soluções viáveis naquele momento, a atividade precisou ser retomada apenas no dia seguinte. Em outras situações, o grupo recorreu a projetores de slides ou a apresentações teóricas como alternativas diante da ausência de rede ou falhas nos equipamentos.

A implantação em rede também trouxe entraves técnicos: em Campinas, por exemplo, uma capacitação precisou ser remanejada às pressas devido às restrições de segurança da rede da universidade, que impedia a instalação do sistema. Problemas administrativos também surgiram, como o treinamento de funcionários de empresas terceirizadas que, por vezes, geravam incompatibilidades contratuais e de responsabilidade com profissionais da vigilância epidemiológica.

Situações inusitadas e cômicas também marcaram o período: desde capacitações em que participantes traziam familiares para hospedagem no mesmo hotel, até evasões durante os cursos presenciais realizados na capital, em que alguns inscritos deixavam o treinamento para fazer compras em regiões de comércio popular como o Brás e a Rua 25 de Março.

Esses episódios ilustram não apenas a complexidade da implantação do SINAN no maior estado do país, mas também o comprometimento da equipe em garantir a adesão e o entendimento

do sistema junto aos profissionais da rede. Em meio a limitações técnicas, desafios de infraestrutura e imprevistos inevitáveis, a atuação de Sandra e seus colegas foi essencial para consolidar uma base sólida e integrada de vigilância em saúde.

Sandra destaca que um dos princípios fundamentais do SINAN, desde sua criação, é a descentralização da informação. Os dados devem ser inseridos, corrigidos ou excluídos exclusivamente por quem os produziu, ou seja, pelo município de origem. Embora os níveis intermediários (regionais e estaduais) tenham acesso técnico à base de dados, alterações feitas fora da origem podem ser sobrescritas automaticamente quando o dado for reenviado pela instância municipal. Por isso, insistir em correções fora da ponta seria, nas palavras da própria Sandra, como “enxugar gelo”.

Esse entendimento levou tempo para ser assimilado, inclusive pelos profissionais das regionais (GVEs), que muitas vezes tentavam “arrumar” os bancos de dados no nível estadual, criando versões consideradas “padrão ouro”, aparentemente perfeitas para análise estatística, mas desconectadas da realidade das bases municipais, o que tornava o esforço inútil para fins oficiais.

Ela também relembra problemas enfrentados durante a distribuição de novas versões do SINAN. Em certos momentos, atualizações do sistema eram liberadas com erros técnicos, como a abertura indevida de campos sensíveis para edição em níveis que não deveriam ter essa permissão. Isso comprometia a integridade dos dados e gerava instabilidade nas bases, principalmente quando havia reenvios em massa de informações.

Com o tempo e a experiência acumulada, a equipe do NIVE, sob a liderança de Sandra, passou a adotar uma estratégia preventiva: antes da distribuição de qualquer upgrade no estado de São Paulo, realizava-se uma fase piloto com simulações nos diferentes níveis de gestão. Essa prática foi fundamental para identificar falhas antes que a nova versão fosse disseminada nacionalmente.

Essas ações refletem o compromisso com a solidez dos sistemas de informação em saúde e mostram a importância de respeitar os fluxos institucionais da vigilância epidemiológica, no qual cada instância tem um papel bem definido na cadeia da informação, desde a notificação até a análise de dados em âmbito federal.

Em sua trajetória de 27 anos no CVE, Sandra destaca o reconhecimento como um dos principais frutos de sua dedicação. Com envolvimento direto no aprimoramento e disseminação do SINAN, enfrentou os desafios iniciais da informatização do SUS, como a resistência ao uso de computadores e as limitações tecnológicas da época. A primeira versão do SINAN, em plataforma DOS e banco de dados com arquivos .DBF, apresentava fragilidades técnicas que exigiam soluções criativas diante das limitações de recursos humanos e materiais.

Sandra relata que a evolução do sistema de informação em saúde, embora constante, sempre enfrentou um descompasso entre as demandas crescentes da vigilância e a morosidade dos processos de desenvolvimento e pactuação das novas versões. A necessidade de consenso entre diversas instâncias (técnica, informática, gestora) antes da homologação de qualquer novo módulo dificulta a agilidade das respostas, especialmente diante de emergências.

Ela crê, inclusive, que essa necessidade de compatibilizar as demandas da vigilância com os recursos tecnológicos, como no caso em que algum agravo passa a ser de notificação compulsória, mas o banco de dados não está apto a receber essas informações, ainda será o maior desafio para a coordenação de um sistema de saúde informatizado e de nível nacional no futuro próximo. A solução que se desenha para esse problema está no aperfeiçoamento da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), que procura estabelecer uma infraestrutura que conecte os diferentes sistemas de todo o Brasil, com vistas ao compartilhamento seguro e padronizado desses dados durante as fases de adaptação do sistema.

Atualmente, Sandra acompanha a transição gradual do SINAN para o e-SUS Sinan, processo que demanda tempo e estrutura para cadastramento de usuários e treinamento em todos os níveis de gestão. Para estados com grande complexidade, como São Paulo, a implantação de novos agravos pode levar meses.

Sandra compartilha uma reflexão pessoal sobre os desafios enfrentados na implantação do sistema e-SUS. Ao ser questionada se “vai ou não vai sair” o sistema, ela propõe uma mudança de perspectiva: é preciso compreender o desenvolvimento dessas tecnologias como parte de um processo contínuo, nem sempre rápido ou linear, especialmente no setor público, onde obstáculos administrativos e estruturais são recorrentes.

Ela reconhece que já se frustrou com a lentidão do sistema, com os atrasos, as falhas e a pressão emocional envolvida, mas hoje compreende que essa trajetória precisa ser vista de forma mais ampla. Além disso, a evolução tecnológica dos dias de hoje, agora impulsionada pela inteligência artificial, aponta para um futuro cujos contornos completos ainda não conseguimos prever.

Nesse cenário, ela defende que gestores públicos busquem formas de alinhar os ritmos institucionais às demandas da sociedade, mas também convida os profissionais da saúde a acolherem os limites do momento presente.

Ao longo de seu depoimento, Sandra revela não apenas a complexidade técnica e política envolvida nos sistemas de informação em saúde, mas também a dimensão humana de quem, com dedicação e resiliência, ajudou a consolidar uma política pública que enfrenta demandas e desafios permanentes.



Silvana Cabral Lourenço

Falar para
não esquecer,
educar para
não excluir

Silvana Cabral Lourenço é Educadora em Saúde Pública, Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Santa Casa e possui uma extensa trajetória na área de saúde pública. Com atuação destacada no Núcleo de Educação do CVE. Com mais de 30 anos de experiência, Silvana compartilhou memórias do início de sua carreira, nos anos 1990, sua passagem pelo CS1 de Itaquera e, principalmente, seu vínculo com o campo da educação em saúde, tendo como figura central e inspiradora a Dra. Zenaide Lázara Lessa e Elza Berro, de cujos ensinamentos é tributária e cuja biografia e legado faz questão de exaltar.

Silvana descreve Dra. Zenaide como uma profissional revolucionária, à frente de seu tempo, que imprimiu uma nova abordagem na educação em saúde, centrada na escuta ativa, participação popular e construção coletiva do conhecimento. Técnicas inovadoras, como a “árvore do saber”, foram implementadas para estimular a troca entre profissionais e comunidades. Dra. Zenaide tinha ligação pessoal e simbólica com a hanseníase, doença que marcou profundamente não apenas a sua trajetória, mas também a da Educadora Silvana.

Dra. Zenaide, que fez seu Mestrado na Faculdade de Saúde Pública da USP, foi a grande responsável por consolidar e estruturar o Núcleo de Educação do CVE. Depois de sua aposentadoria compulsória em 2005, o departamento perdeu força e acabou sendo descontinuado em 2007, após uma decisão administrativa repentina e intransigente, que simplesmente o excluiu do organograma institucional.

Segundo Silvana, Dra. Zenaide e a Elza faziam uma dupla de liderança visionárias e combativa, que concebia a educação em saúde não como mera transmissão de informações técnicas, mas como um processo dialógico, baseado na escuta, na valorização do saber popular e na participação ativa de trabalhadores e usuários do

SUS. A equipe utilizava métodos interativos como a “árvore do saber”, desenvolvia materiais pedagógicos acessíveis e promovia oficinas formativas em todo o estado de São Paulo, formando multiplicadores e provocando transformações no cotidiano da atenção básica.

Silvana e sua colega Ana Cláudia, as últimas remanescentes do núcleo, acabaram realocadas junto ao programa de hanseníase, com o qual já mantinham vínculos de trabalho. Apesar do fim institucional do núcleo, ambas seguiram contribuindo com formações e treinamentos, principalmente no Instituto Lauro de Souza Lima, mantendo viva, em menor escala, a metodologia participativa idealizada pela Dra. Zenaide.

A hanseníase ocupa lugar central no depoimento da Silvana. Essa doença, que historicamente carrega um pesado fardo, é apresentada pela Educadora Silvana não apenas como uma condição de saúde, mas como um fenômeno social e político. A internação desses doentes era, até 1962, compulsória. Os hospitais-colônia, para onde essas pessoas eram levadas, só seriam desativados definitivamente em 1986.

Muitos desses pacientes resistiam à internação ou fugiam. Ela reconstrói a memória da doença nas décadas passadas, destacando os traumas causados pelo isolamento compulsório, o estigma social, a atuação da polícia sanitária e os efeitos intergeracionais da exclusão.

Trabalhando no CVE, Silvana teve oportunidade de tomar contato com relatos de episódios de violências institucionais, como famílias desmembradas à força, além da institucionalização de crianças em preventórios, onde muitas sofreram abusos e privações.

Ela ouviu essas histórias profundamente tristes e traumáticas narradas por pessoas que buscavam seus prontuários no CVE para pleitear seus direitos concedidos pela lei nº 11.520 de 2007, que estabelece o pagamento de pensão especial mensal, vitalícia e intransferível para pessoas atingidas pela hanseníase submetidas a isolamento ou internação compulsórios, bem como para os

filhos separados dos pais por conta do isolamento ou internação, forma de o governo tentar compensar, mesmo que de maneira insuficiente, os abusos cometidos pelo Estado.

Silvana destaca que, embora o tratamento da hanseníase tenha evoluído significativamente, com possibilidade de cura e acesso gratuito a medicamentos, o preconceito ainda se impõe como barreira silenciosa. Muitos pacientes resistem a buscar diagnóstico por medo do estigma. Outros ocultam a doença da família e da comunidade, o que dificulta a vigilância ativa e a interrupção da cadeia de transmissão. O preconceito, observa Silvana, não se limita ao passado: ele se atualiza em discursos, práticas e silenciamentos, perpetuando a exclusão e o sofrimento de pessoas acometidas pela doença.

Em paralelo, Silvana também se recorda dos materiais produzidos pelo Núcleo de Educação, como livros técnicos e, em especial, do álbum seriado sobre a hanseníase, amplamente utilizado em treinamentos com profissionais da saúde. Ressalta que, embora o núcleo tenha sido desfeito, parte desse legado sobrevive na prática de alguns programas, graças ao esforço de antigos membros e colaboradores.

Por fim, Silvana reflete com pesar sobre o desaparecimento da função institucional de educador em saúde pública. Aponta o desmonte paulatino da política de educação em saúde, a extinção de cargos e a ausência de reposição de pessoal como fatores que contribuíram para um vácuo na formação e mobilização dos profissionais da atenção básica.

O depoimento da Educadora Silvana, permeado por afeto por sua trajetória no CVE e por suas colegas, se soma à sua indignação pelas injustiças cometidas pelo Estado e à empatia pelos que foram afetados neste triste capítulo da história de nossa saúde pública. Testemunho que é também um alerta sobre o risco de

apagamento de práticas educativas fundamentais para a humanização do cuidado e o enfrentamento de doenças historicamente marcadas pelo preconceito e cuja superação exige muito mais do que medicamentos. Demanda respeito, escuta, diálogo e compromisso coletivo.



Tanya Eloise Lafratta

Cronicamente apaixonada

Tanya Eloise Lafratta, enfermeira de formação, ingressou no CVE em 4 de junho de 1985, por meio de concurso público, tendo sido a terceira classificada nas provas. Inicialmente, foi designada para o então Centro de Informações de Saúde (CIS). Sua chegada coincidiu com uma greve de médicos sanitарistas, que a deixou por 45 dias sem atividades até a retomada dos trabalhos. Nesse momento, a direção foi assumida pela Dra. Maria Lúcia Sobol, nutricionista oriunda da Faculdade de Saúde Pública da USP, responsável pela organização das primeiras equipes de trabalho.

Naquele início, a Vigilância Epidemiológica do CIS funcionava em uma única sala, onde cada profissional assumia a vigilância de uma doença específica. A colega Maria Cláudia era responsável pela meningite e repassou parte de sua experiência para Tanya, que acabou assumindo diferentes atribuições, incluindo lidar com a hanseníase, enfermidade cujo enfrentamento marcaria sua carreira. Aos poucos, a estrutura foi sendo organizada: a Dra. Maria Bernadette montou os sistemas de informação, apoiada em registros municipais arquivados em pastas físicas. Nesse período, já se destacavam áreas consideradas prioritárias, como imunização e tuberculose. O trabalho era essencialmente manual.

A partir desse contexto, Tanya ficou responsável pela hanseníase, missão herdada do sanitарista Sérgio Sanfins, e sob a coordenação do Dr. Julio Cesar de Magalhães Alves. Antes da criação do CVE em dezembro de 1985, as coordenações programáticas funcionavam separadas da vigilância epidemiológica. Essas coordenações cuidavam não apenas da vigilância, mas de toda a área programática e questões ligadas a medicamentos, capacitações e treinamentos e ao acompanhamento social de pacientes, especialmente os que, no caso específico da hanseníase, haviam sido isolados compulsoriamente em instituições.

Em 1986, pouco tempo após a criação oficial do CVE, Tanya participou de sua primeira reunião nacional, em Porto Alegre, experiência que marcou sua inserção no cenário ampliado da coordenação das ações contra a hanseníase. Passaram pelas Coordenação do Programa os médicos Julio Cesar, Clóvis Lombardi e Wagner Nogueira. À frente da Divisão, Dra. Mitie e Dra. Mary Lise, visto que nessa época a divisão e a coordenação de programa acabaram se fundindo, especialmente porque o quadro de profissionais deixou de ser reposto por concursos. Nessa reorganização, a hanseníase passou a ser coordenada pela Dra. Mary.

Tanya recorda também das mudanças físicas do órgão, como a transferência, feita por volta de 1989, para o Palácio da Saúde, na Avenida São Luís, no Centro de São Paulo, e o retorno posterior ao espaço original do CVE.

Ressalta que os primeiros anos na instituição foram uma verdadeira escola prática: embora a formação acadêmica oferecesse bases teóricas, o aprendizado cotidiano, orientado pela convivência com profissionais experientes, foi decisivo. Cita como exemplo o Dr. Vranjac, cuja postura acolhedora a ajudou a enfrentar a insegurança inicial quando, ainda jovem, participava de reuniões técnicas.

Ao longo desse percurso, construiu laços de amizade fortes, como com a colega Mary Lise, a ponto de a dupla ser chamada de “Olho Vivo e Faro Fino”, em alusão a um popular desenho animado da época. Tanya também esteve envolvida na transição tecnológica do banco de dados da Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (Prodesp) que contava com cerca de 60 mil registros, gradualmente migrados e reorganizados no CVE com o apoio de especialistas em análise de sistemas. Um desses profissionais, por coincidência, é descendente e homônimo de um dos maiores sanitistas do Brasil, Oswaldo Cruz.

Entre as experiências marcantes, Tanya destacou a realização do primeiro Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE),

em Cananéia, durante o Plano Cruzado, quando diante de um cenário de desabastecimento, especialmente carne e leite, a equipe teve que improvisar com muita criatividade para alimentar o grande número participantes. Ficou famosa uma pizza de beterraba, iguaria muito mais lembrada pelo exotismo da receita do que pelo sabor inigualável.

Para Tanya, mais que um episódio curioso, esse encontro simbolizou a importância da troca presencial, da construção coletiva e da formação no contato direto entre profissionais. Embora reconheça o valor do ensino a distância (EaD) como forma de ampliar o alcance das capacitações, ela insiste que nada substitui a vivência olho no olho, que considera um dos pilares da formação e do fortalecimento da vigilância epidemiológica.

Na década de 1990, Tanya vivenciou um dos momentos mais marcantes da trajetória da hanseníase no Brasil: a introdução da poliquimioterapia. O novo esquema terapêutico substituiu a antiga monoterapia com dapsona, tornando o tratamento mais curto e eficaz, mas também exigindo amplo esforço de capacitação.

Ela participou junto com a equipe da Divisão e da então equipe do Programa Estadual da preparação de profissionais de todo o estado de São Paulo para aplicar corretamente o novo esquema terapêutico introduzido no Brasil. O treinamento foi centralizado no Instituto Lauro de Souza Lima, cuja participação do setor de Educação na figura da Educadora Zenaide e Elza, contribuiu para o sucesso da atividade que se estendeu por cerca de nove meses com viagens frequentes da equipe, praticamente mensais. Para Tanya, esse trabalho intenso simbolizou a visibilidade conquistada pela Divisão e pelo CVE, cuja credibilidade estava ligada justamente à sua capacidade de instruir, difundir práticas atualizadas e garantir padronização no atendimento.

Outro momento decisivo de sua carreira ocorreu em 2007, com a promulgação da lei federal nº 11.520, que reconheceu e procurou reparar os danos causados pelo isolamento compulsório de pesso-

as acometidas pela hanseníase, prática vigente entre 1924 e 1986, concedendo aos ex-doentes uma pensão vitalícia. A legislação assegurava indenização às vítimas, desde que comprovada a internação compulsória.

Tanya lembra que o estado de São Paulo se destacou nesse processo pela organização e sistematização do trabalho da divisão capitaneado pela Dra. Mary Lise: foram produzidos mais de dois mil processos, todos com documentação detalhada, bem estruturada e reconhecida nacionalmente pela clareza e rigor. Enquanto em outros estados havia dificuldades em comprovar os casos, São Paulo contava com extenso acervo de registros, o que permitiu maior agilidade e efetividade na instrução dos pedidos, graças aos esforços dos profissionais da equipe que trabalharam madrugada adentro, instruindo os processos com a documentação necessária para comprovar o isolamento compulsório. Muitos profissionais como Heleida, Ana Cláudia, Silvana, Lilian e tantos outros fizeram parte da nossa história.

Os arquivos utilizados se valiam, inclusive, de fichas epidemiológicas antigas e detalhadas, com registros de lesões, biópsias, evoluções clínicas e locais de internação, com siglas particulares com P para Pirapitingui, C para Cocais e ou mesmo PB que representava Padre Bento, bem como relatórios de alta hospitalar. Esses documentos, centralizados no Instituto de Saúde, foram microfilmados na década de 1980, graças a uma iniciativa coordenada pela Dra. Iara Nogueira, e se tornaram uma fonte viva para o resgate histórico, jurídico e social. Não raro, profissionais da Comissão Intermunicipal de Avaliação do Ministério da Justiça disputavam a análise dos processos paulistas, dada a qualidade e a confiabilidade das informações.

Esse trabalho de memória revelou também a dimensão humana da hanseníase e o peso do estigma social. Tanya lembra que, além dos doentes isolados, muitas crianças nascidas em antigos

leprosários eram afastadas das mães e encaminhadas a creches e instituições mantidas pelo Estado. Ali permaneciam até completarem 18 anos, quando eram devolvidas às famílias ou inseridas no mercado de trabalho. Muitas dessas crianças cresceram sem conhecer os pais, vítimas do preconceito persistente em relação à doença.

Parte dessa documentação dos filhos que ficaram na Associação Santa Terezinha do Menino Jesus foi posteriormente transferida ao Arquivo Público do Estado, graças às tratativas realizadas entre a Divisão, Arquivo Público do Estado e colaboração das irmãs religiosas que atuavam nessas instituições. Em Jacareí, outro dispensário manteve registros que foram recuperados, embora de forma parcial, e hoje estão sob a guarda da Secretaria de Cultura local.

Para Tanya, esses arquivos não apenas serviram ao processo de reparação, mas constituem testemunhos vivos da história da saúde pública e das marcas sociais da hanseníase. Ela ressalta que muitos beneficiados ainda estavam vivos, inclusive centenários, o que conferiu um caráter profundamente humano ao trabalho. A lei foi posteriormente aprimorada para incluir também os filhos que sofreram isolamento compulsório, reforçando o alcance reparador da medida. Assim, a atuação da Divisão de Hanseníase do CVE nesse processo reafirmou o papel da vigilância epidemiológica não apenas na prevenção e controle das doenças, mas também na preservação da memória e na garantia de justiça social.

Ao refletir sobre sua trajetória, Tanya afirma que o que explica sua dedicação à hanseníase é, antes de tudo, a paixão. Para ela, o trabalho na área transcende a técnica e envolve um forte componente emocional, um vínculo que se renova a cada experiência. Recorda uma frase frequentemente repetida por seu colega Wagner: “A lepra não pega, ela gruda”, uma metáfora sobre o envolvimento profundo e duradouro que a temática provoca nos profissionais.

Curiosamente, Tanya nunca atuou diretamente no atendimento a pacientes em Unidades Básicas de Saúde. Sua carreira foi construída em diferentes frentes, em unidades e regionais de saúde, e sobretudo na esfera central de coordenação, sem o contato clínico cotidiano com doentes.

Ainda assim, a hanseníase atravessou também sua história pessoal: moradora de Guarulhos, ela conviveu de perto com a realidade do Hospital Padre Bento, uma instituição originalmente isolada nos arredores da cidade, mas que hoje, com a expansão urbana, ocupa posição central no município. Esse hospital, que por décadas abrigou pacientes com hanseníase, foi transformado no Complexo Hospitalar de Guarulhos. As outras instituições semelhantes como o antigo Asilo Colônia de Cocais, em Casa Branca, por exemplo, foi o primeiro a ser desativado, dando lugar a um centro de reabilitação em saúde mental. No total, o estado de São Paulo chegou a contar com cinco leprosários que, ao longo do tempo, foram sendo reconfigurados para novas funções assistenciais. Temos como principal referência Nacional e para a América Latina o Instituto Lauro de Souza Lima de Bauru (antigo Sanatório Aymorés).

Tanya reconhece, no entanto, que vive atualmente o momento mais difícil de sua passagem pelo CVE. Se nas primeiras décadas do Centro houve um espírito de construção e aprendizado coletivo, hoje ela percebe uma equipe reduzida, desgastada e sem renovação. A ausência de concursos públicos, segundo ela, gera um vazio preocupante: falta quem herde a experiência acumulada e dê continuidade ao trabalho desenvolvido. Tanya recorda que, quando ingressou, encontrou referências e mentores que transmitiram conhecimento, mas lamenta que a geração atual não disponha da mesma oportunidade. O resultado é uma perda de memória institucional e de legado, o que considera uma das maiores tristezas de sua carreira.

Outro aspecto enfatizado por Tanya é a forma como a hanseníase é tratada no imaginário social. Para ela, a doença não é negligenciada do ponto de vista institucional, já que existem programas, protocolos e políticas de atenção, mas há negligência na atitude de pessoas e profissionais que deixam de fazer o que poderiam. Um grande problema está na perpetuação de rótulos e estigmas. Ela critica a criação de termos como “hansenianos” ou “pessoas atingidas pela hanseníase”, considerados inadequados. Argumenta que tais expressões, em vez de reduzir o preconceito, muitas vezes reforçam uma identidade negativa. Defende uma designação simples e objetiva: “ex-doentes de hanseníase”.

Para Tanya, é essencial desvincular a hanseníase da palavra lepra, historicamente carregada de significados depreciativos. Essa palavra, explica ela, foi associada a tudo que é impuro, feio, abjeto e, por séculos, carregou um peso simbólico de exclusão social, reforçado até em abordagens religiosas. Ao lado da tuberculose, foi considerada uma doença cercada de segregação e preconceito. Romper com essa herança linguística e simbólica, insiste, é parte fundamental do enfrentamento do estigma que ainda persiste.

Outro elemento marcante em seu percurso foi o trabalho conjunto com o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), criado na década de 1980, com a participação intensa do Dr. Wagner Nogueira. Para Tanya, a dimensão social sempre foi inseparável da dimensão epidemiológica. Recorda, com entusiasmo, a experiência de 2009, quando, em parceria com o Morhan, participou do junto com muitos profissionais de saúde do carnaval de São Paulo, desfilando na “ala da saúde” da escola de samba Vai-Vai. Para além do aspecto lúdico, o evento foi uma estratégia poderosa de visibilidade, ampliando a divulgação da causa e aproximando o tema da hanseníase de um público mais amplo.

Tanya aponta que um dos desafios contemporâneos no enfrentamento da hanseníase é a formação dos profissionais de saúde. A dermatologia, uma das especialidades responsáveis pelo diagnóstico e tratamento da enfermidade, tem sido cada vez mais direcionada para a estética, área mais rentável e atraente para os profissionais. Isso gera uma lacuna no cuidado, já que a hanseníase, doença crônica, exige atenção clínica complexa e especializada, mas não oferece a mesma compensação financeira.

Ainda assim, há referências de destaque que mantêm o compromisso com a doença: a Sociedade Brasileira de Hansenologia, HC de Ribeirão Preto, HC São Paulo, Unifesp, Santa Casa de São Paulo e os profissionais do Instituto Lauro de Souza Lima são citados por Tanya como exemplos fundamentais na disseminação de conhecimento e na capacitação de profissionais. Esses polos de excelência funcionam como núcleos de resistência e continuidade, garantindo que o saber técnico sobre hanseníase não se perca.

Ao fazer um balanço de sua trajetória profissional, Tanya se define, sobretudo, como servidora pública comprometida com a coletividade. Ressalta que seu ingresso na carreira se deu por concurso, expressão de uma escolha pela gestão pública acima de interesses partidários. Sua visão de saúde sempre esteve alicerçada nesse ideal: trabalhar para a comunidade. Reconhece que pode tal pensamento soar romântico, mas para ela essa foi sempre a essência de sua prática.

Ela valoriza, em particular, o percurso que trilhou desde a unidade básica de saúde até os níveis centrais da gestão. Essa vivência diversificada permitiu compreender de forma integrada a lógica da saúde pública: da coleta de informações locais até a análise epidemiológica em escala estadual. Assim, entende o verdadeiro valor de um simples formulário ou de uma ficha epidemiológica: não como burocracia, mas como instrumentos que, quando sistematizados, se transformam em diagnósticos de situação e orientam políticas de saúde.

Tanya encerra seu depoimento com a convicção de que a trajetória que construiu, permeada por desafios, aprendizados e parcerias, foi não apenas uma carreira, mas um projeto de vida. Para ela, o legado do servidor público está no compromisso coletivo, na valorização do trabalho em equipe e na consciência de que, na saúde pública, nenhum resultado se alcança sozinho.



**Telma Regina Marques
Pinto Carvalhanas**

Uma história
a ser
contada...

Contabilizavam-se doze anos da criação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE/SES-SP), e eu, Telma Regina M.P. Carvalhanas, havia finalizado o Curso de Especialização em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. Na sequência, fui aprovada em concurso público para o CVE em 1996. Retornei de licença maternidade e, em 1997, assumi o cargo de Médica Sanitarista na Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória (DDTR/CVE), em plena epidemia de sarampo no estado de São Paulo.

Evolução

Até 1987, epidemias de sarampo ocorriam em intervalos de dois a quatro anos. Em 1992, registrou-se a Campanha de Vacinação em crianças na faixa etária de um a dez anos com a tríplice viral, atingindo 96% de cobertura vacinal e houve início do Programa de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita, no estado de São Paulo.

A epidemia de sarampo em 1997 registrou 87% dos casos na Grande São Paulo, e 65% destes em maiores de 15 anos. Nesta década, o grande desafio constava do Plano Nacional de Erradicação do Sarampo. Na época, eu era responsável pela Coordenação das Doenças Exantemáticas na DDTR.

Estabelecemos um plano de ação e percorremos quase todo o estado de São Paulo com atividades de supervisão, avaliação e capacitação técnica. Alcançamos a interrupção da circulação endêmica do sarampo em 2000. Neste mesmo ano, ocorreu uma epidemia de rubéola no estado, observando-se um deslocamento da faixa etária da doença para a população de adultos jovens. Em 2001, foi realizada uma campanha estadual de vacinação contra a rubéola, para mulheres entre 15 e 29 anos de idade.

Fui convidada para assumir a direção técnica da DDTR em 2002, e novos desafios vieram na conjuntura. A segunda dose da vacina SCR (sarampo, caxumba e rubéola) foi implantada, em 2004, para a faixa etária de quatro a seis anos de idade. No entanto, no período de 2007 a 2008, surtos de rubéola ocorreram na Grande São Paulo e em municípios do interior do estado. Depois da erradicação da varíola, da certificação da eliminação da poliomielite e da eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo em 2000, o Brasil assumiu o compromisso de eliminar a rubéola até o ano 2010.

Em 2008, houve a condução da campanha nacional de vacinação contra a rubéola, para homens e mulheres, com o objetivo de esgotar a população ainda suscetível e interromper a circulação do vírus da rubéola no país. Desta maneira, o último caso confirmado de rubéola no estado de São Paulo foi em 2009. O último caso de Síndrome da Rubéola Congênita no estado e no Brasil foi em 2010. Em 2015, o Brasil recebeu a certificação de país livre da rubéola, e permanece sem casos endêmicos da doença desde então.

Após duas décadas sem circulação endêmica do vírus, o sarampo foi reintroduzido no estado de São Paulo em 2019. Em 2020, o impacto da pandemia de Covid-19 e as medidas de contenção contribuíram para um declínio significativo nos casos de sarampo. Nos anos de 2021 e 2022, foram registrados oito casos por ano, e o último caso endêmico de sarampo no estado ocorreu em maio de 2022.

Em 2024, após dois anos sem casos endêmicos e com o cumprimento dos critérios de eliminação, o Brasil foi novamente certificado como país livre de sarampo em novembro de 2024, e mais uma vez o estado de São Paulo teve um papel crucial, que contribuiu significativamente para o alcance desta meta.

Nas últimas décadas, houve o enfrentamento de várias epidemias/pandemias de doenças de transmissão respiratória agudas notificáveis, muitas vezes com equipes diminutas e recursos limitados, depreendendo esforços memoráveis, mas com a construção de grande aprendizado e a certeza de que conseguiríamos vencer os obstáculos.

Cabem neste repertório a emergência da SARS-CoV no outono de 2002, com epicentro na China, considerada a primeira pandemia do século XXI, com repercussão notadamente no continente eurasiático. No estado de São Paulo, acompanhávamos diariamente a evolução das pesquisas e publicações disponibilizadas junto aos órgãos internacionais e instituições nacionais, bem como monitorávamos os casos suspeitos procedentes de áreas consideradas de risco (transmissão ativa), algo que demandou a reorganização de alguns serviços de saúde, além de vigilância aprimorada, assistência adequada e diagnóstico otimizado, dando margem à efetivação de parcerias multisetoriais funcionais.

A seguir, tivemos a epidemia de varicela no estado de São Paulo em 2004, que implicou no estabelecimento e fortalecimento da vigilância de surtos no estado. Foi divulgada, inclusive, uma instrução normativa específica para surtos em creches e escolas, no caso da varicela, acrescidos de caxumba, escarlatina e síndrome gripal, todos notificados no banco Sinan Net-Módulo surto.

Em paralelo, acompanhávamos no CVE os surtos de doença meningocócica B e C, comunitários e institucionais na Grande São Paulo e interior do estado, com eventos frequentes até meados de 2010, o que levou ao desencadeamento de ações estratégicas regionais, tendo por linha de base as medidas profiláticas, como as campanhas de vacinação sorogrupo específica e capacitações técnicas, com vistas ao efetivo controle destes eventos, assim como dos surtos de meningite viral nas instituições escolares.

Seguimos com a experiência de uma segunda pandemia global, agora de Influenza A(H1N1) em 2009, com duração de aproximadamente 20 meses, situação em que vivenciamos grandes desafios de diferentes expressões, como os períodos de contenção e mitigação, o aporte de antivirais, a aquisição e distribuição das vacinas, e as variações subsequentes da atividade viral.

Em 2012, emergiu a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) na Arábia Saudita, com letalidade de 30-40%, também suscitando o estabelecimento de normativas distintivas quanto ao monitoramento dos casos suspeitos, que procediam de toda a Península Arábica, permanecendo sob controle, até então. Não menos importante, experimentamos os ciclos hiperendêmicos de coqueluche, com destaque para o ano de 2014, com morbimortalidade importante em menores de um ano, levando à adoção da vacinação em gestantes (dTpa) no mesmo ano e ao fortalecimento da vigilância sentinela da coqueluche no estado de São Paulo, que havia sido criada em 2000. Também podemos destacar o aparecimento de surtos de doença mão-pé-boca em 2018, entrando para a lista de notificação compulsória no estado em 2024.

A epidemia de sarampo em 2019 nos deu uma trégua, e no decurso desta ocorreu a emergência do SARS-CoV-2, a terceira pandemia deste século, detectada em 31/12/2019 em Wuhan, na China, culminando na pandemia de Covid-19, que causou grande impacto, em nível mundial, nos índices de morbimortalidade e expressivo custo socioeconômico.

De fato, foram vivências ímpares se comparadas com as das pandemias anteriores, dada a magnitude da carga da doença e seus desdobramentos (SIMP, SIMA, Condições Pós-Covid etc.), que se somaram a grandes desafios, dentre estes, a construção conjunta da história natural destas novas afecções, a instituição de novos fármacos/vacinas e medidas não farmacológicas.

Merece um adendo especial a estirpe influenza A(H5N1) da influenza aviária, que foi detectada pela primeira vez no final da década de 1990 e preocupou imediatamente os especialistas, que viram o seu potencial para causar uma pandemia. Houve disseminação ocasional para as pessoas – pouco menos de 900 casos desde 2003 – de acordo com a Organização Mundial de Saúde, porém com elevada letalidade (>50%). A literatura, na época, tra-

zia recomendações para que o mundo se preparasse para uma próxima pandemia, cujo candidato seria o H5N1, sendo que emergiu seis anos após o influenza A(H1N1)pdm09. Os estudos ecológicos da influenza em animais e aves denotam constante mutação e evolução, com mutações adaptativas em mamíferos.

Temos visto atualmente a disseminação do H5N1 entre o gado leiteiro nos Estados Unidos, algo preocupante para a comunidade científica. É uma questão perfeita de Saúde Única – uma doença que circula entre os animais, se espalha de uma espécie para outra e depois chega às pessoas. As práticas agrícolas, as alterações climáticas e o ambiente desempenham um papel fundamental neste contexto. Há que se considerar fortemente, nos Planos de Contingência, a preparação, a detecção e a resposta rápida às demandas que advirão, devido ao potencial pandêmico reconhecido globalmente.

Contribuições & Memórias:

A implantação da Vigilância Sentinela da Coqueluche em 2000 com vistas ao refinamento diagnóstico, tanto do ponto de vista clínico quanto laboratorial, e a possibilidade de contribuir para a tomada de decisões mais assertivas relativas às medidas de prevenção e controle fazem parte do acervo de contribuições do CVE e precisam ser lembradas.

Nesse sentido, é preciso recordar que, em 2002, demos início à implantação da Vigilância Sentinela de Influenza no estado de São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde, que representou para mim um dos maiores desafios e, não menos importante, a manutenção deste modelo de vigilância no país, junto com as demais unidades federadas.

Importante salientar também que, ao longo dos anos, a DDTR recebe estagiários oriundos de várias Instituições de Ensino e Pesquisa, com vistas ao desenvolvimento de competências profissionais, habilidades interpessoais e inserção no mercado de trabalho.

Destacam-se a produção científica, incluídas instruções normativas relativas às Doenças de Notificação Compulsória de transmissão respiratória, as capacitações técnicas com material didático apropriado, as supervisões técnicas e avaliações periódicas com indicadores específicos e metas definidas. Acrescente-se os trabalhos científicos, as contribuições em teses de mestrado e doutorado de diferentes instituições, além do desenvolvimento de projetos multitemáticos, fatores que contribuíram significativamente para a formação técnica de especialistas em infectologia, medicina preventiva, biologia médica e saúde pública.

Legado Documental:

As instruções normativas constantes do Guia Estadual de Vigilância Epidemiológica, atualizado periodicamente de forma virtual no site eletrônico do CVE; a divulgação regular de boletins e alertas epidemiológicos, infográficos, cards, banners, dashboards, compreendendo as 20 afecções respiratórias de notificação compulsória na DDTR, focadas na vigilância, avaliação e controle formam um expressivo legado documental do CVE.

Modernização & Desafios:

Por outro lado, existe a necessidade permanente de modernização, no sentido de se expandir e atualizar os processos de trabalho e pesquisa.

Desafios Atuais:

A DDTR e equipe técnica têm enfrentado desafios importantes, como a falta de pessoal qualificado, devido à carência de concursos públicos e inúmeras incertezas de serviços, no que tange aos seus elementos constitutivos, temas que têm sido objeto de debates profícuos em diferentes fóruns.

Impacto Sociocultural:

No intuito de preservar a história da Saúde Pública do estado de São Paulo, incluídas a contribuição do CVE e das divisões técnicas nele inseridas, as memórias aqui descritas não são apenas documentos ou registros, mas também um legado vivo de combate a doenças infecciosas, com contribuições significativas, impactos positivos, inovações tecnológicas, e formação de gerações de profissionais de saúde que se sentem orgulhosos de terem pertencido e pertencerem ao desenvolvimento histórico, cultural e científico da Saúde Pública em território paulista e, por conseguinte, no Brasil.

Depoimento redigido por Telma Regina Marques Pinto Carvalhanas, Médica com Especialização e Mestrado em Saúde Pública, Diretora da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória do CVE.



Vilma Pinheiro Gawryszewski

Investigação e acolhimento no cuidado em saúde

Osotaque, inconfundível, não deixa dúvidas. Quem ouve Vilma falando sobre seus dois filhos e o terceiro neto a caminho sabe que está diante uma legítima moradora da cidade do Rio de Janeiro. Porém, quem escuta essa conversa não imagina a trajetória de vida desta cidadã carioca. Ela é a médica sanitarista Vilma Pinheiro Gawryszewski, que trabalhou por onze anos em Washington, nos Estados Unidos, para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) na área de Sistemas de Informação. Porém, foi na São Paulo de Mário e Oswald de Andrade que ela passou mais de 40 anos construindo sua vida profissional na Secretaria de Saúde do estado e com importante passagem pelo CVE.

Na capital paulista, a Dra. Vilma trabalhou primeiramente em nível local, em um Centro de Saúde, e, posteriormente, regional. No Centro de Saúde, seus primeiros contatos com o sistema de vigilância se deram por meio de visitas domiciliares, nas quais desenvolveu ações de controle e profilaxia da tuberculose, entre outras coisas. Essas medidas foram fonte de grande aprendizado para o futuro. Vivência humana que propiciou o convívio com famílias enlutadas e fez despertar na Dra. Vilma a atenção para evitar o surgimento de novas epidemias por meio da consolidação de parâmetros técnicos com regras bem estabelecidas, algo fundamental para o trabalho em nível local.

Em nível regional, trabalhou no ERS-6 (Escritório Regional de Saúde), sediado no Mandaqui, bairro da Zona Norte da capital, já integrado ao CVE, como coordenadora das ações de vigilância deste órgão. Nesse cargo, Vilma foi responsável também por implementar campanhas de imunização, uma vivência de lembranças alegres. Marcaram especialmente as campanhas de vacinação contra a poliomielite em que a figura do Zé Gotinha se tornou muito popular e a vacinação se converteu, naquele momento, em algo mais atrativo e capaz de envolver todas as comunidades.

Nessa época, surgiu um caso de febre maculosa na região, doença com alto grau de mortalidade e que é transmitida pela picada do carrapato. Foi convocada uma reunião com a participação de um profissional do CVE para que fossem passadas informações técnicas para a equipe do ERSA-6. Porém, na véspera do encontro, a reunião foi desmarcada, para o desespero de Vilma, que conseguiu com uma colega o telefone do médico que havia sido encarregado da tarefa. Sensibilizado pela preocupação da Dra. Vilma, o médico realizou a reunião, que foi muito proveitosa. O médico em questão era o Professor Alexandre Vranjac, a quem Vilma faz questão de homenagear nesse momento. Para ela, esse episódio ilustra a cooperação e o trabalho de equipe de profissionais de diferentes níveis de atuação.

A trajetória da Dra. Vilma também ficou marcada por um episódio um tanto peculiar: já atuando diretamente pelo CVE, houve um surto de casos de febre tifóide em Moema, bairro nobre da Zona Sul de São Paulo, causando estranheza, já que a enfermidade costuma estar associada a condições sanitárias precárias. Com a comunicação de um caso da doença, iniciou-se a investigação.

Foram mapeados os registros e a única ligação entre eles era o consumo de alimentos de uma elegante padaria da região. O passo seguinte para tentar descobrir a origem da contaminação foi realizar exames de fezes em todos os funcionários do estabelecimento.

Em todo esse processo, duas contribuições preciosas precisam ser destacadas: em primeiro lugar, a do médico que tratou dos doentes que, por morarem na mesma região, recorreram ao mesmo profissional. Ele os incentivou a colaborar com os profissionais do CVE no fornecimento de dados. Seu nome é David Uip, médico que, tempos depois, se tornaria Secretário de Saúde do estado. A segunda assistência foi prestada pelo Instituto Adolfo Lutz, que foi fundamental para a realização dos testes de laboratório.

O episódio serviu também para a produção de um manual para o combate de surtos e epidemias. Esse caso evidencia a importância

da figura da Dra. Vilma como investigadora da questão. Presente em todo o processo, ela pôde ter uma visão geral da situação e estabelecer as condições necessárias para montar o quebra-cabeça e deter o surto.

A Dra. Vilma destaca também que, no correr da existência do CVE, foi se ampliando o olhar para a saúde pública em seus diferentes aspectos. Se, em seus primeiros tempos, o CVE esteve mais focado nas doenças infecciosas, com as mudanças ocasionadas por nosso intenso processo de urbanização e por um aumento da abrangência do conceito de cidadania, tornou-se necessário observar novos elementos desse quadro: primeiramente, as DCNTs, as doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes, o câncer e a pressão alta, cuja incidência tem aumentado em consequência da mudança do padrão alimentar do brasileiro e passaram a merecer atenção especial.

Outro subproduto dessas dinâmicas foi a implantação, em colaboração com o Ministério da Saúde, da Vigilância de Violências e Acidentes, o VIVA, que monitora desde ocorrências de acidentes de trânsito até casos de violência vitimando crianças e adolescentes e também as agressões contra a mulher, sendo este último realizado em parceria com o Hospital Pérola Byington. A exigência de notificação imediata dos casos também é algo inovador para o sistema de vigilância epidemiológica. Além disso, o aprendizado e a sensibilidade adquiridos pela Dra. Vilma com a abordagem de casos de doenças infecciosas, fonte de sofrimento e de estigmas, foi de grande valia para o atendimento de vítimas de violência.

A Dra. Vilma lembra que trabalhar no CVE foi a realização de um sonho profissional. Ela recorda com saudades da convivência com as equipes de vigilância e do comprometimento do Centro com a saúde da população. Por sua vez, para o CVE, é fundamental registrar e agradecer à Dra. Vilma pelas décadas de dedicação e colaboração à instituição.



Akemi Funonke

História, trabalho e cuidado: vivências na vigilância epidemiológica

Ao receber o convite para compartilhar a minha vivência na vigilância epidemiológica, fiquei lisonjeada e emocionada. Revivi os momentos que passei ao longo dos 34 anos atuando nas instâncias regionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), em grande parte, na área de Vigilância Epidemiológica.

Em meados dos anos 80, especificamente em agosto de 1986, pouco após a criação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), e antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciei a minha trajetória profissional como primeira enfermeira no Centro de Saúde II de Gália, pequeno município do interior do estado de São Paulo.

Nessa ocasião, tive oportunidade de realizar o Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica (TBVE), promovido pelo CVE. Exercendo sua atribuição de capacitação de profissionais de saúde, o TBVE propiciou a formação técnica das equipes das regionais e dos municípios para atuação no Sistema de Vigilância Epidemiológica do estado, abrindo caminhos e sendo decisivo na minha trajetória profissional.

Em março de 1987, após aprovação em concurso público, iniciei a minha jornada na vigilância epidemiológica do então Departamento Regional de Saúde (DRS) de Marília. E eu, como enfermeira, juntamente com o diretor do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) e um técnico da área administrativa, formamos a equipe de três profissionais para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica no âmbito do DRS. Naquela época, o Centro de Vigilância Epidemiológica ficava na Avenida São Luís, no centro de São Paulo, onde participei de algumas reuniões. Desde então, a vigilância epidemiológica nunca mais saiu da minha vida profissional e, ousou dizer também, que é uma constante na minha vida pessoal.

Os tempos eram outros, com certeza, e as lembranças são muitas. Para exercer a atribuição estabelecida aos Grupos de Vigilância Epidemiológicas de “analisar epidemiologicamente o comportamento das doenças sob Vigilância Epidemiológica”, a equipe sistematizou a organização das informações para as análises epidemiológicas.

As notificações das doenças e dos agravos eram feitas em instrumentos, em geral, preenchidos à mão, ou datilografadas. Recebíamos as diferentes fichas de notificação e investigação dos municípios da área de abrangência, e fazíamos as análises e classificações. As fichas de investigação epidemiológica (FIE) originais eram devolvidas aos municípios após classificação final e a cópia era destinada ao arquivo, nas famosas pastas AZ, separadas por agravos e por mês de notificação. Para configurar as tabelas usávamos máquinas de escrever. E os gráficos e os diagramas de controle? Papel quadriculado ou, quando muito, papel milimetrado. Canetas coloridas, lápis de cor e régua eram os nossos materiais de rotina.

Na área da imunização, ainda eram poucas vacinas. Para menores de um ano eram as vacinas BCG-ID, DTP e contra sarampo e poliomielite. Para construir as coberturas das quatro vacinas, eram utilizadas as máquinas de calcular tipo escritório, com rolo de papel para o registro dos números e dos resultados.

Evoluímos e recebemos os primeiros computadores. Foi um grande avanço e novos desafios surgiram. Aprendemos a manejar esses equipamentos intuitivamente e usávamos diferentes tipos de disquetes para armazenamento de dados. E o tal “bug do milênio” na virada de 1999 para 2000? Que receio de perder tudo!

Ao longo dessa jornada, como enfermeira da vigilância epidemiológica ou na direção técnica do GVE, os aprendizados foram incontáveis e relevantes. Tive a oportunidade de participar de pesquisas científicas, investigações e inquéritos epidemiológicos,

da implantação de novos programas e planos de ações e na monitoria de vários TBVEs. E, principalmente, o privilégio de conhecer e compartilhar vivências com profissionais excepcionais e de excelência técnica do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”.

Em setembro de 2020, chegou o momento da despedida do vínculo profissional e formal com a SES-SP e poder reencontrar amigos e parceiros queridos do CVE nas redes sociais, pessoalmente ou nos caminhos do SUS tem sido motivo de muita emoção e alegria. Ainda continuo na área da vigilância epidemiológica, agora compartilhando os aprendizados e as vivências na formação de profissionais da saúde do SUS.

Depoimento redigido por Akemi Fuonke, enfermeira Sanitarista com Mestrado em Saúde Coletiva pela UNESP.



Brígida Kemp

O olhar atento do município

Brigina Kemp é enfermeira, sanitarista com mestrado pela Faculdade de Saúde Pública da USP e doutorado em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Entre 1988 e 1989, Brigina participou da criação do Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica (GMVE) de Campinas. Naquele contexto de transição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) para o Sistema Único de Saúde (SUS), esse município já se destacava por enxergar a necessidade de integrar ações que até então eram realizadas de forma fragmentada pelas esferas federal, estadual e municipal. Essa articulação foi pioneira no estado de São Paulo.

A criação do GMVE representou um avanço importante: foi formado um grupo interinstitucional, com comando único no município, resultado de um processo seletivo no qual Brigina foi aprovada. Ela teve um papel decisivo na estruturação da vigilância em nível local durante a municipalização do SUS. Com a municipalização, foi convidada a coordenar esse processo em Campinas. Com o apoio da gestão municipal, uma equipe comprometida e o apoio técnico do CVE, liderou a organização da vigilância epidemiológica na cidade.

Brigina participou do Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE), que era oferecido e conduzido pelo CVE, um marco em sua formação profissional. O curso era dividido em dois módulos: um introdutório e outro com conteúdos específicos. A estrutura do treinamento era muito bem organizada: uma semana de imersão completa, com atividades práticas e exercícios baseados em situações reais. Ela destaca que aprendeu conteúdos que não havia visto em sua graduação, como construção de indicadores, diagramas de controle e análise de mortalidade e letalidade.

O primeiro módulo do curso aconteceu em Campos do Jordão, e uma das lembranças mais marcantes foi a presença do Dr. Ale-

xandre Vranjac, fundador do CVE. Ele esteve em um jantar com o grupo, gerando grande emoção entre os participantes. Só mais tarde Brigina compreenderia a real importância do Dr. Vranjac para a história da vigilância epidemiológica em São Paulo. Ela ressalta que o TBVE foi fundamental para a formação de equipes de saúde em todo o estado.

Na década de 90, Brigina participou juntamente com outros profissionais da montagem do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em Campinas, uma articulação importante entre a vigilância epidemiológica do município, o CVE e o Hospital das Clínicas da Unicamp. Talvez tenha sido um dos primeiros Núcleos de Vigilância Epidemiológica em ambiente hospitalar do estado de São Paulo. Nesta mesma época, também participou da implementação do plantão 24 horas da vigilância epidemiológica da cidade, no qual os profissionais poderiam ser contactados por um aparelho pager, o famoso bipe, pelos Serviços de Saúde, para que fizessem notificação de casos e pudessem buscar orientações. Posteriormente, ela ajudou na estruturação de um Núcleo semelhante em Ribeirão Preto.

Brigina vê o fato de ter atuado em um município de grande porte e um dos primeiros a assumir a vigilância como fonte de experiência que pôde se traduzir em contribuições para o CVE, que, por sua vez, valorizava essa interlocução. Ela também colaborou com o CVE na redação de um Manual técnico do SVE-3 (formulário de notificação semanal na ocasião) que ficaria conhecido entre os profissionais de saúde do estado como o “amarelinho”. Também participou da elaboração do Manual Técnico de Meningite Meningocócica do CVE, integrante da coleção conhecida como “os amarelinhos”.

Brigina relembra vários episódios marcantes em sua trajetória na vigilância epidemiológica da região de Campinas, e relata alguns deles. Casos de doença meningocócica eram uma preocupação constante na cidade pela relevância epidemiológica da enfermi-

dade. As situações eram discutidas em reuniões frequentes com a participação de representantes do CVE e de especialistas, como o Dr. Gabriel Oselka, então presidente da Comissão de Imunização.

Quando se percebeu elevação importante de casos pelo meningococo C, configurando um surto epidêmico, decidiu-se pela utilização da vacina contra meningite A e C para controle dos casos. No entanto, logo nas primeiras horas após o início da vacinação, centenas de pessoas apresentaram reações adversas e a imunização precisou ser suspensa. Feita a investigação onde participaram profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, do CVE e Ministério da Saúde, constatou-se que o problema estava na produção da vacina e, naquele momento, mesmo afastada em licença maternidade, Brigina acompanhou a situação à distância.

Outro episódio marcante foi o surto de febre maculosa em uma área muito peculiar de Campinas: metade da área pertencente ao Exército, mais especificamente à Escola de Cadetes, e a outra parte ocupada por uma comunidade marcada por violência e tráfico de drogas. O surto resultou em várias mortes e exigiu uma articulação complexa entre diferentes setores.

A equipe do CVE esteve presente no município e participou de extensas reuniões para a definição das estratégias de enfrentamento da situação. Para Brigina, o apoio do CVE foi determinante para lidar com momentos críticos como esses, que exigiram não apenas conhecimento técnico, mas também sensibilidade e entrosamento institucional.

Entre 1996 e 2000, Brigina atuou no Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) da Secretaria de Estado da Saúde da região de Campinas como funcionária cedida pelo município de Campinas. Nesse período, vivenciou importantes desafios, como o final da epidemia de sarampo e o surgimento, concomitante, dos primeiros casos de dengue na região.

Ela relembra que, dada a semelhança de alguns de seus sintomas, no início, muitos casos de dengue foram confundidos com sarampo. Esse episódio trouxe um aprendizado que Brigina levou para toda a sua carreira: na vigilância, não se pode parar na primeira hipótese. Se ela não for confirmada, é necessário continuar a investigação. Foi assim que, ao solicitar a análise de amostras guardadas na soroteca do Instituto Adolfo Lutz, a equipe conseguiu identificar os primeiros casos da epidemia de dengue no local, sobrepondo-se, portanto, ao final da epidemia de sarampo.

Pouco tempo depois, Campinas registrou um caso importado de febre amarela, o que levou à proposta de ampliar a vacinação contra a doença, inserindo em todo o estado, e esta proposta se iniciaria na região de Campinas. No entanto, durante a vacinação houve um óbito relacionado à vacina. A investigação contou com o apoio do Hospital de Clínicas da Unicamp e do CVE.

Paralelamente, houve um aumento de casos de meningite viral na região. A imprensa começou a noticiar o fato, e Brigina, no GVE, articulou uma ação com o município de Campinas para intensificar a investigação. Houve até a suspeita de que os casos de meningite fossem um evento adverso da vacinação contra a febre amarela.

Com o apoio do então diretor do CVE, Dr. José Cassio de Moraes, a equipe conseguiu esclarecer que o aumento de casos de meningite viral se tratava apenas de uma coincidência temporal e não estavam relacionados à vacina contra febre amarela. No entanto, diante do óbito e diante da situação delicada, a proposta inicial de incluir a vacina de febre amarela no calendário de rotina acabou suspensa, naquela ocasião.

Brigina lembra da importância do projeto Sistema de Vigilância Sindrômica de Febre e Exantema (VIGIFEX), uma iniciativa inovadora de vigilância de síndromes exantemáticas desenvolvida em parceria com OPAS, Ministério da Saúde, CVE e Instituto Adolfo

Lutz. O objetivo era monitorar todos os casos de doenças que apresentassem exantemas (manchas na pele), estabelecendo uma taxa mínima de notificação que garantisse a sensibilidade do sistema de vigilância de doença exantemática, nos moldes do que já era feito com a paralisia flácida aguda.

O projeto buscava identificar quais agentes causadores dessas doenças estavam circulando na região, fortalecendo o controle epidemiológico e a capacidade de resposta dos serviços de saúde. A ação envolveu outros órgãos de pesquisa.

Além do VIGIFEX, Brigina participou de diversas pesquisas em parceria com o CVE, incluindo estudos para implantação do exame de PCR na detecção de doença meningocócica e um levantamento sobre portadores de meningococo no estado. Essas iniciativas demonstram a importância da integração entre serviço e pesquisa. Para Brigina, a vigilância epidemiológica não deve apenas notificar e controlar doenças, mas também contribuir para a produção de conhecimento.

Atualmente, Brigina é Assessora do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP) e representa esse órgão no Grupo Técnico de Vigilância em Saúde (GTVS) da SES, bem como em outros grupos técnicos bipartite. A participação do COSEMS nesses espaços técnicos e de pactuação é fundamental, pois o SUS funciona somente por meio desse tipo de articulação.

Ela destaca que a experiência no COSEMS/SP e na participação nos grupos bipartites é diferente daquela vivida quando atuava diretamente na gestão municipal. Hoje, seu papel exige um olhar crítico e propositivo, buscando alinhar diretrizes estaduais e federais às realidades locais. Muitas vezes, surgem divergências entre as perspectivas dos gestores municipais e o entendimento do CVE, por exemplo, mas essas diferenças são naturais no processo de construção conjunta e precisam ser superadas pelo diálogo e pela pactuação.

Brigina também ressalta um desafio persistente: a compreensão equivocada, por parte de alguns profissionais, de que existe uma hierarquia administrativa entre as esferas do SUS. Ela enfatiza que o SUS é baseado em relações solidárias e cooperativas, e não em uma lógica de subordinação. O CVE e os GVEs não são "chefes" dos municípios. Existem normas técnicas e diretrizes gerais, mas a forma de execução dessas ações deve respeitar a autonomia e as particularidades de cada localidade, e não se traduzir em cobranças para que os municípios façam "sua lição de casa", expressão que Brigina ouve com certa frequência e lhe aborrece profundamente.

Esse entendimento, segundo Brigina, ainda encontra resistência, inclusive entre profissionais mais jovens. Para ela, é fundamental reforçar que o SUS se organiza por níveis de gestão, articulações e relações interfederativas, e não por hierarquia, e que o trabalho em saúde pública só se fortalece por meio da construção coletiva e respeitosa entre os diferentes atores do sistema.

Por outro lado, ações verticais que prescindem do diálogo, além de desprestigiar os agentes municipais, muitas vezes desperdiçam oportunidades de formação prática desses profissionais, ao mesmo tempo que negligenciam os saberes e conhecimentos locais que poderiam auxiliar na descoberta de formas de ação mais eficazes.

Brigina observa que, de modo geral, o CVE ainda não reconhece plenamente o papel do COSEMS-SP na estrutura de pactuação do SUS na área da vigilância em saúde. Ela destaca que muitas informações produzidas pelo CVE não chegam de forma adequada aos municípios. Parte disso se deve à comunicação fragmentada entre o CVE, os GVEs e as gestões municipais. Em várias situações, as informações circulam pelos GVEs, mas demoram a alcançar os gestores e equipes técnicas locais, o que gera lacunas e insegurança no processo de trabalho.

Para Brigina, é essencial que o CVE, como instituição, compreenda o papel estratégico do COSEMS-SP como representante legítimo dos gestores municipais na relação bipartite com o estado. Além disso, ela ressalta que o GTVS perdeu parte de sua força nos últimos anos. Para ela, esse Grupo deveria ser mais valorizado como instância de discussão, pactuação e construção coletiva de estratégias para a vigilância em saúde no estado.

Por fim, Brigina destacou a importância do CVE no início de sua trajetória profissional, ressaltando o quanto essa experiência foi fundamental para sua formação. Ela relembrou com carinho das pessoas que fizeram parte desse percurso e afirmou ter se sentido emocionada e honrada pelo convite para participar do projeto que celebra os 40 anos do CVE.



Glaucia Elisa Cruz Perecin
Lucelena de Fatima Octaviano Noale

Rede de frio GVE XX Piracicaba

Nos anos 1990, a região de piracicaba contava com 11 municípios, e a equipe de Vigilância Epidemiológica orientava o controle e armazenamento dos imunobiológicos, que eram mantidos em refrigeradores domésticos. Para garantir a conservação, utilizavam-se garrafas com água na parte inferior dos equipamentos e bobinas de gelo no evaporador.

No final da década de 1990, com a ampliação da região para 26 municípios, o volume de produtos armazenados para abastecimento das salas de vacina exigia cerca de dez refrigeradores. Entretanto, as quedas frequentes de energia, provocadas por intempéries e pelas condições inadequadas do prédio, representavam um risco significativo. Para mitigar esse problema, a Divisão de Imunização do CVE contratou, em caráter experimental, um sistema de alarme de monitoramento à distância. Esse sistema realizava discagens telefônicas para números pré-selecionados de funcionários quando a temperatura de um refrigerador saía da faixa ideal (menos de 2°C ou mais de 8°C). Assim, um funcionário se dirigia ao local para avaliar e corrigir o problema. Após a implementação desse sistema, não foram mais registradas perdas de produtos devido à alteração de temperatura.

No início dos anos 2000, ocorreu a mudança para um prédio cedido em comodato, com instalações mais adequadas. O espaço contava com infraestrutura elétrica compatível com o número e a potência dos equipamentos necessários para armazenar os imunobiológicos do calendário nacional de vacinação da época.

Um avanço importante aconteceu em 2002, quando a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), por meio do CVE, adquiriu uma câmara fria de 46m³. Foi necessário adaptar o espaço físico para sua instalação, incluindo nivelamento do piso e abertura de uma porta para uma antessala. Em poucos meses, a câmara fria entrou em pleno funcionamento, permitindo o armazenamento e a distribuição eficiente dos imunobiológicos.

No entanto, a nova estrutura trouxe desafios. O tempo necessário para conferência e separação dos produtos dentro da câmara fria exigiu planejamento para minimizar a exposição prolongada dos profissionais às baixas temperaturas. Além disso, foi necessário assegurar condições adequadas de salubridade para os trabalhadores que atuavam no local.

Atualmente, a Rede de Frio da Secretaria de Estado da Saúde – SP - Centro de Vigilância Epidemiológica garante a qualidade dos imunobiológicos, desde a sua produção até a aplicação. Agora as perdas de produtos são mínimas e, quando ocorrem, estão relacionadas a falhas em refrigeradores locais nas unidades de saúde ou devido a interrupções prolongadas no fornecimento de energia elétrica.

A evolução da Rede de Frio na região de piracicaba é motivo de orgulho para a equipe que participou diretamente dessa trajetória, reafirmando o compromisso contínuo com a segurança e eficiência no armazenamento e distribuição de imunobiológicos.

Depoimento redigido por Glaucia Elisa Cruz Perecin, Enfermeira e Mestre em Saúde Coletiva e Lucelena de Fatima Octaviano Noale, Enfermeira e Especialista em Saúde Pública



**Márcia Cristina
Fernandes Prado Reina**

Capacitar
para a ação

Márcia Cristina Fernandes Prado Reina é enfermeira, com mestrado na área. Sua trajetória na profissão começou como enfermeira em uma Unidade de Saúde, no antigo Centro de Saúde de Pereira Barreto (SP). Posteriormente, ingressou no Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), ainda na época em que a estrutura era denominada ERSa (Escritório Regional de Saúde), passando depois a DIR e, posteriormente, a Departamento Regional de Saúde (DRS). Atuou em diferentes regiões do estado de São Paulo, incluindo as cidades de São José do Rio Preto e Santos, sempre com foco nas ações de vigilância epidemiológica. No começo de sua carreira, em 1984, no município de Pereira Barreto, Márcia se recorda que a comunicação com sua regional em Araçatuba ainda era feita por carta nas quais eram feitos os pedidos de insumos, como vacinas.

Márcia também teve a oportunidade de atuar no CVE, onde trabalhou na área de planejamento. Após esse período, retornou à regional de São José do Rio Preto e assumiu o cargo de Secretária de Saúde do município de Votuporanga. Márcia se aposentou das atividades vinculadas ao Estado. Paralelamente, também trabalhou na iniciativa privada, exercendo a função de auditora de convênios em empresas do setor. Atualmente, segue sua trajetória profissional com uma nova atuação, voltada para a área de tecnologia da informação.

A chegada do CVE, recorda, trouxe ganhos de integração, comunicação e logística, especialmente na área de vacinação, com aumento da segurança e agilidade no acesso aos imunobiológicos por municípios de todo estado. Além disso, ela destaca a importância da Divisão de Métodos da instituição.

Para Márcia, a criação dessa Divisão foi um marco que mudou o perfil epidemiológico do estado de São Paulo e não encontra paralelos no Brasil. Isso foi possível graças a uma equipe dedicada que ajudou a levar conhecimento para todas as regiões do estado.

Os Treinamentos Básicos em Vigilância Epidemiológica (TBVEs) e os Cursos Básicos em Vigilância Epidemiológica (CBVEs) criaram uma

verdadeira rede descentralizada de conhecimento. Tal estratégia permitiu, a um só tempo, formar equipes multiprofissionais competentes e preparadas para trabalhar em municípios de pequeno, médio e grande porte e valorizar os especialistas da saúde que atuavam nas suas mais diferentes esferas. Esse trabalho exigiu estrutura, dedicação e muito conhecimento técnico da equipe do CVE, que apoiou constantemente os grupos de vigilância regionais, fato fundamental durante o processo de municipalização da saúde ocorrido na esteira da implantação do SUS.

Todo esse caminho foi fundamental para que São Paulo estivesse preparado para desafios maiores, como a implantação do Regulamento Sanitário Internacional no Brasil, que entrou em vigor oficialmente em 2009. Graças a essa estrutura consolidada, o estado conseguiu executar esse processo com agilidade e, principalmente, com qualidade.

Márcia recorda de alguns momentos-chave e ações estratégicas do CVE em conjunto com os GVEs. É o caso da epidemia de Aids e a atuação dos Centros de Referência e Treinamento (CRTs) em todo o estado. Ela também afirma que a criação do CVE e dos GVEs foram responsáveis pela eliminação de doenças em São Paulo, por assegurar a qualidade da imunização no estado e levar conhecimento técnico a todos os seus 645 municípios.

Durante a pandemia de influenza, uma das coisas que mais deixou Márcia impressionada foi a capacidade de organização do CVE. Naquele momento, o desafio era claro: garantir que os fármacos chegassem a todas as regiões do estado. O CVE funcionava 24 horas por dia, com profissionais que atuavam diretamente na distribuição, organizando os estoques, contando medicamentos, refazendo cálculos e ligando pessoalmente para cada regional para garantir o abastecimento. Essa agilidade e comprometimento, aliada ao sistema de notificações bem afinado, foi o que impediu que a situação se agravasse ainda mais.

Márcia faz questão de destacar o investimento do CVE na ampliação e qualificação da rede de frio em todo o estado de São Paulo. Ela

ressalta a importância do CVE na articulação com diversas instituições estratégicas, como o Instituto Adolfo Lutz, o Instituto Pasteur, a hoje extinta Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), além das Coordenadorias da Secretaria de Estado da Saúde.

Outro ponto fundamental para ela foi o estímulo à produção científica com o incentivo à realização de pesquisas e à produção de artigos acadêmicos, ampliando o protagonismo das Regionais, especialmente dos GVEs. Isso abriu novas oportunidades para que essas equipes participassem de estudos junto ao nível central e às universidades, além de produzirem seus próprios trabalhos para publicação, valorizando o conhecimento técnico local.

Outro avanço importante que Márcia pontua em relação ao CVE foi a incorporação do planejamento na gestão. Quando ela foi trabalhar nessa área, pretendia-se dar um contorno mais claro a essa atividade, que já existia, mas precisava ser organizada. Ele frisa que planejar é olhar para o que já se faz, estabelecer metas e ações futuras, e, sobretudo, significa investimento. Não adianta planejar sem recursos, porque sem dinheiro nada sai do papel.

No caso do CVE, ela recorda que uma das principais dificuldades do planejamento era mensurar o trabalho de seus profissionais, com vistas a dimensionar os recursos humanos necessários para responder de forma eficiente tanto a uma emergência como ao trabalho cotidiano das Regionais.

Sobre esse assunto, Márcia faz questão de sublinhar a atuação de GVE de São José do Rio Preto, que já foi responsável por nada menos que 102 municípios na maioria de pequeno e médio porte, e atualmente por 67 municípios, o que demanda um trabalho altamente complexo, realizado de forma a se adaptar às necessidades e dinâmicas de cada localidade. Foram fundamentais para isso o Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE) e o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) realizados por seus profissionais.

Um dos episódios mais emocionantes da trajetória profissional de Márcia foi a organização da vacinação de bloqueio contra a menin-

gite C em sua Regional. Na ocasião, ela contou com a colaboração e o apoio fundamental da Dra. Neuma Terezinha Rosseto Hidalgo e do Dr. José Cassio de Moraes, diretor do CVE. As orientações do Ministério da Saúde foram passadas em um documento técnico, extenso e em inglês, baseado nas práticas adotadas nos Estados Unidos.

Diante daquele desafio, o trio fez um esforço para traduzir, compreender as diretrizes e as adequar à realidade local. Esse trabalho conjunto foi fundamental para a implementação da estratégia de ação. Márcia tem profunda gratidão por todos que participaram desse processo, que marcou a história da vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo.

O resultado foi expressivo: a redução da taxa de incidência e de letalidade da doença, não apenas pela vacinação, mas por meio de uma resposta articulada que envolveu detecção precoce, acesso oportuno aos serviços de saúde e quimioprofilaxia adequada.

A investigação de uma nova doença que afetou a região fez com que o treinamento e a teoria pudessem ser colocados em prática: o vírus de Saint Louis. Márcia lembra que foram seguidas rigorosamente todas as etapas do método epidemiológico de investigação: identificação da fonte, do modo de transmissão, dos grupos mais expostos ao risco e dos fatores determinantes. Foi estabelecido o fluxo necessário para confirmação diagnóstica. O perfil epidemiológico da situação foi caracterizado e as medidas de controle adequadas foram definidas.

Esse processo contou com o apoio fundamental da equipe do nível central, da Divisão de Zoonoses, do Ministério da Saúde, do Instituto Adolfo Lutz que esteve presente para a coleta de material, e da Sucen. Foi uma ação conjunta, articulada e eficiente diante de uma doença que, até então, era pouco conhecida e que, a partir daquele episódio, passou a ser de notificação obrigatória. Esse processo trouxe uma certeza muito importante: o método de investigação epidemiológica funciona, é eficaz e pode ser aplicado em qualquer contexto.

A importância da comunicação para o profissional de saúde pode ser ilustrada por um caso paradigmático. Em 1984, quando Márcia tra-

balhava como enfermeira na cidade de Fernandópolis, ela teve a oportunidade de investigar um surto de hepatite. Ela organizou as informações que havia coletado e as afixou na parede do Centro de Saúde. Foi então que viveu uma das experiências mais marcantes da sua vida profissional.

O motorista da unidade, ao olhar para aqueles dados, disse: “Olha, eu não entendi nada daquilo que a senhora falou lá, mas eu achei muito importante. A senhora pode me explicar?”. Naquela mesma hora, ela respondeu ao funcionário: “Claro que posso. Vamos lá que eu quero explicar tudo aquilo que o senhor está vendo ali”.

Esse diálogo foi um divisor de águas para Márcia. Naquele instante, ela se deu conta de algo fundamental: a importância da comunicação clara e acessível. Não bastava levar informação técnica para profissionais de saúde. Era necessário se comunicar também com toda a população que fazia parte daquela realidade e precisava entender o que estava acontecendo; era imprescindível superar o abismo que a separa do saber científico. Aquele momento mudou a maneira de Márcia se comunicar e, sem dúvida, fez toda a diferença em sua trajetória.

Já o primeiro caso de dengue hemorrágica registrado no estado de São Paulo aconteceu em 1999 e serviu para evidenciar a importância de outro fator crucial para os especialistas da saúde. A paciente foi uma menina de 13 anos, moradora de Riolândia, uma pequena cidade na divisa com Minas Gerais. Felizmente, essa jovem não veio a óbito.

Márcia estava na cidade e, ao avaliar o quadro da paciente, pediu que a levassem imediatamente para Votuporanga, município da região com mais recursos. Lá, foi atendida por um pediatra extremamente atento e dedicado. No primeiro contato, esse médico levantou a hipótese de dengue hemorrágica, uma suspeita que, até então, não era comum, já que o estado de São Paulo sequer registrava casos dessa variedade da doença.

Essa jovem foi salva graças à sensibilidade e à preparação desse pediatra. Ele não apenas teve intuição clínica, mas estava capacitado e sensibilizado para reconhecer um quadro inédito na região e no

estado. Não foi sorte. Foi o resultado que demonstra a importância da formação e do preparo do profissional de saúde.

Márcia também lembra que a integração dos municípios dos GVEs de São José do Rio Preto e Jales foi fundamental para conter o avanço da febre amarela na região em 2000. Às vésperas do carnaval, uma força-tarefa foi reunida e posta em ação rapidamente, em carros e barcos, para vacinar dezenas de milhares de pessoas.

O planejamento e implementação de ações integradas de notificação em tempo real foram especialmente estratégicos em dois momentos-chave para os GVEs: a Copa do Mundo de 2014 e a visita do Papa à cidade de Aparecida do Norte. Nos dois eventos, a adoção de uma metodologia única de trabalho, com profissionais em contato direto com o nível Central, foi fundamental para organizar as ações entre diferentes municípios, alocar de forma eficiente os recursos disponíveis e obter resultados positivos. Essa dinâmica bem-sucedida foi fonte de grande aprendizado para Márcia e empregada em outros eventos de massa no estado.

Márcia é uma apaixonada pela vigilância epidemiológica. Não há um lugar a que ela vá em que não aja como uma vigilante. Talvez seja algo que esteja no sangue, mas que nenhum exame é capaz de acusar. Por fim, Márcia faz questão de agradecer a todos que a ajudaram em seu caminho na saúde pública, profissionais que, com carinho, dedicação, mas também com respeitadas divergências, moldaram seu perfil e assentaram sua autoconfiança: equipes das divisões, Central e Diretoria do CVE, Dra. Márcia Oliveira, Dra. Márcia Caraça, Dra. Inês Kazue Koizumi, Dr. Marcos Boulos, Dra. Clelia Maria Sarmento de Souza Aranda e Dra. Ana Freitas.



Márcia Helena Simonetti

Vigilância: vivência e vício

Márcia Simonetti é enfermeira e, desde 1986, atua como diretora de Vigilância do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) do Escritório Regional de Saúde (ERSA) de Bauru, época da estruturação do CVE. Ela se lembra de, nessa fase, junto com a equipe desta Regional, manter contato e “atormentar bastante” o Dr. Alexandre Vranjac, fundador do CVE. Márcia chegou a se aposentar, mas retornou ao cargo de Diretora, que ocupa no momento.

Antes de ingressar no GVE, sua trajetória no serviço público começou em 1981 ministrando aulas em um curso de auxiliar de enfermagem na cidade de Assis (SP), que hoje é dado em uma Escola Técnica Estadual (ETEC) e contou com uma passagem pelo Centro de Saúde de Bauru. Em toda sua trajetória, Márcia destaca o constante apoio recebido de colegas e diretores desses órgãos de saúde.

Márcia relata que o trabalho que despertou seu fascínio pela vigilância aconteceu em 1984, quando participou da investigação de um surto de febre purpúrica ocorrido na cidade de Promissão. A doença afetava especialmente crianças menores de dez anos e estava ligada a complicações de casos de conjuntivite que evoluíam rapidamente para um quadro clínico com petéquias, púrpuras e outras sufusões hemorrágicas semelhantes à meningococemia, resultando em óbito.

Outra experiência marcante ocorreu em janeiro de 2002, com a interdição de uma fábrica de baterias para automóveis que revelou um grave problema de contaminação ambiental por chumbo, com riscos diretos à saúde da população local. O episódio, comunicado oficialmente à Vigilância Epidemiológica pouco antes do Carnaval, marcou uma experiência inédita para os profissionais da área da saúde de Bauru como um todo, e para Márcia em particular.

Sem experiência consolidada na área de saúde ambiental, ela recorda que as equipes enfrentaram um desafio inédito: definir

métodos de pesquisa, parâmetros de avaliação e estratégias de enfrentamento diante da contaminação por uma substância altamente tóxica, especialmente para crianças.

A resposta organizada ao problema foi coordenada pelo então diretor do Departamento Regional de Saúde (DRS), que instituiu um comitê envolvendo diferentes órgãos e especialistas. Participaram das ações a Secretaria Municipal de Saúde, a CETESB, a Fundacentro, o Ministério da Saúde, além de diversas instituições de ensino e pesquisa. Márcia faz questão de destacar o trabalho da Dra. Clarice Umbelino de Freitas, então Diretora da Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente do CVE, que apoiou os trabalhos e articulou os diferentes setores envolvidos, e do Dr. Eduardo Mello de Capitani, toxicologista da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), cuja contribuição técnica foi fundamental para a condução dos atendimentos e com quem Márcia teve a oportunidade de aprender muito sobre sua especialidade.

As avaliações clínicas contaram com apoio de instituições como a Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp), a Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) e o Centrinho (Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP), além da colaboração de psicólogos e outros profissionais.

Membros dessa equipe se reuniam periodicamente para a realização de exames. Foram avaliadas 857 crianças, duas gestantes e 23 nutrizes da região. Uma gestante e 314 crianças apresentaram níveis de chumbo no sangue acima dos limites recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Todos foram acompanhados e, a depender do caso, realizaram exames detalhados e avançados para a época, como radiografias de ossos longos.

A contaminação ambiental atingiu principalmente a terra das residências próximas, local onde crianças brincavam diariamente. Estudos indicaram a presença de chumbo nas cabeceiras das

camas e em produtos como ovos e hortaliças cultivadas no local. Foram necessárias ações específicas, como raspagem e umedecimento do solo, para evitar que o metal se espalhasse ainda mais. Em uma das casas os níveis de contaminação eram tão altos que foi necessário cimentar o quintal da residência. Dar um destino adequado aos resíduos, especialmente a terra retirada dos locais, também foi mais uma questão a ser enfrentada. Por fim, a própria empresa de baterias acabou por construir um tanque apropriado para o descarte.

Outro desafio enfrentado foi a comunicação de risco com a imprensa. Foi preciso estabelecer protocolos e designar porta-vozes oficiais para evitar a sobrecarga da equipe e controlar a disseminação de informações desencontradas.

Ao final, o caso, que Márcia descreve como fascinante, representou uma experiência marcante e transformadora para os profissionais envolvidos, especialmente por se tratar da interseção entre saúde pública, meio ambiente e comunicação com a imprensa, o que demandou a montagem de uma complexa rede de logística e integração. A atuação concatenada entre diferentes esferas e a contribuição de especialistas possibilitaram o enfrentamento de uma situação inédita, cujos aprendizados seguem sendo referência para quem participou diretamente da operação. A empresa, interdita à época, não opera mais.

Porém, nem sempre a investigação ocorre sem maiores problemas. Márcia recorda de um surto de intoxicação alimentar ocorrido em Bauru, mais uma vez durante um Carnaval, que mobilizou equipes de saúde e fiscalização sanitária. Profissionais da afiliada da rede de TV da cidade estavam entre os afetados. O caso aconteceu em um dos restaurantes mais conhecidos e movimentados de Bauru, justamente em um período de grande fluxo de visitantes. Por envolver membros da imprensa, a situação ganhou repercussão imediata, o que aumentou a pressão sobre as equipes de saúde. Uma força-tarefa foi mobilizada.

Os primeiros sintomas apresentados foram quadros de diarreia e mal-estar gastrointestinal, levantando a suspeita inicial de contaminação por *Salmonella*. Foram realizados exames nos clientes afetados e em todos os trabalhadores do restaurante, que chegou a ser interditado preventivamente. Amostras de alimentos ainda disponíveis foram recolhidas para análise.

A investigação, no entanto, enfrentou um obstáculo que dificultou o desfecho rápido do caso: um erro no preenchimento das fichas de controle. Um dos formulários indicava um trabalhador, mas sem o devido registro da função. Esse detalhe acabou retardando a identificação da verdadeira fonte do surto. No meio da apuração, foi descoberto que o caso pendente, que não constava corretamente na lista inicial, era justamente da cozinheira do restaurante, que estava com níveis altíssimos de *Salmonella*. A falha na investigação, provocada por um erro simples de preenchimento de uma ficha, trouxe um grande desgaste e exigiu um esforço redobrado por parte da vigilância epidemiológica.

Além dos desafios inerentes ao trabalho prático, outra frente a ser administrada por profissionais do GVE envolve elementos da política local. O perfil da gestão municipal, representado pelo prefeito ou pelo secretário de saúde, influencia diretamente na condução das equipes. A luta pela manutenção de um número mínimo de funcionários para as equipes de saúde é apenas parte do problema.

Em muitos casos, profissionais capacitados, que passaram por processos de formação específicos para atuar na vigilância ou imunização, são realocados para outras funções por critérios administrativos ou políticos. Isso acaba gerando desperdício de investimento de tempo e de recursos em formação. A renovação de administradores a cada ciclo eleitoral, com a nomeação de secretários, por vezes inexperientes, na área da saúde é mais um fator a ser levado em conta nessa complicada equação.

Márcia lembra com carinho tanto do Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica (TBVE) quanto do Treinamento de Nível Médio (TNM). Para ela, os treinamentos do TBVE não eram apenas momentos de ensino técnico, mas oportunidades ricas de troca de saberes e vivências. Ela destaca que o mais marcante nessas ocasiões era o contato humano: conviver com os participantes durante uma semana proporcionava a escuta de histórias, gerando um aprendizado mútuo.

Já o TNM, em especial, deixou boas lembranças porque os alunos saíam valorizados e transformados. Muitos participantes contavam que o curso ajudava a perceber que os desafios que enfrentavam em seus municípios não eram isolados e que havia soluções possíveis, compartilhadas durante os encontros. Esse reconhecimento e gratidão duradouros, inclusive com egressos mantendo contato com ela até hoje, reforçam para Márcia a importância do trabalho que foi realizado.

E é justamente essa dinâmica de deixar um pouco de si e receber influência, ajuda e conhecimento dos outros que, para Márcia, faz da vigilância algo tão enriquecedor, fonte de satisfação e recompensa, atividade que exerce fascínio e atração semelhantes a um vício que coloca a aposentadoria em um horizonte distante.



Márcia Regina Pacóla

Vestindo a
camisa da
vigilância

A enfermeira Márcia Regina Pacóla descreve com paixão sua trajetória pela Saúde Pública. Nasceu em Mogi Mirim, município do interior paulista e iniciou sua carreira na cidade vizinha, logo após se formar, supervisionando estágios na Santa Casa de Mogi Guaçu. Seu bom desempenho fez com que fosse contratada para atuar como enfermeira responsável por duas alas da instituição.

Com forte interesse pela saúde coletiva, Marcia prestou concurso para a Prefeitura de Mogi Mirim e foi aprovada em primeiro lugar, iniciando sua trajetória na Saúde Pública. Posteriormente, também foi aprovada em primeiro lugar no concurso estadual e na seleção para a especialização em Saúde Pública da Unicamp, desempenhos que, com justiça, a deixaram bastante orgulhosa.

Desde 1986, Marcia atua na Saúde estadual, onde contribuiu com atendimentos especializados e ajudou a fortalecer os serviços de saúde da região. Com a extinção dos Distritos Sanitários e a criação do Escritório Regional de Saúde (ERSA-28), Marcia passou a atuar diretamente na Vigilância em Saúde e, posteriormente, em São João da Boa Vista.

Após três anos, no ano 2000, conseguiu sua transferência para o GVE de Campinas, onde atua há 24 anos como diretora, atendendo uma população de aproximadamente 4,5 milhões de habitantes, em uma região composta por 42 municípios de pequeno, médio e grande porte e que conta com um aeroporto internacional. Ela assumiu o posto de diretora após a ocupante do cargo, que havia pedido transferência para a secretaria municipal de saúde de Campinas, indicá-la ao posto. Marcia gosta especialmente de se dedicar à assistência dos pacientes, participando de campanhas de vacinação, assim como de ministrar cursos de capacitação de coleta de materiais.

Nos primeiros tempos em Campinas, Marcia ficou encarregada de programas para a Vigilância da esquistossomose e da raiva. Para esta última, organizou e sistematizou as notificações de casos de

epizootias da doença envolvendo bovinos da cidade de Bragança Paulista, fato que motivou uma reunião de emergência com a direção do CVE.

Ter conquistado o respeito, a escuta e a aceitação de suas considerações por parte dos gestores municipais, secretários de saúde e prefeitos, como por exemplo os convites que recebe para participar das reuniões da AgemCamp, Agência Metropolitana que planeja ações em diversas áreas de 19 municípios da região de Campinas, é fonte de satisfação para Marcia. Integração com a comunidade e reconhecimento que se refletiram até em uma condecoração concedida pela Polícia Militar por seu apoio à vacinação contra a Covid-19.

Porém, nem sempre as coisas saem exatamente como o planejado. Certa vez, durante a epidemia de febre amarela ocorrida nos anos de 2016 e 2017, Marcia vivenciou um episódio curioso, quando um prefeito, que havia combinado de lhe receber às sete horas da noite, foi atendê-la somente três horas depois. Sem jantar e tendo à sua disposição somente um café tão frio e amargo quanto a espera, Marcia teve sua compensação durante a reunião. No encontro, o prefeito compreendeu e acatou seus argumentos técnicos para a condução da situação, em detrimento do que postulava a secretária municipal da saúde, e ainda se desculpou com Márcia por deixá-la esperando e não priorizar o assunto. Um final recompensador para uma história com início pouco auspicioso.

Das lembranças com a equipe do CVE, Marcia se recorda de um episódio emblemático, ocorrido no início de 1988, quando ainda atuava na ERSA de Mogi Mirim, envolvendo três casos de óbito por raiva humana em crianças. Ela ainda é capaz de se recordar com absoluta clareza de discutir o caso com o Dr. Alexandre Vranjac, fundador do CVE, em uma sala da sede da Regional. Porém, é traumática a lembrança de sua ida, junto com a Diretora da ERSA, ao velório de uma das crianças para coletar material.

O desejo de Marcia fazer sempre mais que o básico esbarra, hoje em dia, na carência de recursos, especialmente de pessoal. Embora conte com o precioso auxílio de uma equipe bastante comprometida e escolhida a dedo, seus apenas nove integrantes são responsáveis por 42 municípios. Assim, Marcia, que se vê antes como uma técnica que como uma diretora, acaba tendo de acumular as funções de interlocutora para enfermidades como hanseníase, tuberculose e de saúde do trabalhador e com a administração de um grande almoxarifado de vacinas. Ela é ainda a referência regional não apenas para o CVE, mas também para outros órgãos de Saúde do estado, como o Instituto Pasteur; CRT; IAL.

Não é de se estranhar que, por conta disso, Marcia tenha de sacrificar alguns momentos em família, postergar férias e se manter permanentemente conectada, mesmo aos finais de semana e feriados. Mas isso não representa um sacrifício para ela, que, como diz, veste a camisa do GVE e não a retira nem para dormir. Nesse caminho, ela faz questão de ressaltar sua parceria com o CVE, sua grande aproximação com seus diretores das Divisões Técnicas e a alegria de participar das reuniões no órgão.

Para o CVE, nesses quarenta anos de história, a possibilidade de estabelecer essa colaboração e contar com profissionais tão comprometidos como ela foram fundamentais para que o Centro pudesse planejar, executar e avaliar plenamente suas ações.



**Guilherme Fonseca
Cabral Ferraz**

Humanizar
processos,
integrar
pessoas

Guilherme Fonseca Cabral Ferraz atua como gestor de Recursos Humanos no CVE desde 2018. Ele ingressou na instituição em 2015, inicialmente como responsável pelo Núcleo de Cadastro e Frequência. Formado em Gestão de Recursos Humanos e em Psicologia, com especializações em Recursos Humanos na Saúde e em Neuropsicologia, ele foi convidado a integrar o CVE pela então diretora, Débora Ferreira dos Santos. Desde então, conduz uma transformação significativa na atuação do setor, alinhada com as mudanças que a área de RH vem passando nos últimos anos.

Guilherme atuou previamente no Instituto Pasteur, onde assumiu a chefia de pessoal em 2013. Foi lá que teve seu primeiro contato com o CVE, por meio de uma especialização promovida pela Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD). A experiência positiva com profissionais do Centro contribuiu para sua decisão de aceitar o convite para ingressar na instituição.

Segundo Guilherme, o trabalho no CVE representa um desafio constante, especialmente por se tratar de uma entidade que demanda atualização frequente e lida com profissionais altamente qualificados. Essa realidade impõe ao RH a necessidade de se posicionar de forma estratégica, mais próxima da gestão e envolvida nas decisões da unidade. Guilherme destaca que, ao longo de sua trajetória, estreitou vínculos com diferentes gestoras que passaram pela direção do CVE, como as doutoras Regiane Cardoso de Paula, Helena Keiko Sato e Tatiana Lang D'Agostini, fortalecendo o papel do setor de Recursos Humanos como apoio à gestão institucional.

Um dos marcos de sua atuação foi a adoção de ferramentas tecnológicas, como o uso de aplicativos de trocas de mensagens na comunicação com os GVEs (Grupos de Vigilância Epidemiológica), o que aproximou o RH das Regionais e otimizou o fluxo de trabalho. Ele observa que essa modernização contribuiu para romper com o

modelo anterior de um RH meramente operacional, voltado a tarefas burocráticas, permitindo a construção de um departamento mais integrado à dinâmica institucional e às necessidades dos colaboradores.

Para Guilherme, um dos principais avanços desses quase dez anos de trabalho é justamente a humanização das relações dentro do setor. A aproximação com os profissionais do CVE, a escuta ativa e a construção de vínculos de confiança fazem parte de um modelo de gestão mais empático e acessível. Ele acredita que esse contato pessoal é essencial, pois o RH, como afirma, “é o coração da instituição”.

Ao refletir sobre sua trajetória, Guilherme reconhece que, embora os desafios sejam diários e complexos, sua motivação permanece firme. Para ele, o compromisso com o coletivo e a missão institucional são fontes permanentes de sentido e engajamento: “Estamos aqui por um bem maior”, afirma.

Porém, isso não significa que não existam dificuldades. A questão mais delicada que tem enfrentado está em lidar com a frustração dos profissionais diante das limitações estruturais do serviço público, especialmente em um contexto marcado por incertezas e escassez de recursos humanos.

Ele relata que, frequentemente, é cobrado por gestores de diferentes áreas quanto à reposição de pessoal, uma demanda que, na maioria das vezes, não pode ser atendida. Guilherme observa que, em comparação com o início da década de 2010, houve uma significativa redução no quadro de profissionais, sem que houvesse, na mesma proporção, políticas ou projetos de reposição desse pessoal ou adequações nas formas de trabalho.

Essa impossibilidade de oferecer respostas concretas a tais demandas causa angústia não apenas entre os solicitantes, mas também nele próprio, como gestor. Segundo Guilherme, o impacto desse fenômeno é evidente: atividades antes distribuídas entre cinco profissionais, por vezes, passaram a ser executadas por apenas um.

Nesse contexto, seu papel passa também por apoiar emocionalmente as equipes, mediar expectativas e estimular alternativas viáveis dentro das possibilidades institucionais, além de promover uma reflexão entre os colaboradores sobre novas estratégias de organização do trabalho. A proposta é pensar coletivamente em formas de otimizar os processos e distribuir as tarefas de modo a minimizar a sobrecarga dos que permanecem.

Nesse sentido, Guilherme também compartilha uma reflexão importante sobre a atuação das unidades regionais do CVE e o papel estratégico dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs). Para ele, a atual distribuição territorial das unidades faz sentido diante do perfil de trabalho desenvolvido pela instituição. Reconhece que, além das atribuições técnicas, os GVEs passaram a desempenhar uma função política relevante, especialmente no que diz respeito às articulações e pactuações locais. Estar inserido no território, afirma, é uma característica fundamental dessa estrutura descentralizada.

Como gestor de RH, ele destaca que desenvolveu uma compreensão mais ampla das demandas enfrentadas por essas unidades. Ele enxerga a complexidade da atuação das gestoras dos GVEs, que hoje conciliam responsabilidades técnicas e políticas. Essa compreensão o ajuda a dimensionar corretamente o volume de trabalho enfrentado por elas, que tem crescido significativamente, ao mesmo tempo em que o número de profissionais disponíveis diminuiu.

Essa discrepância entre aumento das responsabilidades e redução da força de trabalho é, na avaliação de Guilherme, uma das fontes mais constantes de estresse também entre os gestores locais. Ele ressalta a importância de buscar alternativas dentro daquilo que está ao alcance dos administradores, o que ele chama de “governabilidade”, para que seja possível reduzir a sobrecarga e encontrar soluções práticas diante das limitações estruturais.

Guilherme também reflete sobre a composição de sua equipe de trabalho e os desafios de gestão nesse contexto de limitações técnicas e quantitativas. Reconhece que, como acontece em qualquer grupo, membros de seu time apresentam algumas deficiências em termos de habilidades específicas. Contudo, destaca sua capacidade de identificar o potencial de cada integrante e direcioná-los para funções em que possam desempenhar melhor suas competências.

Ele observa que há profissionais com excelentes resultados na execução de tarefas, mas que enfrentam dificuldades ao lidar com o público. Nessas situações, evita expô-los a funções que envolvam atendimento direto, como balcão ou telefone, preservando a qualidade do serviço e o bem-estar do servidor. Para Guilherme, esse olhar atento aos perfis individuais deve estar presente também em outras áreas do CVE, onde frequentemente se encontram especialistas que, embora tecnicamente muito capacitados, não possuem habilidades interpessoais desenvolvidas. Nesse sentido, enxerga como papel central do gestor reconhecer essas limitações e extrair o melhor de cada profissional, ajustando expectativas e funções de maneira estratégica e respeitosa.

Pensando no futuro, Guilherme aponta o fortalecimento da política de estágios como uma alternativa viável e promissora frente à carência de pessoal. Acredita que os GVEs têm potencial para estabelecer parcerias com universidades locais. Destaca que muitos servidores já atuam como docentes e que isso pode facilitar a aproximação entre o serviço público e a academia. Para ele, promover o estágio não apenas supre parcialmente a falta de profissionais, como também torna o serviço mais atrativo para estudantes que estão ingressando no mercado de trabalho.

Em paralelo, Guilherme enxerga duas atitudes que podem ser muito benéficas para o CVE lidar com esse cenário problemático de Recursos Humanos. Em primeiro lugar, aproximar-se do Centro Formador de Pessoal Para a Saúde (CEFOP) e pleitear a criação de uma especialização em Epidemiologia ou mesmo buscar conhecer e se inserir no processo de reestruturação pelo qual o órgão está passando são alternativas que visam aperfeiçoar a mão de obra disponível e, assim, otimizar a realização de tarefas.

Além disso, romper um certo isolamento que tem marcado a comunicação do CVE e aperfeiçoar os canais de divulgação do trabalho e da produção do Centro tem o potencial de torná-lo atrativo para os servidores da saúde.

Guilherme reforça uma convicção que atravessa sua trajetória no CVE: a importância dos laços humanos no ambiente de trabalho. Para ele, iniciativas como comemorações de aniversários, festas juninas e eventos de confraternização não são apenas gestos simbólicos, são estratégias fundamentais de integração e fortalecimento das relações entre os colaboradores. Em um ambiente marcado, muitas vezes, por rotinas compartimentadas e distanciamento entre áreas, esses encontros criam oportunidades para o diálogo, a escuta e a construção de um espírito institucional coletivo.

Guilherme reconhece que nem todos compreendem de imediato o valor dessas ações. Já se deparou com críticas e resistências, inclusive por parte de algumas equipes que optaram por não participar de confraternizações. Ainda assim, acredita que vale o esforço de insistir no diálogo, aproximar-se, abrir portas e tentar, pouco a pouco, transformar mentalidades. Cada adesão conquistada, por menor que pareça, é um sinal de que a mudança é possível.

Ele destaca, com entusiasmo e realismo, que o propósito de cultivar o senso de pertencimento em um grupo tão heterogêneo exige energia e persistência. Para Guilherme, o trabalho no serviço público não deve ser visto como algo meramente individual ou mecânico, mas como parte de uma construção institucional maior. É essa visão profissional, integrada e voltada para o coletivo que ele busca semear no dia a dia do CVE. E, apesar dos obstáculos, é preciso manter a certeza de que é possível mudar, é possível engajar. E esse movimento começa, sempre, pelas pessoas.



Iane Campos de Moraes

Do caos
nasce a
ordem

Iane Campos de Moraes é uma pessoa bastante ativa. Gosta de se entregar totalmente às tarefas que abraça e teve de aprender de forma um tanto dolorosa o significado da palavra moderação. Iniciou sua trajetória profissional na área da saúde em 1998, aos 18 anos, quando ingressou no Hospital Penteado, na área administrativa, por meio de um contrato emergencial. Sua entrada não foi motivada por um projeto institucional, mas por uma necessidade pessoal: conseguir um emprego para ajudar nas despesas familiares e viabilizar seus estudos. Inicialmente, foi designada para o setor de licitações, onde permaneceu por vários anos.

Durante esse período, buscava se descobrir profissionalmente. Iniciou o curso de Administração com ênfase em Comércio Exterior, mas não se identificou e optou por trancá-lo. Após uma orientação vocacional, ingressou em Comunicação Social, com habilitação em Publicidade e Propaganda, área pela qual também não se encantou, especialmente ao enfrentar as dificuldades de um mercado de trabalho bastante hostil.

Apesar das dúvidas e recomeços, permaneceu no hospital até 2010, desenvolvendo-se em diferentes funções. Em 2005, após concluir a faculdade, considerou sair de seu emprego, chegando a distribuir currículos. No entanto, foi convidada a assumir a chefia da manutenção de equipamentos, transitando posteriormente por diversos setores, o que consolidou sua identificação com a área da saúde. Em 2007, decidiu investir na carreira e iniciou uma pós-graduação em Administração Hospitalar, marcando uma definição de rumos em sua trajetória profissional.

Em 2010, após uma visita informal à Secretaria da Saúde para rever colegas do Hospital Penteado, Iane reencontrou sua antiga diretora, então atuando no CVE. Pouco tempo depois, foi convidada por ela a integrar a equipe do CVE, mesmo sem conhecimento prévio sobre a vigilância epidemiológica. Sua experiência até então era totalmente administrativa e voltada à área assistencial hospitalar.

Ingressou oficialmente no CVE em agosto de 2010, substituindo inicialmente uma diretora de compras em processo de aposentadoria e, em seguida, assumindo a função de assistente da Coordenação de Gestão Administrativa (CGA). Foi nesse contexto que começou a compreender a magnitude e a complexidade do trabalho em saúde pública e vigilância epidemiológica, participando de ações que envolviam diretamente todos os 46 milhões de habitantes do estado de São Paulo. Rapidamente mergulhou intensamente em seu trabalho, assumindo grandes responsabilidades em eventos de mobilização contra a dengue e outras frentes.

Sua dedicação era extrema, chegando a trabalhar de 12 a 16 horas por dia. Em 2012, atuou junto à Comissão Organizadora da II Conferência Internacional em Epidemiologia, um evento de grande porte com mais de 1.500 participantes. Esse período marcou sua consolidação profissional no campo da Vigilância, ampliando sua compreensão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu caráter universal e alargando sua conscientização acerca da importância social desse Sistema. A rotina exigente, contudo, começava a cobrar um preço invisível.

Em 2016, com uma mudança na gestão, foi convidada a integrar a área de planejamento, iniciando um trânsito mais direto entre a gestão administrativa e o núcleo técnico. No entanto, em 2017, participou de um processo seletivo para a diretoria administrativa do Instituto Adolfo Lutz (IAL) e, para sua surpresa, foi aprovada. Assim, vivenciou outra dimensão da saúde pública, agora mais conectada à produção de conhecimento laboratorial e científico, também essencial à vigilância.

Durante os três anos e meio em que permaneceu lá, enfrentou problemas complexos, como a epidemia de febre amarela em 2017, o surto de sarampo em 2019 e, finalmente, a pandemia de COVID-19. A rotina se intensificou a níveis extremos. A sobrecarga emocional e

física acumulada nesse período contribuiu para o desenvolvimento de um transtorno de ansiedade generalizada. Por muito tempo, Iane tentou esconder essa condição, mas com o tempo passou a falar abertamente sobre sua saúde mental, defendendo que o tema precisa ser encarado com seriedade, especialmente por profissionais da saúde. Reconhece hoje a importância de romper o tabu em torno do sofrimento psíquico, valorizando o cuidado com a saúde mental como parte essencial do bem-estar individual e coletivo.

Iane acreditava ter encerrado seu ciclo no CVE, embora guardasse em seu íntimo uma sensação de “história mal-acabada” com a instituição. Foi então surpreendida no final de 2020 por um novo convite para retornar, agora para trabalhar na área de planejamento. Apesar do receio inicial, aceitou a proposta e pôde aprofundar ainda mais sua atuação no universo da Vigilância Epidemiológica, agora com uma visão mais madura, técnica e integrada entre o administrativo e o estratégico e, acima de tudo, com maior consciência sobre seus próprios limites e a importância do equilíbrio entre trabalho e saúde.

Sobre a Vigilância Epidemiológica, Iane tece algumas ponderações um tanto filosóficas. Ela lembra que o trabalho na área, para além da gratificação e importância que lhes são inerentes, também deixa clara nossa fragilidade e finitude, afinal, somos apenas membros de uma dentre tantas espécies habitantes do planeta Terra.

Esse autoconhecimento que conduz à humildade com a qual devemos encarar a condição humana, em sua visão, pode ser demonstrado pelo nosso alto grau de vulnerabilidade. “Somos [como espécie] tão frágeis, que perdemos até para um mosquito”. Controle de doenças? O termo lhe parece impreciso, uma vez que não controlamos a vida, ainda mais em um contexto em que o próprio ambiente do planeta está em rápida e profunda reconfiguração impulsionada pelas mudanças climáticas, completa.

Em contrapartida, Iane faz questão de salientar a dedicação e o comprometimento dos servidores públicos da Saúde. Se, por um lado, nosso destino é inevitável, por outro, sociedades que não tiveram a chance de possuir um serviço de Vigilância sofreram muito mais. Ela lembra dos inúmeros profissionais engajados e comprometidos que dedicam suas vidas a combater e, se não é possível controlar, a mitigar as consequências de doenças e de emergências em saúde. Nesse sentido, os anos de serviço e a compreensão de nossas mazelas sociais também a fazem uma ardorosa defensora do SUS.

A experiência da pandemia foi vivida por Iane com profundidade, a ponto de isolar sua família em casa, “em cárcere privado”, brinca, e de ter dificuldade de deixar de usar as máscaras de proteção, mesmo quando não eram mais obrigatórias. Ela se reconhece como alguém naturalmente intensa, e até um pouco pessimista, traços que a levaram a antecipar a gravidade da situação desde os primeiros sinais internacionais. Mesmo quando muitos ainda viam a crise como algo passageiro, ela intuía que os impactos seriam mais profundos e prolongados, como, de fato, foram.

Ela ressalta a importância do trabalho da área administrativa em uma emergência como essa. Atuando na retaguarda, esse setor é o responsável pela compra e distribuição dos insumos utilizados na linha de frente. Ela gostaria que esses profissionais também tivessem seus esforços reconhecidos pela sociedade.

Em sua atuação no planejamento do CVE, Iane lida com todas as áreas técnicas da vigilância epidemiológica, o que representa uma enorme diversidade de temas, demandas e prazos. Embora seja amplamente reconhecida pelos colegas como alguém organizada, atenciosa e educada, que trata as pessoas com gentileza e cuidado mesmo quando faz cobranças, ela própria admite que essa imagem nem sempre corresponde ao seu estado interno. Descreve-se como “um tornado por dentro”, alguém que, por vezes, é tomada por rom-

pantes de irritação. O mais difícil, segundo ela, está justamente em manter o equilíbrio diante de tantas frentes de trabalho simultâneas, cada uma com sua urgência, complexidade e impacto potencial.

Além de gerenciar prazos e processos que exigem retornos rápidos, Iane ressalta a dificuldade de articular ações de planejamento em um campo onde os desfechos nem sempre são imediatos ou visíveis. Muitas vezes, a lógica da vigilância epidemiológica, voltada à prevenção e mitigação, esbarra em uma mentalidade assistencialista ainda predominante, que tende a priorizar o cuidado após o adoecimento. Para ela, esse é um dos grandes embates institucionais: fazer valer a lógica preventiva dentro de um sistema que, por necessidade ou cultura, ainda responde principalmente à demanda curativa.

Nos últimos anos, Iane tem concentrado seu engajamento na pauta do financiamento da vigilância. O combate à desinformação, especialmente no campo da vacinação, também é uma de suas grandes preocupações. A queda nas coberturas vacinais e a propagação de fake news são, para ela, problemas que ultrapassam o campo técnico, exigindo uma abordagem integrada entre ciência, comunicação e política pública.

Iane reconhece os limites da atuação institucional e o fato de que muitas soluções não estão apenas nas mãos dos profissionais de saúde, como questões relativas à atenção primária, sobretudo quanto ao acesso, ou de fatores tão diversos que englobam a educação, o saneamento, a fome e os índices de pobreza da população. Ainda assim, acredita que é possível, e necessário, seguir lutando, mesmo que não se possa “consertar o mundo”.

Iane é uma pessoa permeável, aberta a reflexões e sensível a ponto de sempre levar em consideração a dimensão humana dos números das tabelas de casos e óbitos doenças com as quais lida rotineiramente, situação em que demonstra empatia pelos entes queridos dos que faleceram. Ela gosta de conviver com as gerações

mais novas, crê que aprende com elas mais do que ensina. Iane é grata a todos que lhe abriram as portas para entrar ou asseguraram a sua permanência no CVE, desde seu primeiro ingresso na instituição, até seu retorno mais recente. Também se sentiu feliz de ter sido chamada a participar desse livro comemorativo, reconhecimento e retribuição merecidas para quem sempre se dedicou tão apaixonadamente à Saúde.



**Jussara Helena Corrêa
Lichtenstein**

Reformando
espaços,
construindo
vínculos

Jussara Helena Corrêa Lichtenstein iniciou sua trajetória na área da saúde em 8 de fevereiro de 1971, quando foi admitida como visitadora sanitária da Campanha de Combate à Esquistossomose (CACESQ), ligada ao Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (FESIMA). Atuava em Ourinhos, realizando atividades de campo em regiões com forte presença da doença, especialmente em áreas com hortas e cursos d'água. A experiência despertou seu interesse pela saúde pública, área na qual decidiu construir sua carreira.

Com o objetivo de se especializar, buscou formação em Educação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. Após enfrentar dificuldades com a prova de língua estrangeira no processo seletivo, conseguiu ingressar no curso em 1975. Nesse ano, através do Decreto nº 5992/1975 foi alterada a denominação da Superintendência de Saneamento Ambiental (SUSAM) que atuava no controle da poluição do ar e de endemias como malária e doença de Chagas, para Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN). A CACESQ foi extinta e suas atividades e servidores foram transferidos para a SUCEN. Quando a área de controle da poluição do ar foi transferida para a Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB), a SUCEN passou a direcionar sua atuação exclusivamente para as endemias. Jussara permaneceu na instituição até 1996, ocupando funções de assessoria tanto na Diretoria de Combate a Vetores quanto na Superintendência.

Após sua aposentadoria, ficou três anos afastada até ser convidada, em 2000, a integrar a equipe do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE). Naquele momento, a unidade ainda não possuía uma estrutura administrativa formal nem autonomia orçamentária, o que a levou a atuar de forma ampla nas áreas de planejamento, pessoal e compras, assessorando o então diretor do CVE, o Dr. José Cassio de Moraes.

Em 2009, é alterada a classificação institucional da Secretaria da Saúde e o CVE passa a ser unidade de despesa, e com a reorganização da CCD – Decreto 54739/2009 o CVE para a contar em sua estrutura o Centro de Recursos Humanos e o Centro de Gerenciamento Administrativo, sendo a estrutura administrativa formal finalmente implantada. Jussara seguiu trabalhando na assessoria da Diretoria, período em que também colaborou com a área de doenças respiratórias em ações vinculadas à Organização Panamericana de Saúde (OPAS), sobretudo nas campanhas de combate ao sarampo.

Com a proximidade da extinção da SUCEN (Superintendência de Controle de Endemias), Jussara foi designada para acompanhar o processo de transição da instituição. Sua longa experiência e profundo conhecimento da estrutura do órgão a tornaram uma figura-chave para auxiliar os funcionários durante o processo de encerramento das atividades e redistribuição dos servidores. Ela explica que, no entanto, essa dinâmica não se deu de forma organizada. Segundo ela, a justificativa oficial para a extinção da SUCEN era a redução de custos, mas, na prática, o processo foi marcado por confusões e inconsistências.

Embora a estrutura funcional da Superintendência tenha sido dissolvida, com exceção dos cargos de direção e de confiança, que foram extintos, o restante dos trabalhadores permaneceu. Após a realocação dos profissionais para suas novas lotações, Jussara foi transferida para o Instituto Pasteur, onde passou a atuar como assistente da Diretoria.

No Instituto Pasteur, sua função principal é dar suporte à área administrativa, embora também preste apoio às demais seções sempre que necessário. Seu trabalho envolve desde rotinas administrativas até questões mais complexas da gestão institucional.

Em 2015, Jussara concluiu a graduação em Direito, tornando-se advogada. A nova formação ampliou ainda mais seu campo de atuação, especialmente em processos administrativos internos. Atu-

almente, ela colabora com apurações e análises jurídicas dentro do Instituto, atuando em conjunto com o Grupo de Gerenciamento Administrativo da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), sendo o Instituto Pasteur vinculado à CCD.

Sobre o CVE, Jussara destaca com carinho sua atuação transversal junto às suas diversas divisões. Sempre disposta a colaborar, ela ofereceu apoio contínuo às equipes, valorizando a troca de saberes e reconhecendo a expertise técnica de cada setor. Atuou de maneira próxima às divisões de Doenças de Transmissão Hídrica, de Zoonoses e de Imunização, lidando com uma variedade de expedientes administrativos, muitas vezes em áreas que exigiam aprendizado constante.

Ela enfatiza que sua missão sempre foi contribuir para o crescimento coletivo. Preocupava-se em garantir que o conhecimento circulasse entre os profissionais, promovendo formações e oportunidades para o desenvolvimento dos colegas. Acreditava que o saber não deveria ser retido, mas compartilhado, de modo a fortalecer o serviço público e possibilitar que todos evoluíssem em suas carreiras.

Ao ser questionada sobre os maiores desafios enfrentados ao longo de sua trajetória no CVE, Jussara recorda com intensidade da primeira grande reforma realizada na sede do órgão. Na época, o espaço era um longo corredor repleto de armários e pastas empilhadas até o teto. Com o apoio do FESIMA, foi elaborada uma proposta de reestruturação do ambiente físico, que visava proporcionar melhores condições de trabalho aos servidores.

A execução da obra, no entanto, foi bastante difícil. A equipe teve de se reorganizar para trabalhar em apenas um dos lados do corredor enquanto o outro era reformado, em meio a poeira, barulho e desconfortos. O processo gerou tensões. Houve até denúncias ao Ministério do Trabalho e situações de hostilidade por parte de alguns colegas. Mantendo-se firme em seu propósito, Jussara en-

frentou essas atitudes contestadoras e chegou a carregar pessoalmente diversos armários e objetos, o que lhe demandou grande esforço físico e emocional.

Mais adiante, uma segunda reforma foi realizada para adaptar os espaços destinados à área de Informática, Imunização e Recursos Humanos. As duas mudanças tiveram como foco a melhoria do ambiente de trabalho, com a substituição de móveis antigos por estruturas embutidas, escolha de cores mais agradáveis e a tentativa de tornar o local mais acolhedor.

Com orgulho, reconhece que a atual estrutura física do CVE, embora não seja perfeita, é fruto direto daquele esforço e representa um avanço significativo em relação às condições precárias do passado.

Outro período crítico foram os dois anos em que trabalhou no CVE sem um diretor com dedicação exclusiva à Instituição e, pior, sendo cobrada por inúmeras responsabilidades do cargo. A situação levou Jussara novamente a um estado de esgotamento físico e mental que a obrigou a exigir a resolução do problema.

Por conta de sua participação no grupo-tarefa de sarampo financiado pela OPAS, Jussara também foi professora dessa área do Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE). Para além de sua atuação docente e inspirada por um professor de Administração da Faculdade de Saúde Pública, que sempre dizia que “para administrar é preciso andar no corredor”, adotou uma postura ativa e próxima das equipes regionais. Ela é adepta do preceito de que a boa gestão se faz com presença e escuta.

Segundo ela, a atuação in loco possibilita uma compreensão mais profunda das múltiplas realidades do estado, algo que não se alcança apenas à distância. Ao longo de sua trajetória, teve a oportunidade de conhecer todos os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs) do Estado.

Essa experiência foi especialmente intensa durante a implantação do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS), que exigia visitas frequentes aos territórios para elaboração de relatórios e prestação de contas. Nesses deslocamentos, percorreu o Estado inteiro, visitando cidades distantes da capital, como Araçatuba e Presidente Prudente.

Ela se recorda também de uma viagem para um treinamento que aconteceu em Marília. Grávida de sete meses, Jussara pegou o avião aproveitando a última oportunidade de utilizar esse meio de transporte antes da restrição de voos por conta da gestação.

Mesmo após tantos anos de atuação, ela continua cultivando vínculos com os diretores regionais e diversos colegas aposentados, com quem troca frequentemente mensagens e telefonemas.

Para ela, esse laço é bastante valioso e significativo. Jussara se lembra com carinho especial de Marilda Aparecida Kersul de Brito Milagres, a quem classifica como a “História Viva” do CVE, por conta das lembranças compartilhadas com a amiga, das memórias que ela acumula e até dos registros fotográficos que guarda.

Jussara construiu uma trajetória marcada pelo comprometimento com o serviço público, pela escuta atenta aos colegas e pela incansável disposição em manter e aprimorar o funcionamento do CVE. Enfrentou desafios com coragem e se mantém ao lado daqueles com quem construiu sua história.



Marco Antonio Dias

O técnico das relações humanas

Marco Antonio Dias, conhecido como Marcão, começou sua trajetória profissional como bancário no Itaú, onde trabalhou de 1978 a 1987. Após sair dessa instituição no dia 1º de abril de 1987, decidiu prestar concurso público para a vaga de digitador, aproveitando sua experiência anterior como operador de computador. Ingressou no serviço público em 2 de setembro de 1987, com matrícula número 48, atuando no então Centro de Informações de Saúde (CIS), ainda antes de sua incorporação oficial pelo CVE.

No início, Marcão trabalhava em uma equipe de digitadores com estrutura na Avenida São Luís, no antigo Palácio da Saúde. Posteriormente, com a reorganização das áreas de vigilância, a equipe foi transferida para o prédio atual do CVE, processo que ocorreu por volta do ano 2000. Marcão destaca a convivência com colegas como Tânia Heloise Lafratta (sua primeira diretora, na área da hanse-níase), Marylise, Sadao Eto, Zilda e Walter, todos envolvidos com informática e sistemas de dados em saúde. Lembra com especial carinho da competência e prestatividade do sr. Alvimar Cotti.

Mesmo com formação técnica em contabilidade, Marcão sempre teve forte afinidade com a informática, o que o levou a buscar capacitações por conta própria. Fez um curso de suporte de hardware na escola Impacta, o que fortaleceu seu papel como apoio técnico informal no setor em que trabalhava. Apesar de ocupar formalmente o cargo de digitador, sempre atuou de maneira proativa na manutenção e reaproveitamento de equipamentos, chegando a criar um pequeno estoque de peças em sua própria sala para suprir demandas urgentes.

Marcão relata com orgulho sua atuação no suporte a colegas e até mesmo fora do ambiente institucional, realizando pequenos serviços domésticos de informática, geralmente cobrando valores simbólicos. Também critica a extinção da carreira da informática e a estagnação funcional do cargo de digitador, contrastando com os altos salários pagos a técnicos externos.

Pai de quatro filhos, de três casamentos diferentes, Marcão descreve com franqueza o impacto da vida pessoal sobre suas decisões profissionais, especialmente quando interrompeu seus estudos em Ciências Contábeis para assumir responsabilidades familiares. Sua narrativa é marcada por um forte senso de responsabilidade, iniciativa e valorização das relações interpessoais construídas ao longo das décadas de trabalho no serviço público.



**Maria Aparecida Fonseca
da Silva Martins**

Ardida
como
pimenta

Maria Aparecida Fonseca da Silva Martins, ou simplesmente Cidinha, como é conhecida entre seus colegas de trabalho, começou sua trajetória como servidora pública em 1986, aos 27 anos. Ela estava no início de sua segunda gravidez e repleta de expectativas. Após passar pela burocracia dos exames admissionais, quase viu sua posse ser adiada por suspeitas de que, como outros candidatos na época, poderia tirar a licença-maternidade e não retornar. Mas, com firmeza, garantiu que queria de fato trabalhar. Assim, foi designada para a então Divisão de Tuberculose, vinculada ao antigo Centro de Informação em Saúde (CIS), antes de sua integração com o CVE.

Iniciou suas atividades na seção de combate à tuberculose como auxiliar de estatística, em um tempo em que tudo era feito de forma que hoje parece artesanal: fichas que precisavam ser organizadas por nome, região e idade, o que fez com que ela desenvolvesse uma grande habilidade com listas e ordenamentos. Sem computadores, a rotina nesse período inicial era marcada por gavetas cheias de formulários, duplicidades a serem identificadas e dados estatísticos feitos à mão.

Até receber seu primeiro salário e ter seus vencimentos regularizados, o que, no serviço público, às vezes levava um certo tempo, foi acolhida por colegas que se uniram para ajudá-la com cestas básicas. Esse espírito de solidariedade marcou seus primeiros passos na instituição. Ao longo dos anos, Cidinha participou de ações externas, como busca ativa de casos de tuberculose em presídios, ruas e praças de São Paulo. Atuou em eventos públicos, feiras de saúde e ações educativas, inclusive com uso de peças teatrais de prevenção encenadas na Praça da República, na Praça da Sé e em Pinheiros. Iniciativas que ela lembra com entusiasmo e saudade.

Sua experiência nos presídios foi intensa: desde os procedimentos de segurança para entrada, como a retirada de relógios e objetos pessoais, até episódios em que teve de lidar com sustos,

como movimentações suspeitas que pareciam anunciar rebeliões. Sempre atenta e observadora, desenvolveu um faro apurado para situações de risco.

Apesar das recomendações para manter distância, ela gostava de ouvir os relatos dos detentos, acreditando que o diálogo era uma ponte para o cuidado. Não tinha receio de puxar conversa com os presos e até de lhes fazer pequenos desafios, como na vez em que estranhou que um homem considerado perigoso, coberto por tatuagens e que andava pela penitenciária escoltado por compar-sas, estava com receio de que o PPD (teste cutâneo para detectar a tuberculose) fosse doer. Cidinha não teve dúvidas e questionou: “Então, com todas essas tatuagens, você está com medo de uma agulhinha?”. O homem se rendeu aos seus argumentos.

Histórias como essa tornam fácil de se compreender por que Cidinha também é conhecida como “pimentinha”, apelido que ganhou por seu temperamento decidido e por não deixar de falar aquilo que achasse necessário. E para quem quer que fosse!

Após mais de duas décadas atuando na Divisão de Tuberculose, Cidinha foi temporariamente “emprestada” para trabalhar na diretoria do CVE. O que inicialmente seria uma substituição por apenas três meses acabou se tornando definitivo. A nova função exigia um tipo de rotina completamente diferente daquela a que estava acostumada: não havia mais trabalho de campo, eventos ou ações externas, elementos que ela tanto apreciava no serviço anterior.

Apesar da mudança, Cidinha se adaptou ao novo ambiente, e encontrou acolhimento na figura de sua nova chefe, mesmo diante das diferenças de estilo das duas, como o tom de voz baixo dela, que contrastava com a vivacidade de Cidinha. Os meses passaram sem qualquer sinal de retorno à antiga divisão.

O momento de reconhecimento veio quando sua ex-chefe, Dra. Vera, procurou a diretoria perguntando por “sua funcionária”, demonstrando surpresa e até insatisfação com a permanência de Ci-

dinha fora da seção de tuberculose. Ao ouvir que ela havia se tornado indispensável na nova equipe, reagiu com certa indignação: “Vocês vão tirar meu braço direito?”. O questionamento da Dra. Vera trouxe a certeza para Cidinha de que fizera um bom trabalho e de que os desentendimentos que por vezes aconteciam entre as duas (lembremos que estamos tratando com uma “pimentinha”) não tinham importância nenhuma diante de sua disposição, iniciativa e realizações.

Ainda assim, ficou claro que o retorno não aconteceria mais, pois havia excesso de pessoal na antiga área e outras divisões com déficit. Mesmo surpresa com a decisão, Cidinha decidiu permanecer onde estava, sem deixar de manter seus vínculos afetivos com o antigo departamento e passava por lá diariamente para tomar café e conversar. Desde então, segue na diretoria, onde já soma mais de dez anos de dedicação. E em todos esses anos, são muitas as lembranças de momentos felizes, de casos curiosos e situações inusitadas.

Como vimos, quando começou a trabalhar no CVE, Cidinha estava grávida. Certo dia, ao chegar para o almoço, percebeu um aroma diferente e agradável no ar. Tia Paula, a funcionária responsável pela copa, deveria estar assando alguma coisa, pensou. Não deu maior importância, e tratou de esquentar sua marmita. Pouco depois, Tia Paula retornou com um delicioso lanchinho de pernil que deu de presente para a colega gestante. Uma bela atitude que também solucionava parte do mistério. O que Cidinha descobriu em seguida foi o destinatário original da iguaria: o secretário de saúde, Dr. José Aristodemo Pinotti, para o qual Tia Paula assava todos os anos, no dia de seu aniversário, um pernil especial.

O mote dos aniversários sugere mais uma história. Durante a epidemia de gripe H1N1, Cidinha vivenciou uma situação marcante logo após sua chegada à diretoria. Dessa vez, o aniversário era o seu. Enquanto recebia homenagens e flores dos colegas, ficou responsável por aguardar a chegada de um carregamento urgente de

medicamentos, previsto para às 18h, mas que só desembarcou às 22h. Com poucos recursos e sem estrutura pronta para o armazenamento, ela passou horas esperando e recebeu o material sozinha.

Na manhã seguinte o cenário era desolador: havia diversas caixas deixadas no meio da divisão. Com auxílio de outros funcionários, Cidinha agiu rapidamente para garantir a conservação adequada dos insumos, que não exigiam refrigeração, mas demandavam armazenamento em condições controladas. Foi necessário improvisar armários, monitorar as temperaturas e reorganizar espaços.

Nos dias que se seguiram, a diretoria tornou-se um ponto de distribuição estratégica. Representantes de diversos hospitais, inclusive do Emílio Ribas, vinham buscar os medicamentos, muitas vezes paramentados com aventais e equipamentos de proteção. Cidinha e os colegas organizavam a entrega, controlavam a documentação e garantiam que cada profissional saísse com o material necessário, em um esforço coletivo que refletia a urgência e a gravidade daquele momento. Tudo isso em um cenário de incerteza sobre os modos de contágio do novo vírus.

Cidinha guarda ótimas lembranças das festas de final de ano realizadas no clube dos funcionários e das quais também participavam suas famílias. Nesses encontros, que se repetiram por cerca de três anos, havia muita diversão, shows, sorteio de prêmios e um clima alegre de comunhão.

Ela recorda com emoção do dia em que seus colegas de trabalho organizaram um chá de bebê para sua filha, que esperava gêmeas. A iniciativa partiu de Lisete, que contou com o apoio da direção para realizar o evento na sala de reuniões da instituição. Como Cidinha tinha habilidade com decoração e organização, ficou encarregada de confeccionar os convites e preparar o ambiente para a celebração. Apesar de suas dúvidas iniciais sobre a adesão dos companheiros, muitos compareceram, cada um trazendo um pratinho para o lanche e pacotes de fraldas, geralmente em dobro, considerando que seriam duas bebês.

A sala foi enfeitada com carinho e o encontro se transformou em uma tarde memorável com muitas fotos, afeto e colaboração entre os colegas. A mobilização foi tamanha que Cidinha e sua família ficaram dois anos sem precisar comprar fraldas e ainda conseguiram doar parte delas para um hospital. Ao levarem as doações, alguns funcionários do local pensaram que sua filha estivesse em trabalho de parto, o que rendeu mais uma história divertida para lembrar daquele gesto coletivo de generosidade e amizade.

A história profissional de Cidinha se confunde com a do CVE. Com seu trabalho e dedicação, ajudou a formar esse Centro, mas também foi formada por ele durante essas quase quatro décadas de relacionamento. Nessa troca, traz consigo as marcas, ensinamentos e alegrias de um passado de algumas dificuldades, superadas com generosas doses de companheirismo e solidariedade, além da certeza de ter deixado um pouco de sua pimenta em todos os seus parceiros de jornada.



Neusa Lucinda Alves

Carisma em
sintonia com
a empatia

Neusa Lucinda Alves, ou simplesmente Neusinha, construiu uma sólida e afetiva trajetória no CVE, onde ingressou em 1994, após aprovação em concurso público. Com apenas o ensino fundamental completo à época, viu-se diante do desafio de conciliar a rotina de trabalho com a maternidade e os estudos, ao decidir concluir o ensino médio. Essa conquista, que exigiu esforço e perseverança, foi fundamental para sua ascensão dentro da instituição, permitindo-lhe assumir mais tarde o cargo de diretora do Núcleo de Atividades Complementares (NAC), setor responsável, entre outras funções, pela seção de protocolo. Desde seu ingresso no CVE, Neusa esteve majoritariamente ligada a esse setor, chamado inicialmente de “expediente” e que é o responsável pelo recebimento e encaminhamento de documentos da instituição, além do atendimento ao público.

Durante quase três décadas, Neusinha acompanhou de perto as transformações na dinâmica do trabalho administrativo, desde os tempos de grande volume de malotes físicos até a digitalização progressiva dos processos documentais. Em seus primeiros anos, lembra com precisão dos dias movimentados, das bolsas verdes cheias de envelopes, e da necessidade de atenção no manuseio de documentos delicados. Foi nesse contexto que aprendeu o ofício com colegas experientes, com quem dividiu por anos a responsabilidade do setor e que lhe ofereceram apoio desde o início.

A relação de Neusa com o trabalho sempre foi marcada pela responsabilidade, pelo cuidado com o outro e pela disposição em servir. Sua postura acolhedora e empática é ilustrada por episódios como o atendimento a uma advogada que, ao entregar equivocadamente um documento no CVE, foi prontamente auxiliada por Neusinha, que percorreu outros andares e setores até solucionar o equívoco. Em suas palavras, ela “nunca deixou um embarço embarçado” e sempre fez questão de tratar cada documento como se fosse algo importante para alguém que o aguardava com expectativa.

Além de sua atuação no protocolo, Neusa também foi responsável pela gestão da frota de veículos do CVE, tarefa que assumiu com firmeza e sensibilidade. Coordenava cerca de dez motoristas, lidando com imprevistos como ausências de última hora, panes mecânicas e alterações de rota, sempre priorizando a continuidade dos serviços. Muitas vezes, permaneceu no trabalho até tarde da noite buscando soluções para garantir que profissionais pudessem chegar a compromissos em diferentes regiões do estado. Sua atuação exigia constante jogo de cintura e uma escuta atenta às demandas dos motoristas e dos usuários dos serviços.

Um dos momentos mais marcantes dessa fase foi a participação em um evento realizado em piracicaba, que reuniu motoristas de todos os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs) do interior de São Paulo, além de representantes do CVE. Neusa relata com entusiasmo como o evento proporcionou um ambiente descontraído de troca e reconhecimento, com treinamentos, entrevistas e, nos horários de folga, festas e danças, permitindo que conhecesse pessoalmente os motoristas com quem mantinha contato apenas por telefone ou por meio da entrega de documentos. A experiência foi tão significativa que deixou saudades nela e em muitos colegas que, ainda hoje, mencionam com carinho aquele encontro memorável.

Sua trajetória também é permeada por episódios simbólicos, como a homenagem que recebeu por ser considerada a funcionária mais simpática do CVE. O reconhecimento, ocorrido ainda nos primeiros anos de casa, reforçou o apreço dos colegas por sua postura acessível e generosa, marca registrada de sua convivência com todos os setores até os dias de hoje.

Neusinha também faz questão de mencionar figuras importantes em sua formação profissional, como a colega Maria Cristina Alves dos Santos e o Sr. Alvimar Cotti, a quem reconhece como um verdadeiro mestre, mesmo que, à primeira vista, seu jeito apa-

rentemente ríspido lhe inspirasse um pouco de medo. Foi com ele que aprendeu a importância de tirar dúvidas antes de agir e de não deixar questões sem resposta sobre sua mesa, princípios que continua observando.

Mesmo com as mudanças na gestão da frota, hoje centralizada pela Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), Neusa ainda é uma referência no assunto dentro do CVE, pois os veículos e alguns motoristas ainda estão formalmente vinculados à instituição. Sua memória é viva e atenta aos detalhes que construíram a história do setor, e seu compromisso permanece presente, ainda que a intensidade do cotidiano tenha diminuído e a faça sentir saudades dos tempos mais agitados.

Ao olhar para trás, Neusinha afirma com convicção que nunca teve conflitos duradouros com colegas. Pelo contrário: reconhece que seu trabalho só é possível graças ao apoio da equipe com quem compartilha as responsabilidades do dia a dia. “O trabalho é em equipe, não existe ‘eu’. Existe ‘nós’”, afirma. Para ela, essa é a essência do que construiu ao longo de trinta anos no CVE: uma rede de parcerias, respeito mútuo e amizade.



**Rosemari Oliveira de
Moraes**

Memórias dos bastidores da vigilância

Rosemari Oliveira de Moraes iniciou sua trajetória no CVE em 1989, aos 18 anos, e permaneceu na instituição até 2007. Sempre atuou na diretoria e no setor de protocolo, área pela qual era responsável. Durante todos esses anos, não esteve vinculada a nenhuma divisão técnica específica, mas sua atuação foi estratégica para o funcionamento da estrutura administrativa do Centro. Atualmente trabalha no Grupo de Apoio às Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde (GAPS), que está vinculado ao Conselho do Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (FESIMA).

Quando ingressou no CVE, o diretor era o Dr. Wagner Augusto da Costa. Naquele período, o Centro ainda era subordinado administrativamente ao Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (FESIMA) e tecnicamente à Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD). Nesses primeiros tempos, Rosemari se recorda de ter acompanhado a missa de um ano em memória do falecimento do Dr. Alexandre Vranjac.

Rosemari faz questão de lembrar de alguns profissionais que marcaram sua trajetória no CVE, como a Dra. Inês Kazue Koizumi (com quem manteve laços pessoais, inclusive cuidando de sua filha em determinados momentos) e a Dra. Núbia Virgínia D'Ávila Limeira de Araújo, além de nomes da equipe técnica: Jussara Helena Corrêa Lichtenstein, Lourdes Pedro Biz Maluf, Regina Lúcia Laudari e Alvimar Godoy Cotti, sempre disponível para resolver os problemas administrativos. O Dr. José Cassio de Moraes, a quem ela define como polivalente e sempre envolvido com múltiplas instituições, foi o melhor diretor com quem ela trabalhou.

Outro nome marcante foi o Dr. Guilherme, cuja rotina começava cedo e com inspeções detalhadas: deixava bilhetes nas portas das salas ainda fechadas, cobrando pontualidade. Já o Dr. Wagner Augusto da Costa, embora respeitado, era visto como mais sério e menos acessível.

Entre as lembranças mais vívidas, Rosemari destaca a mudança da sede do CVE da Avenida São Luís para o atual endereço, na Avenida Dr. Arnaldo. A experiência foi conturbada devido a falhas na organização da mudança. Essa transição, feita sem estrutura adequada, marcou bastante sua memória como um momento de caos e frustração.

Ao longo de sua trajetória, passou por situações inusitadas e um pouco embaraçosas, como confusões com nomes e funções de colegas logo no início, incluindo dois diretores chamados Wagner. Também acompanhou o processo de informatização do serviço público. Os primeiros computadores foram recebidos com curiosidade e até certo receio. Ela participou dos cursos de capacitação e se envolveu com projetos que exigiam uso do software EPI-INFO, tendo feito o curso diretamente na Santa Casa, onde colaborava com os projetos do Dr. José Cassio de Moraes, destacando o projeto de meningite.

Rosemari também atuou em diversas campanhas e ações de campo, como no enfrentamento à cólera, quando datilografou praticamente todo o manual da doença elaborado pelo CVE. Participou ainda das ações do Programa de Pactuação Integrada (PPI), que mobilizava as equipes do CVE para visitar os municípios paulistas e avaliar a estrutura local de vigilância em saúde. Eram tempos de muita papelada e tarefas operacionais pesadas, especialmente porque esse trabalho ainda não era informatizado.

Entre os episódios curiosos, ela recorda a presença frequente de jornalistas como dos repórteres Cesar Tralli e José Roberto Burnier no CVE da Avenida São Luís, que ali entrevistavam diretores em períodos de campanhas de vacinação ou de surtos. Rosemari lembra, com emoção, de ter conhecido pessoalmente o Dr. Albert Sabin, criador da vacina contra a poliomielite, figura simpática que era recebida com cuidado especial, inclusive com um travesseiro e poltrona reservados.

Ela fez um curso pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) e foi orientada pela Dra. Maria Josefa Penón Rújula, a Dra. Pepita, em seu TCC. Rosemari valorizava muito o ambiente de aprendizado constante no CVE. Também cultivava carinho pelas comemorações e confraternizações promovidas na instituição, que reforçavam o espírito de equipe e o afeto entre colegas, algo que sentiu falta em suas experiências posteriores.

Um dos momentos mais delicados da vida de Rosemari ocorreu em decorrência de uma questão de saúde, o rompimento de um aneurisma cerebral. O problema, segundo o médico que a operou, era congênito. Ela conviveu com ele sem saber de sua existência até que, subitamente, passou a sentir fortes dores de cabeça. Lembra-se com nitidez do dia em que tudo aconteceu: desde o início da manhã, uma dor insistente se instalou e, mesmo após tomar diversos analgésicos, o desconforto só aumentava. Apesar disso, foi trabalhar normalmente no CVE. Quando chegou a hora do almoço, o incômodo já era insuportável.

Foi nesse momento que colegas como a Dra. Núbia e Ciro perceberam a gravidade da situação e, com a ajuda do motorista Nelson, organizaram seu socorro. Levada às pressas ao hospital São Camilo, foi submetida à cirurgia de emergência. A operação foi conduzida por um ex-aluno do Dr. José Cassio de Moraes, que havia organizado tudo pessoalmente.

O susto, no entanto, não terminaria ali. Em 2017, anos após a primeira cirurgia, Rosemari realizou um exame de rotina, exigido pelo histórico anterior, e descobriu que ainda havia um segundo aneurisma, pequeno, mas presente desde a primeira crise. Surpreendentemente, nenhum médico havia lhe informado sobre essa segunda lesão. A nova cirurgia foi realizada no Hospital das Clínicas. Além do trauma físico e emocional desses episódios, Rosemari relembra com gratidão o acolhimento e a prontidão dos colegas do CVE no momento da emergência.

Apesar dos desafios, Rosemari guarda com carinho e orgulho sua trajetória no CVE. Relembra a importância do apoio coletivo em um período em que o Centro ainda não era uma unidade de despesa, o que exigia soluções criativas e descentralizadas.

Ao final da entrevista, Rosemari sintetiza seu sentimento com simplicidade e sinceridade: gostou muito de trabalhar no CVE. Ali, construiu vínculos, enfrentou desafios e participou ativamente da história da vigilância epidemiológica em São Paulo.



Sandra Alves da Silva

Uma força silenciosa

A etimologia da palavra “secretária” nos diz que esse vocábulo tem origem no latim “secretarius”, que significa “aquele a quem se confia um segredo” ou “aquele que lida com assuntos confidenciais”. Quando conversamos com Sandra Alves da Silva, percebemos a sua adequação à função.

Sandra entrou no CVE em 1993 por meio de um concurso e, em boa parte dos últimos 32 anos, exerceu a função de secretária de muitos dos diretores do Centro. Ela é descrita por seus colegas do CVE como uma profissional dedicada, discreta e resiliente. Atributos perfeitos para um cargo de confiança como o seu.

Ela é a filha mais nova de dez irmãos e sempre manteve uma figura juvenil. Filha de mineiros, carrega a fama de ouvir mais do que falar. Talvez a ascendência materna ajude a explicar alguns traços de sua personalidade.

Como é possível imaginar, não foi tarefa fácil tentar obter um relato detalhado de sua experiência no CVE. Do ambiente de trabalho, ela lembra com satisfação da possibilidade de deixar seu filho, Lucas, na creche que atendia aos funcionários da instituição. O menino era o xodó do pessoal e, por conta da aparência de Sandra, brincavam que era uma criança que cuidava da outra.

Sandra lembra dos seus primeiros tempos de CVE, quando os memorandos ainda eram batidos à máquina. Decifrar a letra do Dr. José Cassio de Moraes, Diretor do Centro, era atividade que às vezes demandava até o auxílio de colegas, problema que a informatização dos processos deixou para trás. Sozinha, porém, Sandra foi capaz de compreender o perfil e de se adaptar aos diversos chefes que teve ao longo do tempo, sempre procurando conhecer o estilo e o temperamento de cada um.

Entre 2009 e 2016, vivenciou um dos maiores desafios profissionais: foi diretora do Núcleo de Atividades Complementares

(NAC) do CVE. Dificuldades superadas com o profissionalismo e a resiliência que soube cultivar.

Em seguida, entre 2016 e 2020, trabalhou no gabinete da Coordenação de Controle de Doenças (CCD). Nesse período, em meio ao caos da epidemia de febre amarela de 2017, colaborou com os esforços de combate à doença dividindo seu tempo com a Divisão de Zoonoses, auxiliando na digitação de fichas.

À parte de questões estritamente profissionais, Sandra guarda uma lembrança marcante de seus tempos do CVE: o dia em que teve que socorrer uma colega vítima de um aneurisma cerebral. Colocando a mão em sua cabeça, era possível sentir a pulsação da amiga, lembra. Foram momentos de muito estresse, em que Sandra procurou mantê-la calma até a chegada do motorista que a levaria ao hospital. Felizmente a colega foi socorrida a tempo, passou por uma cirurgia e se recuperou.

Sandra guarda com carinho a lembrança de sua atuação nas Divisões de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e de Capacitação em Epidemiologia, período em que muito aprendeu com a Dra. Márcia Oliveira. Viveu também uma experiência enriquecedora no Centro de Oftalmologia Sanitária, junto à Dra. Norma Helen Medina, e, mais recentemente, tem se dedicado a apoiar os trabalhos da Divisão de Imunização. Cada etapa somando vivências que ela valoriza como parte de sua história no CVE. Sem dúvida, trata-se de uma longa trajetória.

Arrependimento, só o de não ter podido dedicar mais tempo e atenção à sua formação acadêmica, fato relativizado pelas exigências da maternidade e pelas necessidades da vida, que obrigaram a adolescente Sandra a conciliar seu trabalho e seus estudos já aos 15 anos de idade. Seu filho sempre soube retribuir os esforços e o carinho recebidos, e hoje, com 31 anos, é contador, carreira que a mãe gostaria de ter seguido.

Sandra tem a dança como uma de suas grandes paixões e atividades de lazer, gosto que se inspirou pelo seu pai e a fé inspirada pela mãe. Agora, Sandra pretende gastar mais tempo consigo mesma, nada mais justo para quem se dedicou tantos anos, por dever de ofício, a compreender e a se moldar aos outros.



Adriana Bugno

Na alegria e
na tristeza

Adriana Bugno é farmacêutica formada pela Universidade de São Paulo, onde também obteve seu Mestrado e Doutorado. Sua carreira começou de forma promissora no Instituto Adolfo Lutz (IAL), logo após a graduação. Motivada por colegas durante o estágio em farmácia hospitalar, decidiu prestar concurso para o IAL, se destacando como a única aprovada entre seus amigos. Inicialmente, atuou na área de medicamentos, especializando-se na avaliação de qualidade e segurança microbiológica de produtos farmacêuticos.

Dois anos depois, seu talento e dedicação foram reconhecidos quando foi aprovada em um novo concurso para pesquisadora e assumiu a chefia da Seção de Esterilidade, atual Núcleo de Ensaios Biológicos e de Segurança. Com o passar do tempo, ocupou posições significativas: tornou-se diretora do Serviço de Medicamentos, atualmente denominado Centro de Medicamentos, Cosméticos e Saneantes; atuou como presidente do Conselho Técnico Científico do IAL, como editora-chefe da Revista do Instituto Adolfo Lutz (RIAL) e, em 2019, também assumiu a função de diretora substituta do Centro de Planejamento e Informação. Em 2015, atuou como assistente do Diretor Geral do IAL, Hélio Hehl Caiaffa Filho, quando intensificou seu envolvimento com o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), especialmente em temas ambientais.

Em março de 2019, Adriana respondeu interinamente pela gestão do Instituto até 30 de setembro, quando houve a designação de Laura Nogueira como Diretora Geral do IAL. Devido à licença maternidade da então Diretora Geral, Adriana voltou a responder pelo cargo, entre novembro de 2019 e junho de 2020, estando à frente da instituição durante os primeiros meses da pandemia de Covid-19. Em 15 de janeiro de 2021, sua liderança foi finalmente oficializada, tornando-se Diretora Geral do Instituto Adolfo Lutz, posição que ocupa até hoje.

A pandemia representou um período de desafios sem precedentes para o Instituto Adolfo Lutz e para Adriana. Desde a compra de insumos essenciais até a coordenação de uma resposta ágil em uma crise global, sua capacidade de adaptação e liderança foi colocada à prova. Esse contexto fomentou uma colaboração sem precedentes entre o IAL e o CVE, uma parceria construída na prática que fortaleceu laços institucionais e gerou um sentimento duradouro de cooperação, onde todos "sofreram e comemoraram juntos".

Adriana ressalta que, embora a intensidade daquele momento tenha diminuído, a relação entre o IAL e o CVE permanece vibrante, com colaborações contínuas. Para ela, essa união se tornou um valor consolidado, que será fundamental para enfrentar as emergências que ainda estão por vir.



Eliseu Alves Waldman

Integrando academia e serviços

Eliseu Alves Waldman é médico formado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, com formação nas áreas de doenças infecciosas, saúde pública e epidemiologia. Atuou durante 14 anos como médico sanitарista na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e por mais de quatro décadas como professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde se aposentou. Atualmente, mantém um vínculo de Professor Sênior do Departamento de Epidemiologia dessa faculdade, com atividades de ensino e pesquisa. É credenciado como orientador permanente dos Programas de Pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Global e Sustentabilidade, e Epidemiologia.

A trajetória do Dr. Eliseu na Secretaria da Saúde teve início em 1976, no Departamento de Estudos e Programas da Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC), onde, entre outras tarefas, participou da implantação da vigilância epidemiológica no estado e organizou, juntamente com a médica sanitарista Rosaria Amélia Grimaldi, os arquivos da instituição, que incluíam notificação de doenças infecciosas e os registros do Boletim Demógrafo-Sanitário, com dados relativos a casamentos, óbitos, nascimentos do estado de São Paulo, abrangendo uma série histórica cujo início remontava aos anos 1920. Material que, descobriria posteriormente, ter sido perdido em sucessivas mudanças administrativas, apagando uma parte da história da saúde pública paulista.

No final de 1977, Dr. Eliseu se transferiu para o Instituto Adolfo Lutz (IAL), onde durante quatro anos exerceu as funções de diretor da Divisão de Laboratórios Regionais, coordenando o programa de expansão da rede de laboratórios de saúde pública do estado de São Paulo, na gestão do Secretário Walter Sidnei Leser (1975-79), acumulando experiência técnica e administrativa. O fortalecimento da rede de laboratórios regionais do estado de São Paulo foi uma política pública importante, ampliando de 17

para 40 o número de laboratórios regionais do IAL. Além disso, se estabeleceu uma articulação da rede do IAL com os laboratórios de hospitais regionais da Secretaria de Saúde e alguns hospitais universitários e privados, localizados no interior do estado, que internavam pacientes de doenças de notificação compulsória, com o objetivo de elevar a sensibilidade de vigilância epidemiológica.

Outro avanço estratégico desse período (1975-79) foi o forte investimento público para a elevação da cobertura do saneamento básico, especialmente, de água tratada no estado de São Paulo. Na capital, cerca de 40% da população não tinha acesso a esse recurso, o que contribuía muito para a elevada taxa de mortalidade infantil verificada em 1974, com 94 mortes para cada mil nascidos vivos, boa parte dos óbitos associados à diarreia.

Em seguida, foi diretor, por cerca de dois anos, da Divisão de Normas Técnicas (DTN) da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN). Em 1983, na gestão do Secretário da Saúde João Yunes, retornou ao Instituto Adolfo Lutz para assumir a direção da Divisão de Biologia Médica, onde permaneceu por mais quatro anos, participando de várias iniciativas voltadas ao fortalecimento técnico do IAL para a resposta às doenças infecciosas emergentes e reemergentes como a dengue, Aids e febre purpúrica brasileira. Ao sair da Diretoria, em 1987, atuou como epidemiologista do Serviço de Virologia do IAL.

Dr. Eliseu relembra algumas parcerias importantes entre o Instituto Adolfo Lutz e a vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, parte delas anteriores à criação do CVE. A implantação, a partir de 1977, da vigilância epidemiológica no estado, que em seu início foi muito influenciada pela experiência adquirida durante a primeira metade dos anos 1970, no enfrentamento da onda epidêmica de meningite meningocócica e na emergência do vírus Rocio, arbovírus que determinou importante epidemia de encefalite no Vale da Ribeira (SP).

Em meados da década de 1980, como diretor da Divisão de Biologia Médica, participou do esforço para o fortalecimento da articulação do IAL com o CVE, destacando-se a vigilância e controle da dengue, com investimentos em recursos humanos e equipamentos com vistas ao fortalecimento dos laboratórios do Serviço de Virologia, com ênfase no de arboviroses para enfrentar a doença. Esforço semelhante foi feito nos laboratórios de bacteriologia, sorologia, imunologia e biologia molecular, com a finalidade de preparar o IAL no enfrentamento de doenças infecciosas emergentes. Destacaram-se a Aids e a febre purpúrica brasileira, esta última que afetava crianças, apresentando alta letalidade, cerca de 70%, atingindo o interior de São Paulo, Mato Grosso e Paraná, em um contexto em que era evidente a fragilidade da capacidade de resposta a essas emergências de saúde pública em nosso estado. Para enfrentar esse desafio, o Dr. Eliseu salienta a importância de investimentos na formação de epidemiologistas de campo e de pesquisadores nas áreas de microbiologia e imunologia, em treinamento em serviços (EpiSUS), programas de pós-graduação no país, e intercâmbio com instituições acadêmicas no Brasil e no exterior.

Dr. Eliseu recorda também que, no final dos anos 1990, quando já atuava exclusivamente na Faculdade de Saúde Pública, participou da realização, em colaboração com o CVE, de um curso de especialização em epidemiologia, vigilância e controle de doenças transmitidas por alimentos. Também na área de formação de recursos humanos, ele destaca a importância da colaboração FSP-USP e CVE no Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS), desenvolvido em parceria com o CVE que, além de formar excelentes epidemiologistas de campo que atuam no serviço público e na iniciativa privada, ainda fomentou pesquisas na área de epidemiologia aplicada a serviços de saúde.

Entre 2003 e 2006, o Dr. Eliseu coordenou, juntamente com as Dras. Cristiana Toscano, da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Maria de Lourdes de Souza Maia, então diretora do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e Helena Sato, do CVE, um programa conjunto entre a FSP-USP, PNI-MS, CVE e OPAS para a formação em Epidemiologia Aplicada a Programas de Imunização, voltado especificamente para 120 técnicos do PNI que atuavam em todo o país, tanto no Ministério da Saúde quanto nas Secretarias Estaduais e nas capitais. Esses cursos se destacaram por sua abrangência e relevância técnica, contando com a colaboração de especialistas renomados de diversas instituições, inclusive estrangeiras, que abordavam temas como avaliação da eficácia/efetividade e impacto e segurança de vacinas.

Por fim, fazendo um balanço de sua trajetória, Dr. Eliseu recorda com satisfação do período em que atuou na SES, como médico sanitário, especialmente as experiências de gestão nas Divisões de Laboratórios Regionais e de Biologia Médica, no IAL, durante as quais teve oportunidade de interagir de perto com as demais áreas da SES, e principalmente com o CVE. A experiência de campo adquirida durante esse período marcou toda a sua atuação na universidade, que pode ser sintetizada como um esforço contínuo de integração da academia com serviços de saúde que se expressou pelo foco das pesquisas das quais participou e pelo número de mestres e doutores que formou entre profissionais de serviços de saúde.



**Centro de Vigilância Sanitária
do Estado de São Paulo**

Parceria
entre vigilância
sanitária e
epidemiológica

A comemoração dos 40 anos de criação do Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo (CVE) oferece uma excelente oportunidade para reflexão acerca da relação entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, também denominadas “Vigilâncias do SUS”. O médico sanitarista que empresta seu nome ao CVE – o saudoso Professor Alexandre Vranjac – costumava dizer que a vigilância sanitária era o “braço armado da vigilância epidemiológica”.

Por meio desse recurso retórico, o professor queria enfatizar aquilo que foi sacramentado pela lei 8080/90, promulgada cinco anos após a criação do CVE em 1985 (o CVS seria criado no ano seguinte), mais precisamente nos parágrafos 1º e 2º do seu artigo 6º. Ali se percebe que o verbo de ação usado na definição da vigilância epidemiológica – “recomendar” – é diferente do verbo “intervir” utilizado na definição da vigilância sanitária.

Nesse sentido, é razoável concluir que eles ensejam práticas diferentes, que vão refletir na organização do trabalho dessas vigilâncias. Entretanto, para além dessa diferença, há aspectos comuns: ambas lidam com riscos ou fatores de risco associados a doenças e agravos; operacionalizam suas práticas em territórios delimitados e, por último, têm um caráter intersetorial. São essas coincidências, mais do que as diferenças, que serão exploradas neste breve texto.

As práticas de vigilância sanitária são, sempre, intervenções sobre fatores de risco à saúde. A leitura atenta da definição de vigilância sanitária mostrará que, para minimizar ou eliminar o risco à saúde, a vigilância sanitária deve se utilizar de um conjunto de ações. Para alguns autores, esse conjunto de ações é chamado de instrumentos ou tecnologias de intervenção. As inspeções sanitárias com fins fiscalizatórios e as oportunas sanções administrativas delas decorrentes, como multas e interdições, são as mais conhecidas do grande público e historicamente ocupam espaço nos

meios de comunicação. A exploração midiática desse instrumento de intervenção – a inspeção sanitária fiscalizatória – ofusca outros, tão ou mais eficientes, e cuja materialização não pode prescindir de conhecimentos e práticas da vigilância epidemiológica.

Uma das formas de intervir sobre os fatores de risco dos óbitos de trabalhadores é conhecer as variáveis tempo, pessoa e lugar a eles associadas. Essas informações estão em bancos de dados construídos e manuseados pelo Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica do CVE (NIVE/CVE). O compartilhamento desse banco com a Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho do CVS (DVST/CSV) permitiu aprimorar a vigilância dos óbitos por causas externas relacionadas ao trabalho. Isto porque a investigação epidemiológica desses óbitos demandará o conhecimento de detalhes sobre ambientes e processos de trabalho, informações estas que só poderão ser obtidas mediante inspeções sanitárias. Ao reconhecer fatores de risco nas condições concretas em que o trabalho ocorre e associá-los ao óbito ocorrido, torna-se viável a elaboração de medidas de alcance coletivo, que são as normas e regulamentos editadas pela vigilância sanitária, um poderoso instrumento de intervenção.

Desse exemplo emerge que a edição das normas da vigilância sanitária tem, sempre, um lastro na possibilidade de ocorrência de danos à saúde. Entretanto, esse corolário nem sempre é compreendido pelos(as) responsáveis daquelas atividades econômicas cuja finalidade – produto ou serviço – depende de autorizações e registros emanados da autoridade sanitária. A rigor, a proteção da saúde, finalidade precípua da vigilância sanitária, não é completamente compreendida nem mesmo por outros órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a articulação entre as vigilâncias sanitária e epidemiológica, quando da elaboração de normas e regulamentos, contribui para ampliar o rol de atores capazes de compreender a

sua utilidade e necessidade. A edição da Resolução SS nº 199/2024 ilustra o alcance e a potência dessa articulação. Ao regulamentar o funcionamento de serviços que realizam atividade de vacinação humana, essa resolução se debruça sobre um objeto caro à vigilância epidemiológica – a imunização para a profilaxia de doenças infecciosas imunopreveníveis –, cujas ações estão detalhadas no Programa Estadual de Imunização (PEI). À vigilância sanitária interessava regulamentar as atividades de vacinação instaladas nas dependências do comércio varejista farmacêutico. A elaboração conjunta da resolução possibilitou estender o seu alcance normativo como, por exemplo, a exigência de o estabelecimento notificar Evento Supostamente Atribuível à Vacinação ou Imunização (ESAVI), mediante cadastramento nos sistemas de informação oficialmente adotados pelo PEI.

O caráter intersetorial das vigilâncias do SUS se apresenta de forma especialmente relevante quando os fatores de risco à saúde se expressam no meio ambiente, seja urbano ou rural, passíveis de serem circunscritos em áreas conhecidas ou em regiões remotas e de difícil acesso. Em uma ou outra escala, há de se reconhecer que não raro uma mesma situação é objeto de atenção de várias instituições do aparelho de Estado, cada uma com os seus instrumentos de diagnóstico, intervenção e monitoramento. Tendo em perspectiva a finalidade de proteção da saúde, a vigilância sanitária precisa não apenas reconhecer a intersetorialidade, mas praticá-la.

Podemos citar como exemplo dessa conduta o Plano de Contingência voltado ao enfrentamento integrado de florações de algas tóxicas no Litoral Paulista, que é produto de uma modalidade de trabalho que valoriza as interfaces entre os órgãos, no caso Saúde, Meio Ambiente e Agricultura e Abastecimento, cada um abordando o mesmo problema de formas distintas e singulares. Os representantes da Saúde no Grupo Interinstitucional responsável

pela elaboração e divulgação do plano eram do Centro de Vigilância Sanitária (Divisões Técnicas de Meio Ambiente e de Produtos para a Saúde) e do Centro de Vigilância Epidemiológica (Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar).

A mesma intersectorialidade, aqui na sua versão intra-SUS, move as iniciativas relacionadas à Toxicovigilância. A necessidade de operar a partir de informações relacionadas a intoxicações exógenas por todos os agentes tóxicos e circunstâncias exige a articulação com a vigilância epidemiológica das doenças e agravos não transmissíveis, cujo produto é o Caderno de Toxicovigilância – volume II. Essa publicação foi elaborada com a participação ativa do Núcleo de Toxicovigilância (Setox) do CVS e da Divisão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) do CVE e oferece subsídios para o aperfeiçoamento qualitativo do registro das intoxicações no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

Outro fator preponderante para evidenciar a necessária integração das vigilâncias foi o grande desafio enfrentado no final do ano de 2019, com o surgimento da pandemia de Covid-19, que exigiu das frentes sanitária e epidemiológica um fortalecimento em suas relações, uma vez que o acompanhamento da situação epidemiológica da doença era fundamental para a identificação de prioridades no campo sanitário.

Sendo indicado no dia a dia em casos de exposição ao vírus, de infecção ou suspeita, o monitoramento de casos sinalizou onde deveríamos atuar com maior afinco. A prevenção e cuidados para minimizar o impacto da nova doença demandava, nacional e internacionalmente, grandes esforços conjuntos, como a conscientização acerca da importância do uso de máscaras, a verificação de isolamento tanto em serviços de saúde como no ambiente social, a produção, testagem e o monitoramento de reações adversas de uma vacina, dinâmica que exigiu esforços técnico-científicos sobre-hu-

manos em busca de uma defesa imunológica para enfrentamento da doença e do exponencial crescimento no número de óbitos. Além disso, havia também a criação de produtos para saúde e sua regularização, o combate às fake news e a implantação de hospitais de campanha, tudo isso com objetivo único: proteger a população num momento dramático.

A incorporação da epidemiologia no fazer da vigilância sanitária só traz benefícios à sociedade, amplia o olhar sobre a formulação de políticas públicas e a intervenção organizada sobre a situação de saúde da população. Neste aspecto, queremos lembrar a importância desta integração, no que diz respeito à mudança de comportamento social frente às ações, quer na epidemiologia, quer na sanitária. Para exemplificar, mencionamos as Leis nº 13.541/2009 e nº 14.592/2011, a primeira com relação aos ambientes livre do tabaco, e a segunda que estabelece a proibição da venda de bebidas alcóolicas para menores de 18 de anos, que vêm contribuindo, conforme evidências científicas apresentadas pela academia, com resultados impactantes na melhoria da saúde da população de um modo geral, combatendo as maiores causas de morte evitáveis.

O caminho para a consolidação do SUS como política pública de Estado requer considerar as dimensões assistencial e de promoção e proteção da saúde e deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção, conforme define a resolução nº 588 de 12 de julho de 2018, a qual institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). As vigilâncias do SUS, aqui compreendidas como vigilância sanitária e epidemiológica, devem ter as suas práticas contempla-

das nas iniciativas voltadas ao aprimoramento, tanto no que tange às oportunidades de atualização dos conhecimentos como também, e principalmente, nas iniciativas voltadas à adoção de novos modelos de gestão. Os 40 anos do CVE devem ensejar essas e outras oportunas discussões.

Depoimento redigido pelo coletivo de servidores do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo - CVS/SES-SP



**Luiza Terezinha Madias
de Souza**

Integrando
saberes,
ampliando
horizontes

Luiza Terezinha Madia de Souza nasceu em Bauru e, aos 8 anos de idade, mudou-se com a família para São Paulo, buscando melhores oportunidades educacionais. Estudou no Colégio de Aplicação, instituição que lhe proporcionou uma boa formação e possibilitou seu ingresso na Universidade de São Paulo (USP). Embora seu objetivo inicial fosse cursar Medicina, foi aprovada em Medicina Veterinária, sua segunda alternativa no vestibular.

Seu pai, inicialmente resistente à ideia, especialmente por se tratar de uma mulher nessa área, tentou dissuadi-la, mas Dra. Luiza quis experimentar o curso. Teve uma boa experiência no primeiro ano e decidiu permanecer, embora afirme que nunca tenha se sentido de fato uma veterinária tradicional. Logo se interessou por microbiologia e passou a frequentar laboratórios, onde iniciou seu aprendizado técnico.

Nos anos 1970, quando poucas mulheres se formavam em sua área, surgiu um concurso para o Instituto Pasteur. Três vagas foram abertas e Dra. Luiza, junto de duas colegas mulheres, foi aprovada, marcando a entrada das primeiras veterinárias na instituição. Elas tinham dois grandes desafios: aprender com seus novos colegas, muitos deles sem formação específica, mas com grande conhecimento prático, e montar os primeiros setores de diagnóstico laboratorial de raiva no instituto, tarefa para a qual um estágio no Instituto Biológico, sob supervisão do Dr. Moacir Rossi Nilsson, foi de grande valia.

Durante seus dez anos no Instituto Pasteur (1970–1980), Dra. Luiza teve seus três filhos, enfrentando a difícil tarefa de conciliar a maternidade com o trabalho e seus plantões. Nesse mesmo período, o curso de Saúde Pública passou a ser exigido e ampliou seus horizontes, apesar das dificuldades de frequentar as aulas

devido à rotina doméstica e profissional. O curso, que durou um ano e meio, lhe ajudou a enxergar para além das tarefas técnicas do laboratório. Como grande incentivador e mentor, Dra. Luiza teve o Dr. Eliseu Alves Waldman.

Em 1980, mudou-se para Campinas por questões profissionais de seu marido. Transferiu-se então para o Instituto Adolfo Lutz (IAL) da regional local, onde trabalhou até 1984. Ali, teve contato com novas áreas, como a sorologia, além de lidar com outras doenças, ampliando ainda mais seus conhecimentos. Após quatro anos, a família retornou à capital e Dra. Luiza foi transferida para a unidade central do IAL, onde foi trabalhar na seção de vírus transmitidos por artrópodes. Apesar de poucos casos clínicos em circulação, havia uma equipe estruturada dedicada ao trabalho de campo, o que representou um novo e valioso aprendizado para ela.

Dra. Luiza compreendeu, então, que a atuação em saúde pública exigia um olhar mais amplo do que o que cabia dentro de um laboratório. Para realmente entender e prevenir doenças, era essencial integrar o conhecimento técnico com o trabalho prático de campo. Ao lado de profissionais como o biólogo Luiz Eloy Pereira, Dra. Luiza passou a participar de atividades quinzenais de captura de aves e morcegos para coleta de amostras.

Dra. Luiza recorda que a Seção de Vírus Transmitidos por Artrópodes do Instituto Adolfo Lutz teve papel estratégico na história da vigilância no Brasil. Criada em 1961 pelo Dr. Oscar de Souza Lopes, pioneiro nos estudos de arbovírus na região da Mata Atlântica, essa divisão se dedicou, por décadas, a pesquisas ecológicas e epidemiológicas com o objetivo de identificar os hospedeiros e vetores desses agentes entre a imensa diversidade de espécies silvestres brasileiras.

Esses estudos de campo permitiram o isolamento de muitos arbovírus, embora a maior parte deles não tenha sido relacionada a manifestações clínicas em humanos. Uma das exceções mais relevantes foi

o isolamento, em 1975, do vírus Rocio, na região de Iguape, responsável por casos graves de encefalite humana.

Outro evento marcante na trajetória da seção, e da própria Dra. Luiza, ocorreu em janeiro de 1990, com o isolamento e caracterização de um novo arnavírus, inédito no Brasil. Ele recebeu o nome de vírus Sabiá e tem como reservatórios naturais roedores silvestres. Esses animais, portadores crônicos, eliminam o vírus por meio de suas excretas, podendo transmitir a infecção a humanos de forma direta ou indireta.

A amostra que deu origem à descoberta e ao nome de seu agente causador foi obtida a partir de um caso suspeito de febre amarela: uma engenheira agrônoma, residente no bairro Jardim Sabiá, em Cotia (SP), apresentou sintomas graves que motivaram uma investigação mais aprofundada, da qual fizeram parte, além da Dra. Luiza, o biólogo Luiz Eloy Pereira, tributário dos ensinamentos do zoólogo Paulo Vanzolini, e a pesquisadora Akemi Suzuki, da área de Entomologia. Posteriormente, foram realizados estudos de campo com captura e exame de roedores, inicialmente financiados pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pela Secretaria da Saúde.

Poucos anos antes, em 1986, como forma de reconhecimento por sua atuação, o Ministério da Saúde já havia convidado Dra. Luiza para representar o IAL em uma missão na Venezuela, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao lado de representantes do Instituto Evandro Chagas, da Fiocruz e de instituições da Argentina, ela participou de um treinamento intensivo de duas semanas sobre uma doença pouco conhecida até então: a dengue.

Durante o curso, que envolveu atividades práticas no laboratório, houve inicialmente certa dúvida sobre a relevância do tema, já que aquele vírus ainda não circulava amplamente no Brasil. Dra. Luiza recorda que, ao final da primeira semana, alguns colegas che-

garam a questionar se não estariam perdendo tempo com aquele treinamento. Ainda assim, seguiram firmes, aprendendo a identificar as reações sorológicas e os detalhes técnicos de diagnóstico da doença em lâminas e placas.

O retorno ao Brasil foi marcado por uma virada inesperada: poucos dias depois, em pleno carnaval, Dra. Luiza recebeu uma ligação de uma colega da Fiocruz com quem fizera o treinamento na Venezuela, informando que haviam surgido os primeiros casos de dengue no Brasil. A notícia mobilizou rapidamente a Fiocruz, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos. Dra. Luiza foi chamada para integrar os esforços de resposta à nova ameaça. Aquele carnaval de 1986, que poderia ter sido apenas uma data festiva, marcou o início de uma nova era para a vigilância epidemiológica do país.

A chegada dos primeiros casos de dengue ao Brasil assinalou também o início da forte conexão e de um grande ciclo de colaborações da Dra. Luiza com o CVE. Outra parceria importante foi estabelecida com a Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), cuja atuação foi fundamental nas ações de vigilância e controle. Sua extinção, em 2020, é motivo de tristeza para Dra. Luiza, que enxerga cada peça do sistema, laboratórios, equipes de campo, vigilância epidemiológica e centros de controle desempenhando, em conjunto, um papel essencial. Trabalhar de forma integrada, para ela, sempre foi sinônimo de melhores resultados e crescimento mútuo.

Ela se recorda dos primeiros anos desse esforço coordenado e das viagens que realizava na companhia de colegas dessas instituições por diversas cidades do interior paulista. Deslocamentos feitos muitas vezes de trem ou de ônibus para compartilhar conhecimento e promover rodas de conversa sobre a dengue. Com o tempo, esse trabalho educativo se mostrou essencial para preparar o sistema de saúde para o avanço da doença no país.

Nessa mesma época, a emergência da Aids passou a dominar o cenário da saúde. O laboratório onde Dra. Luiza trabalhava, inicialmente voltado às hepatites, foi reestruturado para lidar também com o HIV, em articulação direta com o Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT-AIDS). Dra. Luiza destaca, mais uma vez, a importância do trabalho integrado entre diferentes serviços como elemento-chave da resposta às epidemias.

Ela se lembra muito bem de ações promovidas pelo CRT-AIDS, como as realizadas no Largo do Arouche, no centro de São Paulo, onde equipes multidisciplinares reuniam a população LGBTQIA+ para rodas de conversa sobre a doença. Dra. Luiza participou de algumas dessas atividades como parte de uma equipe ampliada de saúde pública, reforçando a escuta, o acolhimento e a tentativa de oferecer melhores caminhos para diagnóstico e tratamento, ainda que nada pudesse ser feito naquele momento para curar a doença. Eram intervenções localizadas, mas profundamente humanas e marcadas pela empatia e esforço conjunto, em um contexto de muitas perdas e dor.

Dra. Luiza relembra ainda a missão internacional em 1993, quando foi chamada a participar de uma reunião no CDC, em Atlanta, ao lado de outros representantes brasileiros. O tema era o hantavírus, uma ameaça desconhecida até então no país. Apesar do estranhamento inicial, semelhante ao que havia sentido anos antes ao ouvir pela primeira vez sobre a dengue na Venezuela, considerou a experiência extremamente valiosa. Foram dias de treinamento intenso que reforçaram a certeza de que a vigilância laboratorial não pode se confinar aos muros do laboratório. É preciso olhar o ambiente, sair a campo, observar a natureza e estar atento aos sinais sutis que ela apresenta.

Em maio de 2003, mais uma vez a convite do Ministério da Saúde, Dra. Luiza participou de uma importante reunião, dessa vez em Kuala Lumpur, na Malásia. O tema da vez foi a Síndrome Respira-

tória Aguda Grave (SARS). Foram dois dias intensos de conversas e apresentações, e o tom era de alarme. Convocado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no encontro havia profissionais de várias partes do mundo tanto da área de laboratório, como da área médica e de vigilância.

E mais uma vez também a reunião parecia motivada por uma preocupação exagerada. Afinal, não foram verificados casos da doença no Brasil nos anos seguintes. Era impossível prever o quanto os ensinamentos do encontro seriam importantes. Vistos hoje, eles parecem soar um tanto proféticos:

- A SARS mostrou a necessidade de uma melhor comunicação de risco como componente de controle de surtos e uma estratégia para reduzir o impacto na saúde econômica e psicossocial nos principais eventos de doenças infecciosas;
- É muito importante a qualidade da comunicação e as informações devem ser transmitidas de maneira transparente e oportuna;
- Para ser eficaz, esse tipo de orientação em saúde pública deve ser factualmente preciso, facilmente compreendido pelo público-alvo e apresentado de uma maneira que promova a adoção de comportamentos desejados;
- E que a OMS, com suas diretrizes e princípios aplicáveis às atividades, esteja sempre presente na comunicação de saúde pública, trazendo confiança.

Hoje em dia, em tempos marcados pela impessoalidade de conexões virtuais feitas por redes sociais e aplicativos de mensagens, Dra. Luiza vê como fundamental dar vida aos contatos entre os profissionais de saúde, promover encontros para dar rosto e personalidade aos endereços de e-mail e telefones dos celulares, sempre

tendo em mente a importância da integração entre equipes. E foram tantas as pessoas que enriqueceram sua jornada que Dra. Luiza prefere não fazer agradecimentos pessoais, com receio de que alguma injustiça possa ser cometida por uma traição da memória. Mas sua gratidão a todos é imensa e seu desejo de defender a saúde pública permanece intacto.



**Maria Clara G. Garcia
Ribeiro**

Construindo
pontes,
unindo
esforços

Dra. Maria Clara Gianna Garcia Ribeiro, médica sanitária, trilhou um caminho marcado pela dedicação à saúde coletiva e pela atuação no fortalecimento das políticas públicas de vigilância epidemiológica no estado de São Paulo. Optou por seguir a residência em Medicina Social na Santa Casa de São Paulo, uma escolha influenciada por um conjunto de professores que se tornaram referências para sua carreira, como o Dr. Alexandre Vranjac, o Dr. José Cassio de Moraes e a Dra. Rita Barradas. Essas figuras não apenas transmitiram conhecimento técnico, mas também despertaram nela o interesse profundo pela Vigilância Epidemiológica, área que exige rigor científico, capacidade de articulação e sensibilidade social.

Identificando-se como mulher negra, corintiana e nascida na Zona Leste de São Paulo, Dra. Maria Clara sempre reconheceu o papel da família em sua trajetória. O apoio constante do marido, Antônio, e das filhas, Mariana e Carolina, foi determinante para enfrentar os desafios de uma carreira que exige presença contínua e disponibilidade para lidar com emergências de Saúde Pública.

Em 1987, durante o segundo ano da residência, teve a oportunidade de atuar diretamente na Secretaria de Estado da Saúde, experiência que lhe abriu um leque de contatos e vivências. Circulou por unidades estratégicas como o Instituto Adolfo Lutz (IAL), a Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) e, sobretudo, o CVE. Uma de suas primeiras grandes tarefas nesse ano tão marcante foi participar de um inquérito vacinal, ação de campo que ampliou sua compreensão sobre a importância de indicadores de cobertura vacinal para o planejamento de políticas e campanhas.

Nesse processo, estabeleceu contato com profissionais experientes, especialmente mulheres cuja postura firme e compromisso com a população se tornaram modelo para sua própria conduta profissional. Entre as colegas que marcaram essa fase estão as Dras. Margarida Maria Mattos Brito de Almeida (especialista em

tuberculose), Maria Cláudia Corrêa Camargo, Beatriz Perrenoud, Inês Kazue Koizumi e Márcia Caraça, entre outros. Além delas, pode estabelecer contato com Tuyoshi Minomiya, cuja atuação na assistência farmacêutica contribuiu para diversos projetos conjuntos ao longo da carreira.

Dra. Maria Clara destaca que o CVE cumpria, já naquela época, um papel estruturante na formação de residentes, servindo como uma verdadeira escola prática da vigilância epidemiológica. Para muitos médicos e médicas, a experiência no Centro abriu portas para funções estratégicas na Secretaria de Estado da Saúde, consolidando carreiras voltadas para a gestão e a formulação de políticas públicas.

Outra etapa marcante foi sua passagem pelo Hospital Emílio Ribas, onde vivenciou o início da epidemia de HIV/Aids. Naquele momento, ainda em meio a incertezas científicas e forte estigma social, sua função incluía o preenchimento de fichas epidemiológicas detalhadas, fundamentais para compreender o avanço da doença e orientar respostas institucionais. Em 1988, recebeu o convite da Dra. Luiza Keiko, que compunha a equipe do Instituto de Saúde, para integrar a equipe do recém-criado Centro de Referência e Treinamento em Aids (CRT-Aids), sob coordenação do Dr. Paulo Teixeira, dando início a uma nova fase de sua atuação voltada ao enfrentamento de uma das maiores crises sanitárias da história recente.

Ao relembrar essa trajetória, a Dra. Maria Clara ressalta o espírito coletivo e a cultura do “nós” que marcavam as equipes da época, uma visão de trabalho que unia competência técnica, solidariedade e compromisso com o interesse público.

Dra. Maria Clara ficou responsável pela área de vigilância epidemiológica da Aids, cuja coordenação era atribuída ao CRT e não ao CVE, mas com forte articulação entre as duas instituições. Sua principal função era atuar como ponte entre os dois Centros, participando das reuniões de diretoria do CVE, que ocorriam às terças-feiras,

mesmo sendo uma profissional jovem e “de fora” da instituição. Essa parceria visava coordenar de forma integrada as ações de vigilância do HIV/Aids no estado.

Nesse período, o trabalho era totalmente manual: planilhas extensas e fichas físicas. Dra. Maria Clara colaborou de perto com a Dra. Carmen Silvia Bruniera, responsável no CVE pela organização das informações dos pacientes com Aids. Também mantinha contato com outros núcleos, como o de DST e Sífilis Congênita, coordenado pelo Dr. Osvaldo Moura, embora seu foco fosse especificamente a Aids.

Uma parte fundamental de seu trabalho envolvia visitas aos Escritórios Regionais de Saúde para buscar fichas de notificação, apoiar investigações de casos e fechar dados relacionados a bancos de sangue, em parceria com o Centro de Vigilância Sanitária (CVS). Naquela época, o sangue ainda não era testado de forma rotineira e a equipe trabalhava para identificar possíveis riscos, registrando informações detalhadas sobre doadores e transfusões, sempre de maneira articulada entre as instituições.

Os Boletins Epidemiológicos em HIV/Aids começaram a ser publicados anualmente pelo CRT-DST-Aids em parceria com o CVE a partir de 1988, posteriormente passaram a incluir as informações de Sífilis Congênita e das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

O vínculo com as equipes regionais era construído de forma próxima e pessoal. Em muitas viagens ao interior para implantar serviços, Dra. Maria Clara e colegas se hospedavam nas casas dos profissionais locais, onde, algumas vezes, chegaram a dormir em beliches no quarto das crianças da casa, tudo por falta de recursos para hospedagem. Essa convivência próxima e improvisada estreitava laços e fortalecia a colaboração no território.

Nesse período, a equipe da vigilância epidemiológica de HIV-Aids do CRT-Aids era composta por Dr. Artur Kalichman e as Dras. Debo-
ra Barbieri, Naila Janilde Seabra Santos, Alexandre Grangeiro, Nina

Laurindo, entre outros colegas. Essa fase foi marcada por intensa articulação interinstitucional, integração de esforços e consolidação de práticas de vigilância.

Dra. Maria Clara lembra que em 1994 o CVE intensificou as ações em Sífilis congênita, com destaque, para a atuação Angela Tayra e Luiza Matida.

O ciclo iniciado em 1988 se estendeu até 1995, quando, por decisão do Dr. Paulo Teixeira e do Dr. Guilherme, e com a chegada do secretário de Saúde José da Silva Guedes, toda a equipe de vigilância de Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis e Sífilis Congênita que estava no CVE foi transferida para o CRT-DST-Aids, concentrando nesse centro todas as atividades relacionadas à vigilância epidemiológica do HIV/Aids e DST no estado.

Para a Dra. Maria Clara, essa mudança trouxe ganhos, como integração da equipe, maior articulação interna, elaboração de informações de forma mais coordenada, e perdas, como o afastamento físico do CVE, enfraquecendo a convivência cotidiana com outros programas. Ainda assim, a proximidade institucional foi mantida pela permanência de todos os profissionais sob a mesma coordenação.

Um dos maiores avanços construídos nesse período foi a integração entre os programas de HIV/Aids e de tuberculose (TB), considerada pela Dra. Maria Clara um diferencial paulista em relação a outros estados. Desde 1996, São Paulo estabeleceu que toda pessoa com diagnóstico de TB deveria ser testada para HIV, alcançando percentuais de testagem muito superiores à média nacional. Essa articulação foi favorecida por lideranças como as Dras. Laedi Alves dos Santos, Vera Galesi e Zelita, além do suporte de financiamentos internacionais, como os do Banco Mundial e do Fundo Global.

O trabalho conjunto possibilitou a definição de diretrizes e estratégias alinhadas, construídas de forma participativa com as equipes da rede. Dra. Maria Clara enfatiza que a eficácia das políticas públicas depende dessa construção coletiva, articulando diferentes áreas e construindo pontes.

Na visão da Dra. Maria Clara, os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs) sempre foram pilares essenciais para a organização das ações em saúde pública. Ela ressalta que, historicamente, desde a estrutura dos antigos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs) até os atuais Departamentos Regionais de Saúde (DRSs), esses núcleos regionais foram fundamentais para articular ações, fortalecer a vigilância e garantir que as respostas aos agravos chegassem de forma eficiente aos municípios. Dra. Maria Clara destaca que cada nível, estadual, regional e municipal, possui competências próprias e complementares e que essa integração é vital para a efetividade das ações. Ao mesmo tempo, ela expressa preocupação com a necessidade de manter os GVEs fortalecidos e devidamente reconhecidos, tanto em termos institucionais e, especialmente, de financiamento.

Dra. Maria Clara também valoriza profundamente a participação das organizações não governamentais (ONGs), especialmente no enfrentamento da Aids. Para ela, a experiência de trabalhar lado a lado com essas entidades, frequentemente questionadoras, mas sempre propositivas, foi decisiva para o avanço das políticas públicas. Esse modelo de diálogo franco e participação ativa inspirou inclusive o fortalecimento de movimentos similares na luta contra a tuberculose. Na sua visão, não há como construir políticas públicas efetivas sem ouvir e incorporar as demandas da sociedade civil.

Ao contextualizar a trajetória da vigilância em saúde em São Paulo e no Brasil, Dra. Maria Clara aponta marcos históricos que moldaram sua prática: o processo de redemocratização do país, a Constituição de 1988 e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela lembra que o próprio CVE, fundado em 1985, ano que marca o final da Ditadura Civil-Militar brasileira, nasceu nesse ambiente de abertura política, carregando o espírito participativo e a visão estratégica dos sanitaristas que o idealizaram.

Em 2023, após décadas de atuação no CRT, no CVE e na Secretaria de Estado da Saúde, onde ingressou em 1988 e construiu 35 anos de carreira, Dra. Maria Clara foi convidada a integrar o Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e IST do Ministério da Saúde. Viveu uma experiência intensa em Brasília, permanecendo até 2024, quando retornou a São Paulo por razões pessoais, mantendo um vínculo de colaboração com o Ministério.

Atualmente, participa de iniciativas estratégicas, como a eliminação da transmissão vertical do HIV, já alcançada pelo município e pelo estado de São Paulo e prevista para ser conquistada em nível nacional até 2025, além da elaboração do plano para eliminação da Aids como problema de saúde pública. Ela relembra que vivenciou toda a trajetória do HIV no Brasil: desde os anos anteriores à criação da primeira droga contra o vírus, o AZT, até o momento histórico em que se projeta sua eliminação.

Encerrando seu relato, Dra. Maria Clara reafirma que nada se constrói de forma isolada. Cada conquista foi fruto de um esforço coletivo que uniu instituições, gestores, profissionais, sociedade civil e diferentes níveis de governo.



Marta Lopes Salomão

CVE 40 anos: A trajetória na vigilância epidemiológica

Estudei na Faculdade de Medicina em Botucatu, da Unesp, onde me formei em 1973. Em seguida, fiz residência em Saúde Pública com grandes mestres: Cecília Magaldi, Eurivaldo Sampaio de Almeida, Lupércio Cortês, dentre outros. Realizei o Curso de Saúde Pública da USP durante o ano de 1975, pois pretendia ingressar na carreira de sanitarista, que havia sido criada pelo Professor Walter Leser em 1969.

Iniciei meu trabalho na Secretaria Estadual da Saúde em maio de 1976 na Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC), onde fui Assistente Técnica. Nessa época, existia apenas a Diretoria de Epidemiologia (Dra. Vera Shirley de Carvalho, se não me engano), no Departamento Técnico Normativo (DTN) e uma Seção de Epidemiologia na CSC (Dr. Eliseu Waldman). Depois, fui Diretora em um Centro de Saúde (São Caetano e Lapa, Distritos Sanitários de Osasco e Butantã, e Estudos e Programas da Zona Leste. Em todos esses cargos realizei atividades de vigilância epidemiológica, em uma época em que grassavam casos de pacientes de sarampo que eram internados, além da prevalência de difteria, poliomielite, tétano, etc.

Considero que apenas em 1976 a vacinação foi priorizada, com as vacinas disponíveis e a garantia de geladeiras de estoque para a sala de vacinas em todos os Centros de Saúde, na gestão do Prof. Eurivaldo. Nessa época, a enfermeira Maria Luiza Salum Caporalli criou o fichário para controle das crianças vacinadas. Organizei e coordenei a 1ª Campanha de Vacinação contra a Pólio no Distrito de Osasco, onde fui Diretora. Em 1983, voltei para São João da Boa Vista como Diretora de Distrito Sanitário, com oito municípios, fortalecendo as atividades de vigilância, vacinação e organizando o futuro Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de municipalização.

Em 1985, a criação do CVE possibilitou a organização da vigilância e a formação de dezenas de sanitaristas que fizeram que a instituição vivesse um período áureo, graças à visão de seu criador, o Prof. Dr. Alexandre Vranjac.

Em 1990, assumi a Superintendência da SUCEN, quando enfrentei a grande epidemia de dengue, garantindo um incremento de recursos e contratando emergencialmente novos servidores. Entendia que a dengue tinha todo o potencial de se tornar endêmica em nosso estado, apesar de vários técnicos da SUCEN entenderem que era só uma questão de recursos para combatê-la. Participei do IIIº Curso Internacional de Dengue, em Cuba, patrocinado pela OPAS. Se Cuba, uma ilha, não tinha conseguido erradicá-la, o Brasil, com sua extensão e fronteiras, teria menor sorte.

A parceria com o Instituto Adolfo Lutz (IAL) (Divisão de Virologia – PqC Dra. Luiza Madia de Souza) e com o CVE (Diretoria de Zoonoses – Dra. Giselda Katz) foi fundamental para evitar que a doença atingisse todo o estado. Nosso contato era diário e intenso. Em 1991, voltei ao meu cargo de Sanitarista e fiquei na área de Vigilância Epidemiológica, onde ainda não existia cargo ou função de chefia. Participava das reuniões dos GVEs com o CVE e percebi que, em algumas áreas do estado, os interesses políticos regionais e municipais intensificaram suas influências, diminuindo a independência dos técnicos na divulgação de dados de surtos importantes para a população.

Em 1995, assumi novamente o cargo de Diretora Regional na minha cidade e, posteriormente, em Campinas, onde fiquei até o final de 1996. Em 1997, assumi a gestão municipal, cargo que ocuparia por oito anos, pois queria ter uma experiência municipalista, e priorizei a construção do SUS, organizando a atenção básica, as vigilâncias e assumindo a gestão plena.

Particpei da Diretoria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e da BIPARTITE. Essa experiência foi enriquecedora, pois fui indicada para ser um dos elos com o CVE para facilitar o relacionamento com os municípios. Na função de Diretora da regional de São João da Boa Vista, tive a felicidade de assinar, junto à Diretoria de Campinas, a obrigação de notificação compulsória da Febre Maculosa para os municípios de nossas jurisdições.

Uma das situações que me marcou foi quando enviamos um material ao IAL Central de caso suspeito de hantavirose e, após algum tempo, vimos em um jornal do Rio de Janeiro a publicação da descrição de um novo tipo de arbovírus, o Arenavírus Pinhal, confirmado pelo Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Nós, que havíamos enviado a amostra, não fomos informados, o que demonstrou a dificuldade da base da vigilância em ter acesso aos resultados finais. Quando assumi a Diretoria do IAL, lembrei desse episódio e organizei uma capacitação sobre o SUS para todos os Diretores, Chefes e Pesquisadores, com participação do CVE. Entendo que foi muito proveitoso, pois poucos tinham noção de seu papel frente a rede do SUS. Além disso, implantamos o sistema de informação laboratorial disponibilizando acesso aos resultados para as Vigilâncias Epidemiológicas Central, Regional e Municipal. Além disso, na Reforma Administrativa do Instituto, criamos o Centro de Respostas Rápidas, com o objetivo de facilitar investigações de surtos.

Na minha gestão no IAL, de 2007 a 2010, por convite do Secretário Luiz Roberto Barradas Barata, priorizei as ações de vigilância e as pesquisas voltadas para a introdução e o desenvolvimento de novas técnicas moleculares, importantes para a vigilância epidemiológica, como PCR-RT de várias doenças, como meningite meningocócica, gripe suína, febre amarela, dengue e coqueluche. Devo lembrar o papel do pesquisador Claudio Sacchi nesse processo.

Essa priorização foi fundamental para que o IAL fosse o principal laboratório do país no diagnóstico da gripe suína, oportunidade na qual o Ministro da Saúde utilizava nossos dados nas entrevistas. Nosso contato com o CVE era diário.

Sempre entendi que a vigilância epidemiológica era fundamental na construção do SUS e fico preocupada com nossa dificuldade em dar visibilidade às doenças não transmissíveis.

Entendo a importância de comemorar os 40 anos do CVE para que possamos refletir sobre os princípios de seu criador e que tenham propostas para a fortalecer a vigilância epidemiológica.

Depoimento redigido por Marta Lopes Salomão, médica sanitária, especialista em Saúde Pública, Ex diretora do Instituto Adolfo Lutz, e Ex Superintendente da SUCEN.



Regina Célia Moreira

Com a pesquisa no sangue

Regina Célia Moreira é biomédica formada pela UNISA, com mestrado pela Unifesp e doutorado em Ciências pelo Instituto de Ciências Biomédicas (ICB) da USP. Sua trajetória na pesquisa começou ainda na graduação, com estágios e bolsas em instituições de prestígio como a Faculdade de Saúde Pública e o próprio ICB. Em 1987, ingressou como pesquisadora científica no Instituto Adolfo Lutz (IAL), após ser aprovada em concurso para a área de virologia.

Iniciou sua atuação com vírus exantemáticos, como sarampo e herpes, mas logo foi chamada para colaborar com os esforços de erradicação da poliomielite diretamente com o CVE, realizando reuniões periódicas com a equipe para a discussão de estratégias. Nessa fase, agiu em estreita colaboração com a Dra. Beatriz Perrenoud.

Ao longo dos anos, especializou-se em hepatites virais. Por volta de 1995, após um período profissional no exterior, começou a trabalhar com nomes de destaque como o Dr. Celso Granato, que a convidara para retornar ao Instituto Adolfo Lutz e integrar o Laboratório de Hepatites. Com a saída do Dr. Celso, a Dra. Ester Sabino ocupou seu lugar. Dra. Regina acabaria por assumir o Laboratório, quando sua chefe ingressou na carreira acadêmica.

Dra. Regina destaca a parceria que construiu com o Dr. João Renato Rebello Pinho, do Laboratório de Biologia Molecular do IAL, cientista que ela classifica como um “expert” em hepatites, com quem desenvolveu pesquisas que incluíam clonagem e expressão de antígenos e a produção de antissoros.

Dr. João Renato chegou a trazer ao Brasil pesquisadores de renome internacional, como o cientista Qui-Lim Choo, responsável pela primeira clonagem do genoma do vírus da hepatite C, doença que passou a ser classificada de forma mais precisa nessa época, sendo conhecida anteriormente como hepatite “não-A e não-B”. Esse evento ampliou a visibilidade e a importância do IAL.

Na virada para os anos 2000, Dra. Regina defendeu seu doutorado no qual realizou um estudo de hepatite C em dois centros de hemodiálise, locais que ainda hoje registram contaminações pela doença, embora em números bem mais reduzidos. Seu trabalho foi particularmente interessante por evidenciar as péssimas condições sanitárias de algumas dessas instalações, contribuindo para melhorias na fiscalização e realização de exames preventivos.

Nessa mesma época, preocupada com a desorganização no diagnóstico e na abordagem das hepatites virais, Dra. Regina, juntamente com o Dr. João Renato, propuseram ao CVE a estruturação de um programa estadual para essas enfermidades. Com apoio da equipe do CVE e de representantes de universidades, reuniões e articulações foram realizadas, que culminaram na publicação do primeiro manual técnico de diagnóstico das hepatites virais, conhecido como o “manual amarelinho”, marco fundamental na vigilância e controle dessas doenças no estado de São Paulo.

Foi nesse contexto que o Programa Nacional de Hepatites Virais foi oficialmente publicado em 2002, durante a gestão de José Serra no Ministério da Saúde. Era necessário, então, implementar esse programa no estado de São Paulo. A parceria do IAL com o CVE continuaria, agora personificada nas figuras da Dra. Regina Moreira e da Dra. Gerusa Maria Figueiredo.

Durante essa fase inicial, elas enfrentaram resistências institucionais e orçamentárias. Secretários e gestores, como o próprio Dr. José da Silva Guedes, chegaram a chamá-las de “loucas” por solicitarem recursos e apoio logístico de grande monta e de forma um tanto inesperada. Elas também negociaram diretamente com a superintendência do Hospital das Clínicas, propondo que o próprio HC bancasse kits de diagnóstico, não apenas para seus pacientes, mas também para a futura rede estadual de laboratórios. Mais uma vez tiveram sua sanidade questionada. Mas não desistiram.

Com apoio constante do pessoal do CVE e da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), elas organizaram, no Hospital do Servidor Público, a primeira jornada estadual sobre hepatites, que reuniu representantes de universidades, técnicos laboratoriais e equipes de saúde pública, porém ainda sem uma estrutura formal.

A base dessa articulação vinha de experiências anteriores, como o Projeto Bela Vista, pesquisa realizada ainda na década de 1990 e voltada inicialmente para o estudo do HIV entre populações vulneráveis, mas que revelou alta taxa de soroconversão para hepatites, especialmente hepatite B. Essa constatação ajudou a fundamentar o argumento de que o país precisava de um programa específico para a doença.

Também no início dos anos 2000, Dra. Regina integrou uma das ações mais marcantes de sua carreira, participando da coordenação do primeiro Inquérito Nacional de Base Populacional das Hepatites Virais. Iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com estados e instituições como IAL e CVE, o estudo teve grande repercussão e envolveu um trabalho intenso de campo e laboratório.

Em São Paulo, a logística do inquérito foi particularmente desafiadora: as equipes percorriam bairros previamente sorteados, durante a semana, aos finais de semana e feriados para realizar entrevistas domiciliares e a coleta de sangue.

Com maior ou menor dificuldade, superada essa fase e a obtenção das amostras, o material era, então, entregue na Faculdade de Saúde Pública, onde era armazenado temporariamente, até ser processado no Instituto Adolfo Lutz.

Dra. Regina faz questão de ressaltar e recordar com muito carinho do trabalho de sua companheira no laboratório de hepatites virais do IAL, Angela Maria Miranda Spina, que teve papel fundamental no projeto. Extremamente dedicada e conhecida por sua disposição incansável, Angela coordenava o recebimento e o pro-

cessamento das amostras, com o apoio de colegas como o pesquisador Marcílio Figueiredo Lemos e Isabel Takano Oba. Trabalho fundamental dessa equipe para atingir o objetivo proposto.

Dra. Regina também relembra com carinho da sua participação no Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica (TBVE) – Hepatites, feito em parceria com o CVE. Um curso técnico que reunia profissionais de diferentes áreas, médicos, enfermeiros, laboratoristas e agentes de vigilância, para debater protocolos e interpretar marcadores sorológicos com precisão. A complexidade dos exames sobre a hepatite B, apelidado de "sopa de letrinhas", exigia aulas explicativas mais detalhadas, que ela mesma foi encarregada de ministrar.

Mais do que um curso, o TBVE - Hepatites foi uma chance de compreender melhor a importância do laboratório para a notificação de casos e fornecer dados para os profissionais da Vigilância Epidemiológica. Foi também uma oportunidade de estreitar os laços de amizade com a equipe do CVE, de colecionar histórias divertidas e construir memórias preciosas. Serviu de base ainda para Dra. Regina pensar e compor cursos que daria no futuro para estagiários do IAL, valendo-se da metodologia do Treinamento, que privilegiava o estudo de casos e acolhia o conhecimento prévio dos estudantes.

Por todas essas realizações, ao olhar para sua trajetória como biomédica e pesquisadora, Dra. Regina se sente orgulhosa e feliz. Felicidade por acompanhar a descoberta e o desenvolvimento da cura de uma doença como a hepatite C, feitas pela ciência. Orgulhosa de ter contribuído com o controle das hepatites virais no Brasil e para a formação de estagiários e profissionais de saúde. Esse sentimento também se soma ao afeto pelos companheiros de trabalho que cruzaram seu caminho, muitos deles do CVE, que se tornaram parceiros com quem trocou conhecimentos, compartilhou experiências e que acabaram por converter essas memórias em um verdadeiro patrimônio, pessoal e público.



Simon Widman

Comunicação para salvar vidas

Simon Widman foi assessor de imprensa da Secretaria Estadual da Saúde durante a gestão do Dr. José Aristodemo Pinotti, entre os anos de 1987 e 1991. Jornalista e escritor, trabalhou em veículos como Folha de S. Paulo, revista Veja e na sucursal do Correio Braziliense, assim como na área de comunicação do governo do estado e das secretarias estaduais da Saúde e da Cultura.

Simon recorda que a experiência da epidemia de meningite da década de 1970, marcada pela censura e consequente agravamento da situação, serviu como um alerta importante e estabeleceu parâmetros para a condução das ações de comunicação durante a epidemia de meningite B, ocorrida no final da década de 1980. Naquele contexto, já em um período democrático e diante de uma imprensa ativa e conectada ao meio médico, tornou-se evidente que ocultar informações não seria uma opção responsável ou eficaz.

O episódio foi conduzido sob a liderança da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em articulação direta com o CVE. Desde o início, optou-se por uma estratégia pautada pela transparência e pela construção de uma relação de confiança com a imprensa. Um dos desafios era comunicar a gravidade da situação sem gerar comparações alarmistas com a epidemia anterior, que foi, efetivamente, muito mais grave.

A solução encontrada foi convidar jornalistas especializados em Saúde para um diálogo franco, oferecendo informações precisas e exclusivas, com o compromisso ético de que os dados fossem apresentados de forma contextualizada. Um marco dessa estratégia foi a colaboração com a jornalista Inês Knaut, da Folha de S. Paulo, que recebeu em primeira mão as informações oficiais e as divulgou de maneira equilibrada, sem minimizar os riscos, mas deixando claro que se tratava de uma "epidemia de baixas proporções", um conceito tecnicamente incorreto, porém didático e eficiente, criado para diferenciar aquela situação da tragédia vivida nos anos 1970.

Essa abordagem se mostrou acertada. Com uma cobertura inicial feita de forma responsável e ponderada, esse mesmo tom foi empregado pelos demais meios de comunicação. A ausência de distorções, sensacionalismo e desinformação da sociedade como um todo e do meio médico em particular permitiu à Secretaria conduzir a comunicação de maneira organizada. Além disso, foram adotadas ações contínuas, como a divulgação diária de boletins e entrevistas coletivas periódicas com a presença do Secretário de Saúde e de lideranças do CVE, à época dirigido pelo Dr. Wagner Costa, reforçando o compromisso com a informação pública.

Esse acontecimento consolidou o trabalho conjunto entre as áreas técnica e de comunicação da Secretaria da Saúde e do CVE, demonstrando o papel estratégico da comunicação pública em situações de crise sanitária. A experiência se tornou um verdadeiro exemplo de integração entre gestão pública e imprensa na comunicação de emergências em saúde.

Outra lembrança marcante de Simon é da participação ativa e entusiasmada que a equipe de imprensa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo teve nas campanhas de vacinação contra a poliomielite, conhecidas como Campólio.

Simon recorda que, durante o período em que coordenou a assessoria de imprensa, esse setor também era responsável pela propaganda institucional. Apesar de não ser sua especialidade, Simon acumulou ambas as funções, supervisionando desde a elaboração de materiais informativos até a produção de cartazes e manuais. Em parceria com o CVE, as campanhas ganhavam escala massiva, com tiragens de cartazes que alcançavam milhões de unidades.

A mobilização era intensa. Simon chegou a acompanhar madrugada de trabalho ao lado da enfermeira Miriam Moura para realizar matérias sobre a distribuição das vacinas, parte de um esforço para fazer a ponte entre a informação técnica do CVE e

a opinião pública. No dia da campanha, o famoso personagem Zé Gotinha aparecia em algumas reportagens e estava presente em diversos locais de vacinação. Ele era interpretado por uma profissional muito ativa e carismática, o que ajudava a criar na população uma imagem positiva da ação.

Para a equipe de comunicação, colaborar com a Campólio não era apenas uma função profissional, mas um verdadeiro motivo de orgulho e realização. Afinal, tratava-se de uma campanha voltada unicamente ao bem-estar da população e com impacto direto na saúde pública, o que gerava um forte sentimento de envolvimento do grupo, independentemente de conotações políticas. Cada avanço nos índices de vacinação era comemorado como uma conquista coletiva.

Um caso emocionante ocorreu em uma campanha de vacinação contra a poliomielite. O criador da vacina, o Dr. Albert Sabin, esteve no Brasil em uma dessas ocasiões. Um dos jornalistas destacados para a cobertura da visita do cientista sofreu com a doença e suas sequelas. Ele perguntou a Simon se seria possível ter uma conversa em particular com o Dr. Sabin, o que foi acertado com sua esposa, que era brasileira. No encontro, o jornalista fez questão de agradecer ao médico pelo desenvolvimento do imunizante e lamentar que, para ele, a descoberta tivesse chegado um pouco tarde. Muito emocionado, Dr. Sabin chegou a tocar nas pernas do jornalista que estava sentado à sua frente e usava aparelhos ortopédicos.

Simon recorda ainda de outra ação interessante ligada à Campólio. Por determinação do Dr. Pinotti, as campanhas de vacinação também foram usadas para ações de promoção da saúde de massa. Uma das mais marcantes esteve ligada à saúde da mulher, uma vez que eram as mães as que costumavam levar os filhos para serem vacinados. Dessa forma, as crianças recebiam as gotinhas do imunizante e as mulheres saíam dos postos de saúde com o agendamento de exames preventivos. A ideia deu tão certo e o volume de exames rea-

lizados foi tão grande que a iniciativa esbarrou na falta de estrutura da Secretaria para atender aos casos suspeitos que demandavam investigação e aos confirmados que exigiam cuidados, sobrecarregando a rede de Saúde.

Outro fato marcante da saúde pública dos anos 1980 foi a emergência da Aids. Enquanto a ciência não conseguia compreender suas formas de transmissão e nem produzir remédios eficazes, a contaminação pelo HIV equivalia a uma sentença de morte. Um dos grupos mais afetados foram os hemofílicos, pois o tratamento de sua síndrome requer constantes transfusões e o controle do sangue doado era bastante precário. Era um período de grandes incertezas. Notícias sobre novas descobertas em relação à enfermidade e de pessoas famosas que faleceram pela doença eram uma constante na imprensa, clima de medo e incerteza que faz lembrar, em certos aspectos, o que ocorreu durante a pandemia de Covid-19.

Simon recorda que a repercussão gerada pela morte do cartunista Henrique de Souza Filho, o Henfil, foi o estopim para o desenvolvimento de uma nova estratégia de testagem para os bancos de sangue do estado. Hemofílicos, Henfil e seus dois irmãos, um deles o sociólogo Herbert de Souza, foram contaminados pela doença.

Em um momento em que os testes para HIV eram caros, lentos e não estavam disponíveis na quantidade necessária, o Secretário Pinotti teve a ideia de fazer uma nova regulamentação para o estado de São Paulo com testagem por grupos, misturando o sangue de dez doadores em uma amostra. Um resultado negativo liberava o material de todos os doadores. Um resultado positivo resultava na investigação de cada um dos envolvidos.

Hoje em dia, o contexto para a comunicação de um modo geral e para a área da Saúde em particular é muito mais desafiador. Simon lembra que, com a internet e as redes sociais, na prática, cada

pessoa tem o potencial para se converter em seu próprio veículo de comunicação. Além disso, esse modelo é vulnerável a ações coordenadas com viés político ou ideológico.

Tudo isso contrasta com a curadoria e mesmo a responsabilização legal da mídia tradicional. Essa dinâmica compromete enormemente a qualidade da informação difundida e pode ter consequências desastrosas para a comunicação em saúde pública, como as fake news divulgadas por movimentos antivacina nos últimos anos ilustram muito bem.

Simon recorda de uma estratégia de comunicação tecnicamente simples, mas bastante eficaz, que ele e sua equipe de assessoria de imprensa conceberam para a Secretaria da Saúde nos anos 1980. A criação do minijornal Saúde em Primeira Página, informativo que, como próprio nome indica, era diagramado como a primeira página de um jornal e fixado, semanalmente, nas unidades de saúde do estado.

Com seis ou sete manchetes chamativas que levavam o leitor a textos objetivos e diagramados em letras grandes, o pequeno jornal em forma de cartaz atraía a atenção tanto das pessoas em busca de atendimento como dos funcionários desses estabelecimentos, cumprindo, de forma analógica e artesanal, porém precisa e cuidadosa, o papel que a comunicação das redes sociais desempenha, de forma caótica e inexata, nos dias de hoje.

Por fim, Simon faz questão de registrar sua admiração pelo fundador do CVE, o Dr. Alexandre Vranjac. Simon recorda de seu jeito paternal e profundo, que remetia ao perfil de um filósofo alemão. Dr. Vranjac era muito querido pela imprensa, com quem estabeleceu um diálogo rico e virou referência para assuntos de saúde. Sua morte repentina causou grande comoção entre os jornalistas. Iniciativas como esse livro de memórias ajudam a manter vivo o seu legado.



**Denise Brandão
De Assis**

A força da investigação

A trajetória da Dra. Denise Brandão de Assis no campo da saúde pública iniciou-se de forma marcante em meio à emergência do SARS-CoV no início dos anos 2000. Ainda durante sua residência médica na Unicamp, participou de sua primeira investigação de campo, acompanhando um caso suspeito da doença em Sorocaba. A experiência despertou seu interesse pela vigilância epidemiológica e a motivou a prestar o processo seletivo para o primeiro ciclo do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS), realizado em São Paulo.

Em 2004, ano em que concluiu a residência, foi aprovada no treinamento e ingressou no CVE, onde permanece até hoje, completando duas décadas de atuação. Coincidentemente, em 17 de fevereiro daquele ano, data de seu aniversário, foi implantado o sistema estadual de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, no qual ela teve participação direta desde os primeiros passos.

Durante o treinamento no EpiSUS, Dra. Denise vivenciou investigações emblemáticas. Entre elas, destaca-se o surto de meningite em São Joaquim da Barra, onde, sem recursos digitais disponíveis, elaborou um extenso “planilhão” manual com auxílio de papel e fita adesiva. Outra investigação notável envolveu micobactérias em pacientes cirúrgicos de Campinas, estudo que durou um ano e exigiu a revisão de mais de 500 prontuários médicos. Também investigou casos inusitados, como um envenenamento familiar em Campinas, e surtos de febre maculosa em Mauá, sempre com intensa imersão nos ambientes dos pacientes, o que lhe proporcionou experiências comparáveis, segundo ela, às vividas pelos detetives de CSI e pelo Doutor House, das respectivas séries.

Ao concluir o EpiSUS, Dra. Denise deu sequência à sua formação acadêmica com um mestrado em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP, sob orientação do professor Eliseu Waldman. Seu trabalho abordou o controle de infecções em hospitais psiquiátricos, com visitas a 56 instituições em todo o estado, onde aplicou

questionários e avaliou a estrutura e os processos relacionados à prevenção e ao controle das infecções. Esse trabalho consolidou seu vínculo com a temática, que permanece até hoje, especialmente por meio de sua atuação no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq), iniciada em 2009.

Como diretora da Divisão de Infecção Hospitalar do CVE, Dra. Denise destaca como principal realização a capacidade de transformar sistemas de vigilância em ações concretas de prevenção. Para ela, o sistema é a base fundamental para entender o cenário epidemiológico e guiar intervenções. Sob sua liderança, a divisão expandiu sua atuação para além dos hospitais gerais, desenvolvendo e implementando sistemas de vigilância voltados a serviços como diálise, oftalmologia e quimioterapia ambulatorial, o que representou uma ampliação do escopo tradicional para abarcar as chamadas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Sua capacidade de transformar dados em conhecimento aplicado refletiu-se também no doutorado, no qual conduziu um estudo para avaliar o impacto de uma intervenção sobre a taxa de infecção primária de corrente sanguínea, consolidando a expertise da equipe nessa área. Outra contribuição significativa foi o projeto de higiene de mãos, cuja metodologia foi adotada como modelo pela Anvisa, demonstrando a influência de sua atuação em âmbito nacional.

Apesar das dificuldades iniciais enfrentadas para se afirmar no ambiente institucional, incluindo embates e resistências naturais à chegada de uma nova profissional e que encontraram algum combustível na personalidade forte da Dra. Denise, que se define, entre risos, como uma pessoa “nada fofinha”, sua trajetória é marcada pela consistência técnica, pela dedicação à saúde pública e pela capacidade de inovação em vigilância epidemiológica. O que começou com uma experiência de duas semanas durante a epidemia de SARS tornou-se uma carreira de 20 anos, pautada pela curiosidade investigativa, pelo compromisso com a prevenção e pela crença na integração entre dados, ação e transformação.



Geraldine Madalosso

Minha trajetória e o EpiSUS

Quem sou

- ✓ Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos – XXXIV Turma – 2000
- ✓ Residência Médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas – 2001 a 2004
- ✓ Egressa da 1ª Turma do Programa de Treinamento em Epidemiologia de Campo - EpiSUS SP – 2004-2006
- ✓ Mestrado em Saúde Pública, área de concentração Epidemiologia, em 2006.
- ✓ Participante do SHEA/CDC Training Course in Healthcare Epidemiology. Charlotte, North Caroline, USA. 2-5 May, 2009.
- ✓ Programa Certificado em Epidemiologia para Gestores de Saúde, baseado na internet (PCE), Turma 2013. Oferecido pela Bloomberg School of Public Health da Johns Hopkins University (JHU) e o consórcio de instituições acadêmicas da América Latina e da Espanha, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).
- ✓ Médica da Equipe Técnica da Divisão de Infecção Hospitalar-Centro de Vigilância Epidemiológica CCD/SES/SP, desde 2006 (Concurso de médico epidemiologista)
- ✓ Coordenadora do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) da Divisão de Vigilância Epidemiológica-DVE, na Coordenadoria de Vigilância em Saúde da SMS/SP, desde 2017.

Como conheci o EpiSUS

Em 2003, quando cursava o R3 de Infectologia no Serviço de Epidemiologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, fomos chamadas pelo Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre

Vranjac”, eu e minha colega de residência, Alessandra Guedes Pellini, para participar das investigações de casos suspeitos de pneumonia asiática – SARS. A nossa coordenadora era a Dra. Ana Freitas Ribeiro, que mantinha boa relação com o CVE, pois já havíamos realizado o estágio da residência durante o R3 de Infectologia nesse mesmo ano.

Na época, estava ocorrendo o Grande Prêmio de Fórmula 1 em São Paulo, e os participantes e jornalistas procedentes de Singapura apresentavam sintomas, pois a pandemia havia iniciado na China, Hong Kong, e estava se espalhando pelo mundo. A equipe do Ministério da Saúde estava presente durante as reuniões de discussão no CVE, das quais participaram também as áreas técnicas e o Diretor do CVE, Prof. Dr. Carlos Magno Fortaleza. Integramos a força-tarefa desta investigação.

Após este evento, fomos convidadas para participar do processo seletivo da primeira turma do EpiSUS, Programa de Treinamento em Epidemiologia de Campo, coordenada pelo CVE/CCD/SES-SP, em convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP, na figura dos Professores Eliseu Alves Waldman e Péricles Alves Nogueira, que foi inspirado no programa do Ministério da Saúde, em parceria com o CDC, iniciado em 2000.

Na primeira turma, as investigações de surtos eram realizadas em campo, na maioria das vezes com um técnico da Divisão do CVE, cujo agravo estava sendo investigado, mas tal dinâmica não ocorreu em todas as ocasiões. Ao fim do trabalho, nos reuníamos com os coordenadores, Dra. Bernadete, Dra. Vilma e Prof. Dr. Carlos Magno, e, eventualmente, com Dr. Luiz Jacintho da Silva, coordenador da CCD, e com os professores da Faculdade de Saúde Pública para discussão dos achados do campo, e com os Professores Eliseu e Péricles para propor estudos epidemiológicos adicionais.

Também realizamos algumas investigações, como as de infecções em mamoplastias de aumento com próteses em Campinas,

2004-2005, assim como um estudo epidemiológico, e fizemos várias discussões com a Prof. Regina Cardoso da FSP-USP. Para cada investigação, sempre havia especialistas indicados pelos coordenadores, seja do CVE ou da FSP.

As divisões foram convidadas para conduzirem minicursos de capacitação da nossa equipe na vigilância dos agravos. Fizemos um minicurso com a Dra. Bernadete, da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica, com a Dra. Vilma Gawry, da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis /Divisão de Acidentes e Violências, e com a Prof. Dra. Maria Clara Padoveze, da Divisão de Infecção Hospitalar, sobre o controle de Infecção Hospitalar, contando, inclusive, com palestrantes da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e do Centers of Disease Control and Prevention of (CDC). Na época, Cristiana Toscano era consultora desses órgãos.

Primeira investigação

Uma das primeiras investigações de campo que realizamos foi a de um surto de meningite viral em São Joaquim da Barra (SP), na região do GVE Franca. A experiência foi bastante interessante. No hotel onde pernoitamos, fizemos nosso primeiro “tabelão” de casos, à mão, juntando folhas de sulfite para descrever os casos em tempo, lugar e pessoa.

Fomos recebidos pelo Secretário da Saúde da cidade, que também coordenava a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e dirigia a viatura da vigilância para encaminhamento do líquido da Santa Casa para o Instituto Adolfo Lutz.

Preceptores de destaque na 1ª Turma (na minha opinião): Prof. Eliseu, Dra. Bernadete, Prof. Dra. Maria Clara, Prof. Dr. Carlos Magno Fortaleza, Dra. Vilma, Flavia Ciccone (na época na Divisão de Doen-

ças Respiratórias como Consultora OPAS para eliminação do Sarampo), Helena Barbosa e Stella (Divisão de Respiratórias).

Investigação conjunta com EpiSUS Avançado de
Brasília-DF

Em Curitiba, por mais de duas semanas, fiz uma investigação conjunta com a equipe de treinandos do EpiSUS de Brasília, acerca de eventos adversos da pós-vacinação de sarampo, caxumba e rubéola de 2004. Foi realizado um estudo de caso-controle, com aplicação de questionário e coleta de amostra de sangue.

(Publicação a seguir)

➤ [Vaccine](#). 2013 Jan 30;31(6):950-4. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.11.095. Epub 2012 Dec 13.

Investigation of an outbreak of hypersensitivity-type reactions during the 2004 national measles-mumps-rubella vaccination campaign in Brazil

Daniel R C Freitas ¹, Evoide Moura, Gisele Araújo, Alessandra Cardoso, Penelope Scheidt, Elizabete Ferraz, Geraldine Madalosso, Robert T Chen, Douglas L Hatch

Affiliations + expand

PMID: 23246259 DOI: 10.1016/j.vaccine.2012.11.095

Vaccine. 30 de janeiro de 2013; 31(6):950-4.
doi: 10.1016/j.vaccine.2012.11.095. Epub 2012 13 de dezembro.

Investigação de um surto de reações de hipersensibilidade durante a campanha nacional de vacinação contra sarampo, caxumba e rubéola de 2004 no Brasil

Daniel RC Freitas ¹, Evoide Moura , Gisele Araújo , Alessandra Cardoso , Penélope Scheidt , Elizabete Ferraz , Geraldine Madalosso , Robert T Chen , Douglas L Hatch

- DOI: 10.1016/j.vacina.2012.11.095

Como conheci o CVE

Sempre tive o CVE como referencial, um exemplo de modelo na área de saúde pública e vigilância epidemiológica, pois durante o R3, além de passar em estágio e participar da força-tarefa da SARS, fiz o Trabalho de Conclusão da Residência (TCC) sobre difteria e recebi a feliz assistência da Dra. Neuma Terezinha R. Hidalgo, médica especialista da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Não pensei duas vezes antes de iniciar o processo seletivo para a primeira turma do EPisus, que seria sediado no CVE, com a inclusão da pós-graduação, Mestrado em Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da USP. E até hoje sou entusiasta da investigação de surtos, tema que estou sempre estudando para me aprimorar e poder compartilhar meu conhecimento sobre o assunto.

Publicação do Mestrado a seguir

Revista de Medicina Tropical

Journal of
Tropical Medicine

 **Forward**
Series

Estudo clínico

Acesso aberto

Leishmaniose Visceral Americana: Fatores Associados à Letalidade no Estado de São Paulo, Brasil

Geraldine Madalosso, Carlos Magno Fortaleza, Ana Freitas Ribeiro, Lisete Lage Cruz, Péricles Alves Nogueira, José Angelo Lauletta Lindoso

Primeira publicação:13 de setembro de 2012

<https://doi.org/10.1155/2012/281572>

Pontos fortes do programa

Formação, especialização, equipes capacitadas em epidemiologia de campo, discussões com especialistas. Algumas divisões estavam bastante empenhadas na formação: Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, Divisão de Infecção Hospitalar. Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, e Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Nas duas últimas, as diretoras estavam envolvidas na coordenação do programa.

Pontos fracos do Programa

Falta de conhecimento e entendimento das áreas técnicas, tanto do CVE como dos GVEs sobre quem era o treinando. Ele não era um substituto que realizaria as mesmas tarefas, mas um profissional com olhar especializado, para agregar na investigação, de forma sistematizada, organizada, com método epidemiológico. Além disso, nem sempre estávamos acompanhados de um técnico especialista durante a investigação de campo. Porém, sempre tínhamos discussões com especialistas quando retornávamos dessas atividades.

Algumas Publicações de investigações
durante EpiSUS a seguir

Português (Brasil) - Cadastro Acesso

BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista

SOBRE • EDIÇÕES • SUBMISSÕES • POLÍTICAS • FONTES • RESUMOS DE TESES E DISSERTAÇÕES • PORTAL SES-SP • CONTATO • BUSCAR

v. 1 n. 7 (2004)

Investigação de Surto de Meningite Viral – Município de São Joaquim da Barra (SP), Fevereiro a Abril de 2004

ARTIGO ESPECIAL

Publicado 2004-07-30

Alessandra Cristina Guedes Pellini¹, Denise Brandão de Assis², Geraldine Madalosso³, Maria Lucia V. S. Cesar¹, Helena Aparecida Barbosa¹, Maria Stella de C. J. O.Sidi¹, Maria do Carmo S.T. Timenetsky¹, Denise Hage Russo¹, Adriana Lucks¹, Rita de Cassia Carmona¹

BEPA - BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO PAULISTA

 **BEPA** Boletim Epidemiológico Paulista

Informe Mensal sobre Agravos à Saúde Pública ISSN 1806-4272

Publicação
Editorial
Expediente
Bibliografia
Gráficos
Tabelas

Julho, 2004 Ano 1 Número 7 retorna

Investigação de Surto de Meningite Viral – Município de São Joaquim da Barra (SP), Fevereiro a Abril de 2004

Alessandra Cristina Guedes Pellini, Denise Brandão de Assis, Geraldine Madalosso, Maria Lucia V. S. Cesar¹, Helena Aparecida Barbosa e Maria Stella de C. J. O.Sidi², Maria do Carmo S.T. Timenetsky, Denise Hage Russo, Adriana Lucks e Rita de Cassia Carmona³

¹EPI-SUS;
²Divisão de Respiratórias do Centro de Vigilância Epidemiológica;
³Laboratório de Vírus Entéricos, Instituto Adolfo Lutz

Download
Edição nº 7
Edição nº 6
Edição nº 5
Edição nº 4
Edição nº 3
Edição nº 2

<https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/38980/36660>

BEPA - BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO PAULISTA

 **BEPA** Boletim Epidemiológico Paulista

Informe Mensal sobre Agravos à Saúde Pública ISSN 1806-4272

Publicação
Expediente
Download
Edições Anteriores

Fevereiro, 2005 Ano 2 Número 14 retorna

Investigação do Surto de Intoxicação por Arsênico – Campinas - SP

Vigilância Epidemiológica e Sanitária da Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental – Covisa / Secretaria Municipal de Saúde de Campinas;
Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – DDTHA / Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vianque" – CVE-SES/SP;
Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP;
EPISUS/SP-CVE; Central CVE; Centro de Controle de Intoxicações – CCI Unicamp; Instituto Adolfo Lutz – IAL Central e IAL Campinas;
Vigilância Epidemiológica e Sanitária da DIR XII Campinas; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital e Maternidade Madre Maria Theodora

<https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/38919>



► Processo BMC. 2011 29 de junho;5(Suplemento 6):P98. doi: [10.1186/1753-6561-5-S6-P98](https://doi.org/10.1186/1753-6561-5-S6-P98)

Avaliação nacional de surtos de micobactérias em rápido crescimento no Brasil

[MC Padoveze](#)^{1,✉}, [G Madalosso](#)¹, [DJ Hadad](#)¹, [E Bravo](#)¹, [EC Silva](#)¹, [HM Borba](#)¹, [J Sallas](#)¹, [JLM Sampaio](#)¹, [JF Ribeiro](#)¹, [MDS Santos](#)¹, [RS Duarte](#)¹, [SM Gomes](#)¹, [SC Leão](#)¹, [VR Brilhante](#)¹

► Informações do autor ► Notas do artigo ► Informações sobre direitos autorais e licença

DOI: 10.1186/1753-6561-5-S6-P98

► Microbiol do Futuro. Junho de 2010;5(6):971-80. doi: [10.2217/fmb.10.49](https://doi.org/10.2217/fmb.10.49).

Epidemia de infecções de sítio cirúrgico por um único clone de micobactéria de crescimento rápido no Brasil

[Sylvia Cardoso Leão](#)¹, [Cristina Viana-Niero](#), [Cristianne Kayoko Matsumoto](#), [Karla Valéria Batista Lima](#), [Maria Luiza Lopes](#), [Moisés Palaci](#), [David Jamil Hadad](#), [Solange Vinhas](#), [Rafael Silva Duarte](#), [Maria Cristina Silva Lourenço](#), [André Kipnis](#), [Zilah Cândida das Neves](#), [Betina Méndez Alcântara Gabardo](#), [Marta Osório Ribeiro](#), [Ludmila Baethgen](#), [Denise Brandão de Assis](#), [Geraldine Madalosso](#), [Érica Chimara](#), [Margareth Pretti Dalcolmo](#)

Afiliações + expandir

Número de identificação pessoal: 20521940 DOI: [10.2217/fmb.10.49](https://doi.org/10.2217/fmb.10.49)

DOI: 10.2217/fmb.10.49

Depoimento redigido por Geraldine Madalosso, Médica, compõe a Equipe Técnica da Divisão de Infecção Hospitalar CVE, com Mestrado em Saúde Pública



**Maria Bernadete de
Paula Eduardo**

A História do aprimoramento da vigilância em DTA e EpiSUS

Meu Relato: A História do Programa de Aprimoramento Profissional em Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos, o nosso EpiSUS Paulista, inspirado no Field Epidemiology Training Program (FETP) e no Epidemic Intelligence Service (EIS), ambos do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

1998 a março de 1999 - Trabalhando na Coordenação dos Institutos de Pesquisa (CIP), a convite do Professor Dr. Luiz Jacintho da Silva, tive como missão criar uma proposta de Vigilância Epidemiológica em Doenças Transmitidas por Água e Alimentos a ser implementada no CVE, pois a Divisão não abrangia, segundo ele, todas as doenças ou sistemas necessários a um bom sistema de vigilância epidemiológica.

Apresentei um esboço da nova proposta e, como estímulo a essa mudança, propus a realização do I Simpósio em Segurança Alimentar no Estado de São Paulo e de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, realizado entre 21 e 23 de setembro de 1998. O II Simpósio ocorreu junto com a I Mostra Estadual de Experiências Bem-Sucedidas em Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) e Segurança de Alimentos, entre os dias 23 e 24 de setembro de 2002, ambos no Centro de Convenções Rebouças.

Junto a esta proposta, planejamos um curso visando o aprimoramento de profissionais de saúde das áreas pública e privada, abrindo também a profissionais de universidades, inspirado no Field Epidemiology Training Program (FETP) e no Epidemic Intelligence Service (EIS). Várias reuniões foram realizadas com a Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP) entre 1998 e 1999 para a definição do modelo do curso e seus objetivos, estando presentes os representantes da FSP, o Professor Eliseu Alves Waldman, o Professor Almério de Souza Machado, Chefe do Departamento de Epidemiologia, e convidados: Dr. Chester Luiz Galvão Cesar, Diretor da FSP; Dr. Jarbas Barbosa, do CENEPi/FUNASA; os Professores Jay Macliffe e Jeremy Sobell, do CDC; eu; Dra. Maria Bernadete de Paula Eduardo, Diretora da Divisão de

DTHA; e o Professor Dr. José Cássio de Moraes, Diretor do CVE (1997 a 2003), representando também o Professor Dr. José da Silva Guedes, Secretário de Estado da Saúde na época.

Posteriormente, incorporamos como colaboradores os Professores Alexandre J. da Silva, também do CDC, e o Professor Lee W. Riley, da Universidade da Califórnia, Berkeley. Foi em meados de 1999 que, em reunião com esses convidados, que o Dr. Chester perguntou: “Como será o nosso EpiSUS Paulista?”, em referência ao nome já cogitado nas diversas reuniões anteriores.

Nessa reunião, foram definidos o formato e os objetivos do programa. Para início, já em 2000, visamos capacitar os profissionais em epidemiologia de campo e em vigilância em saúde, com foco na investigação de surtos nos municípios e em outras emergências de saúde pública, e desenvolver competências para a coleta, análise, interpretação e comunicação de dados de vigilância, promovendo a reflexão sobre o ciclo em vigilância em saúde. Em resumo, capacitar os profissionais para atuar nas diversas áreas de saúde, aprender o método epidemiológico e outros métodos científicos (como biologia molecular, com atuação integrada com laboratórios públicos e privados) para a identificação das fontes de transmissão e fatores de risco, além das doenças relacionadas aos agravos estudados, colaborando para a redução da incidência dessas doenças.

Outro objetivo importante: além de treinar o estagiário para ser um replicador desses conhecimentos em sua área de atuação, participar das aulas práticas e teóricas nas várias Divisões e na FSP/USP, realizar investigações em campo, e aprender a lidar com a Tecnologia da Informação em Saúde, trabalhando os bancos de dados das várias doenças, o aluno deveria cursar o Mestrado na FSP, o que aumentava o período de aprendizado.

O Programa de Aprimoramento Profissional inicia-se pioneiramente na Área de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos. As vagas foram destinadas a recém-formados de diversas faculdades (Medicina, Veterinária, Enfermagem, Nutrição e

outras), particulares ou públicas, e para funcionários de nível superior trabalhando na rede de GVEs e municípios. Não sabemos por que nenhuma das Diretorias do CVE oficializou, em toda a história dos PAP/Especializações, convênio com o CENEPI/FUNASA e depois SVS/MS (Secretaria de Vigilância em Saúde) e CDC. Mais adiante, os certificados emitidos por outras diretorias passaram a constar EpiSUS-SP, sem nenhum convênio assinado com a SVS/MS e CDC.

Nos primeiros cursos, firmou-se um convênio entre a FSP/USP e CVE/SES-SP e, em seguida, com a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), que forneceu bolsas aos estagiários, e, dois anos depois, com o Departamento de Medicina Preventiva da Santa Casa de Misericórdia. Alguns alunos fizeram mestrado na FSP/USP e depois na Santa Casa, e outros optaram por fazer também o EpiSUS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) para obter o certificado com o credenciamento do CDC.

Entretanto, sempre houve cooperação mútua entre as partes, estagiários ou técnicos/funcionários do extinto CENEPI/FUNASA e, posteriormente, da SVS/MS, que participavam das investigações de surtos nacionais e paulistas e dos seminários e treinamentos, em São Paulo e Brasília. No EpiSUS Paulista, a principal diferença estaria na exigência de se fazer o Mestrado, juntamente ao aprendizado ministrado no dia a dia pelas Divisões do CVE.

Os certificados, até 2003, foram emitidos como PAP e na FSP/USP como Curso de Especialização - Epidemiologia Aplicada às Doenças Transmitidas por Alimentos. Na gestão do Diretor Dr. Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza (2003 a 2005), o mestrado passou a ser feito no Departamento de Medicina Preventiva da Santa Casa de Misericórdia. A partir de 2004, a chefe da Coordenadoria de Controle das Doenças (CCD), Dra. Clelia Maria Sarmiento de Souza Aranda, assume o nome EpiSUS ao modelo proposto anteriormente, ampliando o programa para outras Divisões do CVE, que passam a receber estagiários. Quem assina os certificados é a Dra. Ana Freitas Ribeiro

(Assistente da Dra. Clelia), que depois se tornou Diretora do CVE, no período de 2007 a 2014. Os certificados passaram a incluir, além das atividades nas Divisões, as horas do mestrado.

1ª Turma – 01/03/2000 a 28/02/2001 (1920 horas no total) com cerca de 25 alunos. Excelentes alunos, muitos dos quais seguiram a carreira em saúde pública, sendo incorporados, já em seu primeiro emprego, pela SVS/MS, como Greice Madeleine Ykeda do Carmo, Marcelo Wada e Graziela Alvarez. Conseguimos bolsa da Fundap para os aprimorandos que, segundo a Greice, apesar do valor simbólico, foi suficiente para se manter no período do estágio. Vários eventos ganharam destaque na imprensa, como a investigação do surto de diarreia no município de General Salgado, na região de São José do Rio Preto, com a identificação da *Cyclospora cayetanensis*, e os casos ou surtos de botulismo. Vários alunos fizeram também mestrado na FSP/USP e depois fizeram o EpiSUS em Brasília.

2ª Turma – de 04/02/2002 a 30/01/2003 (1.920 horas no total), com cerca de 20 alunos, alguns de faculdades particulares; porém, a grande maioria da rede pública, de vigilância epidemiológica ou sanitária de municípios ou de GVE. Excelentes alunos, entre eles destaque o depoimento da Beatriz Yuko Kitagawa, que permaneceu no CVE por período considerável, transferindo-se posteriormente para a prefeitura e, depois, retornando ao CVE para supervisionar os cursos de aprimoramento.

Na época, ela foi a única que permaneceu na divisão de DTHA, e relembra que fez revisão bibliográfica, avaliação de surtos, revisão das publicações em revistas e um estudo final sobre a bactéria *E. coli*. Foi também para a SVS e fez o EpiSUS lá. Enquanto esteve no CVE, cursou o mestrado pela Santa Casa. Tempo depois, deixou o serviço público e foi trabalhar como Médica Veterinária no setor privado. Ela diz que foi muito feliz em participar deste trabalho.

3ª Turma – de 01/03/2003 a 28/02/2004 (1920 horas no total), com três alunos: Maria Lúcia Vieira César, Dalva Maria de Assis e Luciana Yanomine. Destaco aqui o depoimento de Maria Lúcia. Se-

gundo ela, o aprimoramento foi muito importante para sua formação, pois adquiriu conhecimentos sobre conceitos, programas e práticas em vigilância epidemiológica. Participou de uma investigação sobre surto de diarreia em Assis (SP), e as principais dificuldades para essa empreitada foram os endereços incorretos informados pelos pacientes nas unidades de saúde, que não faziam parte do seu bairro, bem como a recusa de alguns, resultando na perda e insuficiência de pacientes para a confiabilidade das amostras em estudo de caso-controle retrospectivo.

Na DDTHA, participou de todas as atividades de rotina, incluindo o trabalho com a MDDA (Monitorização da Doença Diarreica Aguda), banco de dados de botulismo, auxílio na tradução e produção de textos, participação na produção de material técnico, artigos e pôsteres para os Simpósios e Mostras de Experiências Bem-Sucedidas. Apesar das dificuldades na investigação em Assis, obteve-se um bom resultado na conclusão das causas dos surtos, e a aluna recebeu o certificado do curso. Também recebeu bolsa da Fundap e fez mestrado em Epidemiologia na FSP/USP, sob orientação do Prof. Dr. Eliseu A. Waldman. Permaneceu ainda na DDTHA participando de uma outra investigação, levada a cabo junto com Denise Brandão de Assis, Diretora da Divisão de Infecção Hospitalar (DIH); Geraldine Madalosso, e Alessandra Cristina Guedes Pellini, da Divisão de Doenças Respiratórias (DDR/CVE-SES/SP), no período entre 2004 e 2005.

Nos certificados, o nome era Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo – EpiSUS/SP (total de 3.520 horas), coordenado por Beatriz Yuko Kitagawa, que ainda permanecia na DDTHA. A Dalva, após fazer parte de nossa equipe, participando da pesquisa sobre a Incidência de Rotavírus no Estado de São Paulo e dando treinamento aos funcionários das GVEs de Guarulhos (SP) e Rio Claro (SP), prestou exame para o EpiSUS de Brasília, fez o curso lá e depois foi trabalhar na OPAS da Argentina. Seguiu também na carreira em Saú-

de Pública e, no momento, trabalha na SVS/MS. Maria Lúcia Vieira César trabalha desde 2010 no Subgrupo de Vigilância de Avaré, que faz parte do GVE de Botucatu.

4ª Turma – de 01/03/2004 a 28/02/2005 (1920 horas no total), com três alunos: Michelle Maria Rodrigues, Carolina Costa Silva e Bruno Rocha Martins. Destaco aqui o depoimento da Michelle, que diz que o aprimoramento foi importante para a sua carreira, pois nele teve a oportunidade de conhecer a estrutura estadual da saúde, interagindo com outros profissionais e aprimorandos, aprendendo a metodologia de investigação epidemiológica por meio da investigação de surtos de doenças transmitidas por água e alimentos, o que possibilitou sua permanência na área de saúde pública. O certificado recebido lhe conferiu pontos em concurso realizado em vigilância sanitária. Trabalha atualmente na Vigilância Sanitária de São Vicente (SP), auxiliando nas investigações sanitárias e epidemiológicas de surtos.

Participou de investigações de surtos em diversos municípios, recordando-se de Investigação de surto de diarreia em um hospital em Bauru (SP), que possuía uma empresa terceirizada no serviço de nutrição e dietética, recorda também dos surtos de rotavírus em Campinas (SP) e de outro, em Guarulhos (SP), ocasionado por um bolo com chocolate granulado. Em alguns desses eventos, foi necessário utilizar a metodologia de coorte retrospectiva e, em outros, a fonte de contaminação identificada desvendou o surto. Carolina e Bruno seguiram para a área de informática, no setor privado.

A partir de 2006, e especialmente em 2007, com a nomeação da Dra. Ana Freitas Ribeiro (2007 a 2014), a médica veterinária Beatriz Yuko Kitagawa se tornou assessora da Diretoria, assumindo posteriormente a coordenação do EpiSUS, gerenciando também mais dois processos seletivos para o CVE. Neste período, passou por nossa Divisão Renata Soares Martins, enfermeira pela USP, fazendo o aprimoramento profissional e mestrado na Santa Casa, com o tema “Tendência temporal da mortalidade específica por doenças diar-

reicas em crianças menores de cinco anos, São Paulo, 2000 – 2012”, depois Doutorado em Epidemiologia pela FSP/USP, tornando-se também Diretora Técnica em Saúde II da Central/CIEVS, onde atualmente é funcionária. Neste ínterim, Maria Emília Britte foi nossa estagiária, que fez mestrado pela Santa Casa com a dissertação “Avaliação dos surtos de doenças transmitidas por água e alimentos no período de 2002 a 2008”, e depois voltou a ser Secretária de Saúde de um município do interior do estado. Nossa última estagiária, no período de 2016 a 2018, foi Tatiana Lang D’Agostini, biomédica, fazendo mestrado na Santa Casa, com dissertação de tema “Vigilância das doenças priônicas no Estado de São Paulo: uma avaliação do sistema de informação da Doença de Creutzfeldt-Jakob”.

Fui diretora da DDTHA de março 1999 a maio de 2015. Após esse período, a médica veterinária Eliana Suzuki assumiu a Diretoria da Divisão. Eu permaneci como Médico III, participando de todos os projetos e cursos e, em março de 2020, me despedi da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), depois de um vasto trabalho de 43 anos de dedicação em Saúde Pública/Saúde Coletiva realizado em várias áreas a Secretaria: Diretora de Centros de Saúde de Utinga e Ipiranga, Diretora da Área de Informações em Saúde e Informática no CIS (Centro de Informações em Saúde) antes da formação do CVE, Diretora da Área de Vigilância em Saúde (na época o nome era SERSA) no Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e, finalmente, como Diretora da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Concluí meu Doutorado em 2001, no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, ao qual tenho muita gratidão, especialmente à Profa. Dra. Hillegonda Maria Dutilh Novaes, minha orientadora, o que me ajudou a aprimorar meu trabalho no CVE.

Depoimento redigido por Maria Bernadete de Paula Eduardo – Diretora da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentos- DDTHA, no período de março de 1999 a maio de 2015 e Médico III de maio de 2015 a março de 2020.



EpiSUS

Relatos do EpiSUS São Paulo

A participação no EpiSUS São Paulo foi descrita pelos egressos como uma experiência transformadora que marcou de forma decisiva suas trajetórias profissionais. O programa foi considerado não apenas um espaço de aprendizado técnico, mas também de integração entre diferentes setores e atores, o que possibilitou compreender a importância da articulação institucional para a prevenção e o controle de emergências em saúde pública. Para muitos, o curso consolidou a transição entre a formação acadêmica e a prática, oferecendo o primeiro contato direto com a investigação epidemiológica de campo e despertando ou reforçando o interesse pela saúde pública.

Os relatos destacam que o EpiSUS trouxe metodologia científica aplicada, possibilitou amadurecimento profissional e pessoal, além de ter fortalecido valores como a confiança no Sistema Único de Saúde (SUS) e no método epidemiológico. Foi descrito como divisor de águas, ápice de carreiras já iniciadas ou marco inicial de novas trajetórias. Ao longo da experiência, os participantes contam ter adquirido não somente conhecimento técnico em epidemiologia e vigilância, mas também competências de tomada de decisão, capacidade de análise de dados, formulação de estudos e aplicação da teoria em situações práticas.

O impacto do programa foi além da esfera individual: muitos mencionaram que o EpiSUS abriu portas para atuação em diferentes níveis do SUS, do estadual ao federal, e serviu de base para avanços acadêmicos. Também foram ressaltados aspectos de convivência e aprendizado coletivo, com o reconhecimento do valor das trocas intergeracionais e da construção de redes de amizade e colaboração.

Em síntese, o EpiSUS São Paulo foi vivenciado como um marco de desenvolvimento profissional, acadêmico e humano, que forneceu as bases sólidas para o amadurecimento de carreiras

em saúde pública, especialmente na vigilância epidemiológica, e continua a reverberar na atuação e no compromisso dos egressos com a epidemiologia aplicada ao SUS.

Os egressos do EpiSUS São Paulo apontaram uma série de aspectos positivos e negativos do programa, revelando tanto a força de sua proposta quanto os desafios que impactaram a experiência de formação.

Entre os pontos fortes, foram destacados de forma recorrente a experiência prática em investigações de campo, considerada o coração do programa e um diferencial em relação a outras formações. Também foram mencionados:

- A integração institucional, sobretudo com o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e com a Faculdade de Saúde Pública da USP, além da interação com profissionais experientes da área, o que ampliou redes de aprendizado e colaboração;
- A vinculação ao mestrado profissional realizado, inicialmente, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e posteriormente com a Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo agregou valor acadêmico e fortaleceu a formação científica, com oportunidades adicionais para alguns egressos, como apoio para formação no exterior (ex: estágio no Centers for Disease Control and Prevention nos Estados Unidos);
- O curso introdutório do Ministério da Saúde, que garantiu uma base sólida logo no início;
- A diversidade de experiências, tanto pela possibilidade de conhecer diferentes regiões do estado quanto pela amplitude dos perfis de investigação conduzidos.

Já entre os pontos fracos, apareceram questões estruturais e institucionais:

- A falta de continuidade e política de aproveitamento dos egressos, apontada como um dos principais problemas, já que a formação de alta qualidade não era acompanhada de mecanismos para inserção efetiva dos profissionais no sistema de saúde;
- A gestão administrativa e logística, considerada em alguns momentos insuficiente, com relatos de mudanças de coordenação, carência de supervisores de campo e tutoria pouco estruturada;
- A limitação territorial, restrita ao estado de São Paulo, vista como um fator que reduzia a riqueza de experiências possíveis;
- Dificuldades de conciliar as demandas do curso e do mestrado, já que tanto a Secretaria quanto a Faculdade exigiam dedicação integral;
- Descontinuidade institucional do programa, incluindo a perda de formato em relação ao modelo federal (EpiSUS/MS) e o desligamento da rede internacional TEPHINET.

Há também visões conflitantes, como em relação às bolsas de estudo, destacadas por um dos egressos como uma virtude do programa, porém apontada por outro como insuficiente para sua manutenção na cidade de São Paulo. No entanto, podemos inferir a partir desses relatos que o EpiSUS São Paulo foi amplamente reconhecido como um espaço de excelência em formação prática e integração acadêmica, mas que sofreu com alguns problemas estruturais e de sustentabilidade institucional.

Os egressos do programa EpiSUS apontaram também diversos fatos que marcaram suas experiências durante o curso, evidenciando tanto o aprendizado técnico quanto o impacto humano dessas vivências. Uma das memórias iniciais mais marcantes refere-se ao dia em que foram convocados para investigar casos de Covid-19

em um navio atracado no porto de Santos. Há acontecimentos curiosos como o do egresso que só soube de sua convocação para o curso por intermédio de colegas e precisou se apressar para chegar a tempo no primeiro dia de atividades.

O acolhimento e a receptividade dos profissionais do CVE foram ressaltados como fundamentais para o sucesso do curso. Alguns dos egressos guardam como lembrança marcante o fato de terem sido tratados com respeito, empatia e amizade, sendo reconhecidos não como estagiários, mas como integrantes ativos do processo, o que constituiu um diferencial significativo em suas trajetórias profissionais.

Diversos eventos específicos se destacaram na memória dos participantes. Entre eles, a investigação de um surto de gastroenterite em uma penitenciária em Itapetininga, em 2005, foi lembrada como uma experiência peculiar, exigindo adaptação a contextos singulares. Outra ocorrência marcante foi a investigação de um surto de Influenza em um navio de cruzeiro durante o carnaval de 2012, que resultou no óbito de uma tripulante devido à Influenza B. Na ocasião, a atuação envolveu coordenação de equipe e tomada de decisões estratégicas para conter o surto, sendo a principal delas a recomendação para que o navio permanecesse atracado e que os tripulantes doentes fossem dispensados. No entanto, prevaleceram os interesses econômicos e o navio partiu no dia seguinte, ilustrando como, por vezes, as medidas de saúde pública estão sujeitas a interferências.

O desenvolvimento de modelos de vigilância para eventos em massa também foi destacado como um avanço significativo. Inicialmente, segundo um dos egressos, esse tipo de trabalho se baseava em rumores e suspeitas, mas com a sistematização da busca ativa por entradas de dados, o leque de possibilidades e a complexidade do cenário de trabalho aumentaram considera-

velmente. Entre as investigações de destaque, figuram aquelas relacionadas ao Arena Vírus e à coleta de amostras de primatas não humanos, que exigiram longas horas de campo, caminhadas e observação direta da fauna, tornando o processo de investigação ao mesmo tempo desafiador e enriquecedor.

Momentos históricos também foram lembrados, como a confirmação dos primeiros casos de influenza A H1N1 no Brasil, em 2009, ocorrida durante uma Sexta-Feira Santa. A participação na Central Médica, na consolidação diária de casos e no contato direto com a resposta do sistema de saúde foi descrita como uma experiência única e marcante, fortalecendo o comprometimento e a integração entre os alunos e a equipe. A investigação do caso suspeito de encefalite de Saint Louis em São José do Rio Preto exemplificou a complexidade do trabalho, envolvendo planejamento e execução de inquéritos populacionais, investigação ambiental, análise laboratorial e diplomacia institucional. A necessidade de prolongar a estadia na cidade de dois dias para uma semana, sem possibilidade de recusa, evidenciou a magnitude do esforço requerido para a condução de uma investigação completa.

O programa também proporcionou oportunidades inesperadas de crescimento profissional. A lógica de colocar os treinandos em áreas distintas de sua preferência revelou-se estratégica. Por exemplo, a atuação na Divisão de Imunizações permitiu a descoberta de novas paixões, resultando em redirecionamento de carreira e consolidação de trajetórias acadêmicas e profissionais nessa área.

Algumas experiências de campo se destacaram pela intensidade e impacto social, como a investigação de tracoma no Centro de Detenção Provisória de Pinheiros, em São Paulo. Em cinco dias, foram examinadas mais de 1.500 pessoas. O trabalho direto com essa população despertou profundo senso de solidariedade, reforçando a importância da vigilância epidemiológica e do acesso equitativo à atenção em saúde, independentemente do contexto de privação de liberdade.

Por fim, os egressos enfatizam que as viagens para investigações de surtos não apenas ampliaram o aprendizado técnico, mas também estreitaram relações de coleguismo e integração, consolidando memórias afetivas que permanecem vivas em suas trajetórias profissionais. A combinação de experiências de campo, interação com diferentes equipes e contato direto com realidades diversas consolidou a compreensão de que a atuação em saúde pública exige habilidades técnicas, diplomacia e compromisso social.

Instados a relembrar as duas investigações mais relevantes realizadas durante o curso, os egressos do EpiSUS tiveram a oportunidade de refletir acerca da diversidade de contextos, agentes etiológicos e complexidades logísticas enfrentadas durante o treinamento. Ao longo dos anos, surtos de doenças clássicas da vigilância epidemiológica, emergências inesperadas e até eventos raros compuseram um mosaico de experiências que consolidaram competências técnicas, estratégicas e interinstitucionais dos participantes.

Entre os episódios mais recorrentes, destacam-se as investigações de febre amarela, conduzidas em São Paulo e em Minas Gerais, algumas em parceria com o EpiSUS nacional. Esses episódios foram marcados por grande repercussão social, intensa mobilização de equipes e necessidade de integração entre níveis estadual e federal, refletindo o caráter intersetorial da vigilância de arboviroses. Ainda na esfera das doenças virais, como vimos, a pandemia de Influenza A H1N1, em 2009, aparece como um marco histórico, especialmente para aqueles que atuaram na Central/ CIEVS do CVE, vivenciando em primeira mão a confirmação dos primeiros casos e o acompanhamento da resposta nacional. Essa experiência consolidou a compreensão sobre a magnitude das emergências internacionais de saúde pública e a importância de uma resposta ágil, organizada e sustentada.

Casos de surtos mais localizados também se destacaram, como o de caxumba na região metropolitana de Campinas, o de sarampo em Campinas e Santos, e o de varicela em adultos no Vale do Paraíba.

Esses episódios evidenciam os desafios da reemergência de doenças imunopreveníveis em cenários urbanos, muitas vezes associados a falhas ou lacunas de cobertura vacinal. Em paralelo, investigações de hepatite A em acampamentos do MST e de meningite em municípios como Osasco e Olímpia reforçam a centralidade da vigilância em contextos de vulnerabilidade social, onde as condições de vida e de acesso à saúde desempenham papel determinante na disseminação de doenças.

Algumas investigações marcaram pela singularidade, como o surto de botulismo associado ao consumo de tofu em Taboão da Serra, a difilobotríase em São Paulo, ou ainda o surto de pneumonia por *Legionella* em Sertãozinho. Esses casos exigiram abordagens mais específicas e integração entre vigilância epidemiológica, laboratórios de referência e agências regulatórias, demonstrando como a formação no EpiSUS capacita para lidar também com eventos de baixa frequência, mas de alta gravidade. Situação semelhante ocorreu em investigações como a de infecções em próteses mamárias em Campinas, em que o elo entre assistência médica e vigilância foi determinante para a identificação e contenção do evento.

A febre maculosa aparece em diferentes cenários, como em Queluz e no Vale do Paraíba, trazendo o desafio do trabalho em ambientes rurais e silvestres, com necessidade de articulação entre vigilância, equipes ambientais e laboratórios especializados. Em contraste, casos como os estudos sobre ansiedade no trânsito e o sono pós-prandial demonstram a flexibilidade do treinamento em integrar investigações de saúde coletiva para além das doenças infecciosas, explorando também fenômenos ligados ao comportamento, estilo de vida e condições de trabalho.

Outras experiências marcantes foram os inquéritos populacionais, como aquele de tracoma feito no Centro de Detenção Provisória de Pinheiros, que demandaram planejamento amostral e definição de

instrumentos de coleta e análise estatística em um ambiente de grande complexidade social. De modo semelhante, o surto de febre Q em trabalhadores de um frigorífico ilustrou os riscos ocupacionais e a necessidade de articulação com setores de saúde do trabalhador.

Por fim, algumas investigações se destacaram pelo caráter formativo amplo, como o já referido caso suspeito de encefalite de Saint Louis em São José do Rio Preto, que mobilizou desde análises clínicas e laboratoriais até negociações institucionais, ou ainda os de surtos de gastroenterite em eventos institucionais, que trouxeram à tona os desafios de comunicação e gestão de risco dentro do próprio sistema de saúde.

Em conjunto, esses relatos demonstram como a diversidade de cenários, abrangendo desde arboviroses e doenças respiratórias até zoonoses, intoxicações alimentares e questões comportamentais, contribuiu para o fortalecimento de um repertório robusto de habilidades. O EpiSUS, nesse sentido, se revelou não apenas como um espaço de treinamento técnico, mas como um laboratório vivo de saúde pública, onde teoria, prática e contexto social se entrelaçam para formar profissionais capazes de responder a emergências com competência, agilidade e sensibilidade social.

Mas, e terminado o curso, quais trajetórias profissionais se desenharam? As respostas dos egressos sobre sua permanência na área de vigilância epidemiológica revelam caminhos profissionais diversos, evidenciando tanto a consolidação de carreiras na área quanto migrações para setores correlatos da saúde ou para searas distintas. Uma parcela significativa dos egressos permanece dedicada à vigilância epidemiológica em diferentes níveis de gestão e atuação. Entre esses, há profissionais que ocupam cargos estratégicos em instituições de referência, como a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, atuando na Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) como Assessores Técnicos, ou nos Centros de In-

formações Estratégicas de Vigilância em Saúde do município de São Paulo (CIEVS/COVISA), integrando equipes voltadas à análise e gestão de dados epidemiológicos.

Alguns egressos mantêm vínculo direto com a vigilância municipal, como no caso de profissionais lotados em Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs), como em Avaré, Botucatu e Campinas, combinando atividades técnicas e de gestão. Em diversos casos, esses vínculos foram ampliados com progressão funcional, incluindo cargos de Diretor Técnico de Saúde ou Assessor Técnico de Saúde, e participação em comissões estratégicas de planejamento e gestão de informações em saúde. A carreira acadêmica também aparece como uma extensão natural da vigilância epidemiológica, com egressos atuando como docentes e pesquisadores em universidades como a UNINOVE e a Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), lecionando em cursos de Pós-Graduação stricto sensu e Medicina, desenvolvendo pesquisas sobre indicadores de saúde urbana, gestão de dados, inovação e inteligência artificial aplicada à saúde, além de atuar como consultores de órgãos reguladores, como INEP, REVALIDA/MEC e a Fundação VUNESP.

Outros egressos migraram para áreas correlatas, mantendo contato indireto com a epidemiologia. Entre eles estão profissionais que se dedicam à assistência clínica, como em ambulatórios médicos, à pesquisa e ao ensino na área de infectologia, à economia em saúde pública por meio de consultorias privadas, ou à planificação da atenção à saúde em hospitais de referência, como o Hospital Israelita Albert Einstein. Nesses casos, o conhecimento adquirido no EpiSUS e na experiência em vigilância epidemiológica serviu de base para ampliar sua atuação em políticas públicas, gestão e planejamento estratégico em saúde.

Além disso, observam-se trajetórias de consolidação em programas de grande relevância nacional, como o Programa Nacional de Imuni-

zações do Ministério da Saúde, evidenciando como a formação no EpiSUS permite tanto o aprofundamento técnico em vigilância quanto o acesso a posições de liderança em políticas públicas de saúde.

No conjunto, essas respostas descrevem um padrão de permanente vínculo com a saúde pública, seja diretamente na vigilância epidemiológica, seja em áreas correlatas de gestão, pesquisa, ensino e planejamento estratégico. A diversidade das trajetórias reflete a flexibilidade e o impacto do EpiSUS na construção de carreiras sólidas, oferecendo aos egressos ferramentas para atuar de forma técnica, gerencial e acadêmica, adaptando-se às demandas e oportunidades do sistema de saúde brasileiro, evidenciando a relevância e a necessidade de retomada do programa.

Dados alunos egressos EpiSUS-SP do Período de 2004 a 2014:

Coordenadores
Turma 2004/2005 Maria Bernadete de Paula Eduardo
Turma 2005/2006 Vilma Gawrysewsky
Turma 2006/2007 Maria Lucia Rocha de Melo
Turma 2007/2008 Maria Lucia Rocha de Melo
Turma 2009/2010 Beatriz Yuko Kitagawa
Turma 2011/2012 Alessandra Pellini Gisele Freitas
Turma 2013/2014 Thais Claudia Roma de Oliveira
Turma 2016/2017 Adalgiza R. Guarnier

Treinandos

Denise Brandão de Assis
Maria Lúcia Cesar
Geraldine Madalosso
Alessandra Cristina Guedes Pellini

Flávia Helena Ciccone
Flávia Moraes
Eliana Suzuki
Pedro José Vilaça

Ângela Carvalho Freitas
Fernanda Cavallini Fernandes
Ana Livia Geremias

Ana Cláudia Silveira Silva
Daniel Cardoso de Almeida Araújo
Renata d'Ávila Couto
Thais Claudia Roma de Oliveira Konstantyner

Daniel Marques
Eduardo Stramandinoli Moreno
Gerrita de Cássia Nogueira Figueira
João Fred

Priscila Bocchi de Souza
Maria Emília Brites de Oliveira
Eder Gatti Fernandes
Marcelo Rigueti

Leila Del Castilo Saad
Renata Soares Martins
Jadher Percio
Satiro Marcio Ignácio Junior

Fernanda Kian
Jessica Pires de Camargo
Tatiana Lang D'Agostini
Roberta Marcatti

Fotos



Encontro EpiSUS, 2019



EpiSUS 2014



EpiSUS na copa de 2014



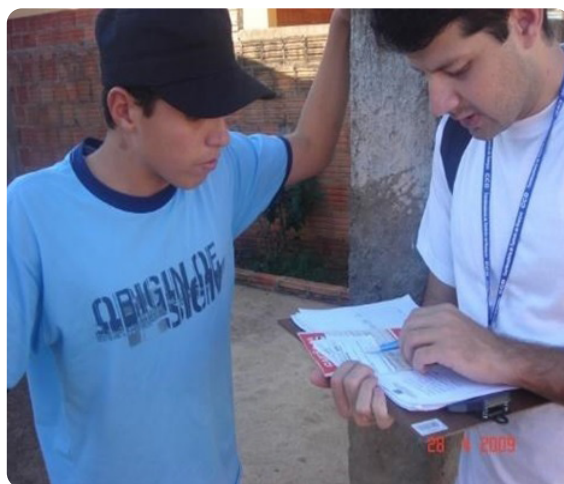
EpiSUS 2012



Curso introdutório EpiSUS em Brasília,
março de 2009



Curso introdutório EpiSUS em Brasília,
março de 2009



Inquérito de cobertura vacinal e evento adverso
à vacina de febre amarela, município de Buri, abril de 2009



Curso introdutório EpiSUS em Brasília, março de 2009



Investigação de doença diarreica aguda,
município de Olímpia, 2010



Encontro do EpiSUS São Paulo

In memoriam

Celebramos os 40 anos do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), uma trajetória de dedicação ininterrupta à saúde pública do Estado de São Paulo.

Neste marco histórico de quatro décadas, nosso pensamento se volta, de forma especial e reverente, aos colaboradores que nos deixaram, mas cujo legado permanece vivo e pulsante em cada ação do CVE.

Alexandre Vranjac

Anestor Brito

André Pereira Leite

Antonia Neuzinha Timbó

Antonio Carlos Maia

Antônio Guilherme de Souza

Camila Graça da S. Conceição

Clarice Umbelino de Freitas

Claudia Vieira Carnevalle

Cláudio Monteiro André

Claudio Rodrigues da Silveira

Cleyde Angelina de Marcos

Daniel Marques

Elza Geremias A. Figueiredo

Glacus de Souza Brito

Iraty Nunes Lima

Ivanete Romani Cazaroli

Isaías Andrade de Sales de Oliveira

Joel Domingues Machado

Prof. José Rosenberg

Joselito Aguiar Figueiredo

Kazuko Nomura

Kimie Therezinha Nishimura Turuta

Leonardo Fagundes Filho
Lisette da Costa
Luiz Francisco Marcopito
Luiza Harunari Matida
Lurdes Lopes da Silva
Márcia Monteiro A. Fernandes
Maria Aparecida P. Sanches
Maria Aparecida Cavalcante dos Santos
Maria Aparecida Pacheco
Maria Carmelita Berini Ferreira Dias
Maria Cecília Elias da Silva
Maria de Fátima Oliveira Souza
Maria Filomena Gouveia Vilela
Maria José dos Santos do Nascimento
Maria Odila Bruno
Mariana Santana de Souza
Marinês Gonzalez
Melissa Mascheretti Siciliano
Micheline Rachele Jabes
Nilton César Alves de Moura
Núbia Virginia D'Avila Limeira de Araujo,
Olga Casamayor de Horrocks
Oswaldo Monteiro de Barros
Oswaldo Moura Ferreira
Otacílio de Abreu Junior
Regina Lúcia Laudari
Rodolfo Bruminni
Rosana Tupinambá Viana Frazili
Sérgio São Fins Rodrigues
Shizuko Nishimura
Sidnésio Foster
Sudeny Gomes Bandeira
Wagner Nogueira
Wilson Bettencout Albuquerque Filho
Zenaide Lázara Lessa

Anexo I

DECRETO N. 24.565, DE 27 DE DEZEMBRO DE 1985

Cria e organiza, na Secretaria da Saúde, o Centro de Vigilância Epidemiológica e dá providências correlatas

FRANCO MONTORO, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais, com fundamento no Artigo 89 da Lei n. 9.717, de 30 de janeiro de 1967, e diante da exposição de motivos do Secretário da Saúde,

Decreta:

SEÇÃO I

Disposição Preliminar

Artigo 1.º - É criado, na Secretaria da Saúde, o Centro de Vigilância Epidemiológica, diretamente subordinado ao Titular da Pasta, com os seguintes objetivos:

I - coordenar as ações do Sistema de Vigilância Epidemiológica instituído pelo Decreto Federal n. 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei Federal n. 6.259, de 30 de outubro de 1975;

II - normatizar as ações de Vigilância Epidemiológica;

III - supervisionar o Sistema de Vigilância Epidemiológica;

IV - coordenar e participar de estudos epidemiológica de interesse da Secretaria da Saúde.

SEÇÃO II

Da Estrutura

Artigo 2.º - O Centro de Vigilância Epidemiológica, unidade com nível de Departamento Técnico, tem a seguinte estrutura:

- I - Diretoria;
- II - Conselho Técnico;
- III - Assistência Técnica;
- IV - Central de Vigilância Epidemiológica;
- V - 27 (vinte e sete) Grupos de Vigilância Epidemiológica;
- VI - Seção de Apoio Administrativo.

§ 1.º - A Central de Vigilância Epidemiológica e os Grupos de Vigilância Epidemiológica são unidades de natureza interdisciplinar com nível de Divisão Técnica.

§ 2.º - A Central de Vigilância Epidemiológica funcionará ininterruptamente, em 4 (quatro) turnos, em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias, todos os dias da semana.

Artigo 3.º - As áreas de atuação dos Grupos de Vigilância Epidemiológica previstos no inciso V do artigo anterior ficam assim definidas:

I - 10 (dez), com atuação a nível central, sendo:

- a) 1 (um), responsável por vigilância epidemiológica de doenças de transmissão respiratória;
- b) 1 (um), responsável por vigilância epidemiológica de doenças de transmissão hídrica;

- c) 1 (um), responsável por vigilância epidemiológica de doenças de transmissão por vetores;
- d) 1 (um), responsável pelo controle e coordenação das imunizações;
- e) 1 (um), responsável pelo desenvolvimento de métodos e pesquisas em epidemiologia;
- f) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto à Coordenadoria de Saúde da Comunidade;
- g) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto à Coordenadoria de Assistência Hospitalar;
- h) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto à Coordenadoria de Saúde Mental;
- i) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto à Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados;
- j) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto à Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde;

II - 17 (dezessete), com atuação nas mesmas áreas territoriais de jurisdição dos Departamentos da Coordenadoria de Saúde da Comunidade a seguir indicados, sendo:

- a) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento de Saúde da Grande São Paulo 1;
- b) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento de Saúde da Grande São Paulo 2;
- c) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento de Saúde da Grande São Paulo 3;
- d) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento de Saúde da Grande São Paulo 4;
- e) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento de Saúde da Grande São Paulo 5;
- f) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde do Litoral;

- g) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde do Vale do Paraíba;
- h) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde de Sorocaba;
- i) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde de Campinas;
- j) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto;
- l) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde de Bauru;
- m) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto;
- n) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde de Araçatuba;
- o) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente;
- p) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde de Marília;
- q) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira;
- r) 1 (um), responsável por ações de vigilância epidemiológica junto ao Departamento Regional de Saúde de Barretos.

SEÇÃO III

Das Atribuições

Artigo 4.º - Ao Centro de Vigilância Epidemiológica cabe:

- I - coordenar as ações de vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo;
- II - manter conhecimento atualizado da situação epidemiológica das doenças e dos fatores que as condicionam;

III - conhecer e prever a evolução do comportamento epidemiológico mediante a análise contínua dos dados de morbidade e mortalidade;

IV - divulgar, periodicamente, informes epidemiológicos;

V - propor e reformular normas relativas as doenças submetidas à vigilância epidemiológica;

VI - supervisionar continuamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica;

VII - recomendar a inclusão de doenças no Sistema de Vigilância Epidemiológica;

VIII - assumir, quando necessário, controle operativo de situações epidêmicas, quer de doenças de notificação compulsória quer de agravos inusitados à saúde;

IX - coordenar, em integração com o Departamento de Recursos Humanos, os programas de capacitação de pessoal para o funcionamento do Sistema;

X - assessorar o Secretário da Saúde em assuntos de vigilância epidemiológica;

XI - promover a realização de pesquisas epidemiológica

XII - desenvolver trabalhos de vigilância epidemiológica junto às Coordenadorias e assessorar os Coordenadores.

Artigo 5.º - A Assistência Técnica tem as seguintes atribuições:

I - assistir o Diretor ao centro de Vigilância Epidemiológica no desempenho de suas funções.

II - elaborar normalmente desenvolver atividades relativas à situação epidemiológica no Estado;

III - emitir pareceres, preparar despachos e desenvolver outras atividades que se caracterizem como assistência técnica à execução, coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades do Centro de Vigilância Epidemiológica.

Artigo 6.º - A Central de Vigilância Epidemiológica cabe:

- I - executar as atribuições previstas nos incisos I, II, III, VI, VIII, IX e XI do Artigo 4.º deste decreto;
- II - funcionar como Posto de Recebimento de Notificação e Orientação Clínica e Epidemiológica para doenças infecciosas, no Estado de São Paulo.

Artigo 7.º - Aos Grupos de Vigilância Epidemiológica de que trata o inciso I do Artigo 3.º deste decreto cabe a execução, em suas respectivas áreas de atuação, das atribuições previstas nos incisos I, II, III, VI, VIII, IX, XI e XII do Artigo 4.º deste decreto.

Artigo 8.º - Os Grupos de Vigilância Epidemiológica de que trata o inciso II do Artigo 3.º deste decreto têm, em suas respectivas áreas de atuação, as seguintes atribuições:

- I - coordenar, supervisionar e controlar as ações de vigilância epidemiológica;
- II - analisar epidemiologicamente o comportamento das doenças sob vigilância epidemiológica;
- III - coordenar, em integração com as unidades centrais de vigilância epidemiológica e com os órgãos do Sistema de Administração de Pessoal na Secretaria, o treinamento e a capacitação do pessoal em vigilância epidemiológica;
- IV - propor, executar e participar de inquéritos e investigações epidemiológicas;
- V - supervisionar o Sistema de Vigilância Epidemiológica;
- VI - cumprir normas e fluxos;
- VII - assistir o Diretor do Departamento em assuntos de vigilância epidemiológica.

Artigo 9.º - A Seção de Apoio Administrativo tem as seguintes atribuições:

I - em relação ao expediente:

- a) receber, registrar, distribuir e expedir papéis e processos;
- b) informar sobre a localização de papéis e processos;
- c) preparar o expediente do Centro de Vigilância Epidemiológica, desempenhando, entre outras, as seguintes atividades:
 - 1 - executar e conferir serviços de datilografia;
 - 2 - providenciar cópias de textos;
 - 3 - providenciar a requisição de papéis e processos;
 - 4 - manter arquivo das cópias dos textos datilografados;

II - em relação ao Sistema de Administração de Pessoal, as previstas no parágrafo único do Artigo 18 do Decreto n. 13.242, de 12 de fevereiro de 1979;

III - em relação ao adiantamento:

- a) programar as despesas por adiantamento;
- b) atender às requisições de recursos financeiros e zelar pela distribuição adequada dos mesmos;
- c) examinar os documentos comprobatórios da despesa e providenciar os respectivos pagamentos;
- d) emitir cheques para a realização de pagamentos de despesas feitas por adiantamento;
- e) manter registros necessários a demonstração das disponibilidades e dos recursos financeiros utilizados;
- f) preparar a prestação de contas dos pagamentos efetuados;

IV - em relação ao controle de material:

- a) requisitar materiais, recebê-los e controlar sua qualidade e quantidade;
- b) zelar pela guarda e manutenção dos materiais;
- c) manter atualizados os registros de entrada e saída de materiais.

SEÇÃO IV

Das Competências

Artigo 10 - Ao Diretor do Centro de Vigilância Epidemiológica, além de outras competências que lhe forem conferidas por lei ou decreto, em sua área de atuação, compete:

I - exercer as competências de que tratam os Artigos 14, 20 e 21 do Decreto n. 22.527, de 6 de agosto de 1984;

II - manter estreito relacionamento com o Centro de Informações de Saúde e com os demais órgãos envolvidos em vigilância epidemiológica.

Artigo 11 - Os Diretores da Central de Vigilância Epidemiológica e os Diretores dos Grupos de Vigilância Epidemiológica têm, em suas respectivas áreas de atuação, as competências de que tratam o Artigo 16, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do Artigo 20 e o Artigo 21 do Decreto n. 22.527, de 6 de agosto de 1984.

Artigo 12 - O Chefe da Seção de Apoio Administrativo tem, em sua área de atuação, as competências de que tratam os Artigos 19 e 21 do Decreto n. 22.527, de 6 de agosto de 1984.

Artigo 13 - As competências previstas nesta Seção, sempre que coincidentes, serão exercidas, de preferência, pelas autoridades de menor nível hierárquico.

SEÇÃO V

Do Conselho Técnico

Artigo 14 - O Conselho Técnico é composto dos seguintes membros:

- I - Diretor do Centro de Vigilância Epidemiológica, que é seu Presidente;
- II - Coordenador ou representante da Coordenadoria de Saúde da Comunidade;
- III - Coordenador ou representante da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados;
- IV - Coordenador ou representante da Coordenadoria de Assistência Hospitalar;
- V - Coordenador ou representante da Coordenadoria de Saúde Mental;
- VI - Coordenador ou representante da Coordenação do Programa Metropolitana de Saúde;
- VII - Diretor ou representante do Departamento Técnico-Normativo;
- VIII - Diretor ou representante do Centro de Informações de Saúde;
- IX - Superintendente ou representante do Fomento de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis;
- X - Superintendente ou representante da Superintendência de Controle de Endemias;
- XI - representante da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;
- XII - representante da Delegacia Federal de Saúde em São Paulo;
- XIII - Superintendente Regional ou representante do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;
- XIV - representante da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Artigo 15 - Ao Conselho Técnico cabe:

- I - deliberar sobre assuntos pertinentes a vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo;

II - apreciar, em conjunto, os trabalhos do Centro de vigilância Epidemiológica, definindo medidas necessárias a a adequada coordenação;

III - deliberar sobre o plano de trabalho e os programas a serem desenvolvidos;

IV - estabelecer medidas para a melhoria dos trabalhos;

V - elaborar seu Regimento Interno.

SEÇÃO VI

Da Prestação de Serviços pelos Órgãos dos Sistemas de Administração Geral

Artigo 16 - A Divisão de Finanças, do Departamento de Administração, da Secretaria da Saúde, fica incumbida de prestar serviços de órgão subsetorial dos Sistemas de Administração Financeira e Orçamentária também ao Centro de Vigilância Epidemiológica.

Artigo 17 - O Serviço de Pessoal da Administração Superior e da Sede, do Departamento de Recursos Humanos, da Secretária da Saúde, fica incumbido de prestar serviços de órgão subsetorial do Sistema de Administração de Pessoal também ao Centro de Vigilância Epidemiológica.

SEÇÃO VII

Disposições Finais

Artigo 18 - O Diretor do Centro de Vigilância Epidemiológica integrará, na qualidade de membro, o Conselho Técnico -Administrativo da Secretaria da Saúde.

Artigo 19 - Os Grupos de Vigilância Epidemiológica de que trata o inciso II do Artigo 39 deste decreto serão instalados junto a cada um dos Departamentos de Saúde da Grande São Paulo e dos Departamentos Regionais de Saúde, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, que lhes prestarão os serviços de apoio técnico e administrativo necessários ao adequado desempenho das atribuições previstas no Artigo 8.º.

Artigo 20 - As atribuições das unidades e as competências das autoridades de que trata este decreto serão exercidas de acordo com a legislação pertinente e poderão ser complementadas mediante resolução do Secretário da Saúde.

Artigo 21 - Para fins de atribuição da gratificação "pro labore" a que se refere o Artigo 9.º da Lei Complementar n. 342, de 6 de janeiro de 1984, com a redação dada pelo inciso II do Artigo 1.º da Lei Complementar n. 402, de 11 de julho de 1985, ficam caracterizadas como específicas de Médico Sanitarista as seguintes funções:

I - 1 (uma) de Diretor Técnico de Departamento, destinada à Diretoria do Centro de Vigilância Epidemiológica;

II - 6 (seis) de Assistente Técnico de Direção, destinadas à Assistência Técnica do Centro de Vigilância Epidemiológica.

Artigo 22 - As designações para as funções de direção da Central de Vigilância Epidemiológica e dos Grupos de Vigilância Epidemiológica previstos nos incisos IV e V do Artigo 29 deste decreto poderão recair em:

I - funcionários integrantes da série de classes de Médico Sanitarista;

II - funcionários ou servidores integrantes das séries de classes de Médico; ou

III - funcionários ou servidores que possuam habilitação profissional legal de nível universitário e comprovada experiência na área de epidemiologia.

Artigo 23 - O Secretário da Saúde promoverá a adoção gradativa, de acordo com as disponibilidades orçamentárias e financeiras, das medidas necessárias para a efetiva implantação das unidades previstas neste decreto.

Artigo 24 - As atividades de apoio administrativo necessárias à implantação do Centro de Vigilância Epidemiológica serão executadas pelo Gabinete do Secretário.

Artigo 25 - Quando da implantação de cada um dos Grupos de Vigilância Epidemiológica previstos no inciso I, alíneas "f", "g" e "h", e no inciso II do Artigo 3.º deste decreto, serão extintas as seguintes unidades:

I - o Serviço de Epidemiologia e Estatística da Divisão de Estudos e Programas da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, previsto no inciso I do Artigo 38 do Decreto n. 52.182, de 16 de julho de 1969;

II - a Seção de Estatística e a Seção de Epidemiologia da Divisão de Estudos e Orientação Técnica do Departamento de - Técnica Hospitalar da Coordenadoria de Assistência Hospitalar de que tratam as alíneas "a" e "b" do inciso II do Artigo 86 do Decreto n. 52.182, de 16 de julho de 1969;

III - o Serviço de Epidemiologia e Estatística da Divisão de Estudos e Programas da Coordenadoria de Saúde Mental, previsto no inciso I do Artigo 102 do Decreto n. 52,182, de 16 de julho de 1969;

IV - o Serviço de Epidemiologia, e suas Seções, da Divisão de Estudos e Programas do Departamento de Saúde da Grande São Paulo 1, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, previstos no inciso II do Artigo 5.º do Decreto n. 3.254, de 23 de janeiro de 1974;

V - as Seções de Epidemiologia e Estatística dos Serviços de Estudos e Programas dos Departamentos Regionais de Saúde, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, previstas nas alíneas "c" dos incisos I e II do Artigo 60 do Decreto n. 52.182, de 16 de julho de 1969, com a redação dada pelo Artigo 19 do Decreto de 22 de setembro de 1969, que da nova redação aos Artigos 60, 151 e 152 do Decreto n. 52.182, de 16 de julho de 1969;

VI - a Seção de Epidemiologia e Estatística do Serviço de Estudos e Programas do Departamento Regional de Saúde de Marília, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, prevista na alínea "b" do inciso III do Artigo 2.º do Decreto n. 52.917, de 7 de abril de 1972;

VII - a Seção de Epidemiologia e Estatística do Serviço de Estudos e Programas do Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, instituída nos termos da alínea "b" do inciso III do Artigo 1.º do Decreto n. 2.329, de 30 de agosto de 1973;

VIII - a Seção de Epidemiologia e Estatística do Serviço de Estudos e Programas do Departamento Regional de Saúde de Barretos, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, prevista na alínea "b" do inciso

III do Artigo 2.º do Decreto n. 20.736, de 7 de março de 1983.

Parágrafo único - Simultaneamente à extinção de cada unidade abrangida por este artigo, será extinta a função de direção ou chefia a ela destinada na conformidade do Anexo I do Decreto n. 22.170, de 8 de maio de 1984.

Artigo 26 - Fica extinta 1 (uma) função de Diretor Técnico de Divisão constante do Anexo I do Decreto n. 22.170, de 8 de maio de 1984, com destinação para o Grupo Técnico II - Área de Vigilância Epidemiológica, do Centro de Informações de Saúde, da Secretaria da Saúde.

Artigo 27 - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, em especial o inciso II do Artigo 6.º do Decreto n. 9.959, de 6 de julho de 1977.

Palácio dos Bandeirantes, 27 de dezembro de 1985.

FRANCO MONTORO

João Yunes, Secretário da Saúde

Luiz Carlos Bresser Pereira, Secretário do Governo

Publicado na Secretaria de Estado do Governo, aos 27 de dezembro de 1985.

Anexo II

Lei Nº 6.677, de 15 de fevereiro de 1990

(Projeto de lei nº 654/88, do deputado Aloysio Nunes Ferreira)

Dá denominação a órgão da Secretaria da Saúde

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º - Passa a denominar - se “Prof. Alexandre Vranjac” o Departamento - Centro de Vigilância Epidemiológica, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde.

Artigo 2º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 15 de fevereiro de 1990.

ORESTES QUÉRCIA

Nelson Rodrigues dos Santos

Secretário da Saúde

Cláudio Ferraz de Alvarenga

Secretário do Governo

Publicada na Assessoria Técnico - Legislativa, aos 15 de fevereiro de 1990.

Servidores CVE 40 anos

Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e
Capacitação em Epidemiologia

Diretores:

Sandra Sayuri Nagaki
José Cássio de Moraes
Júlio César de Magalhães Alves
Márcia Benedita de Oliveira

Técnicos:

Inês Kazue Koizumi
Doralice de Souza
Elizabete Maria Nunes
Expedito José de Albuquerque Luna
Letícia Maria de Campos
Márcia Caraça
Marilda Aparecida Kersul de Brito
Milagres
Raquel de Oliveira
Vera Lúcia Gattás
Yiu Takabayashi

Apoio Administrativo:

Márcia Aparecida Rodrigues da Silva
Anestor Brito
Cecília Aparecida Alexandre
Maria Angélica Prates Silva
Maria de Fátima Silva de Queiroz
Maria Lúcia de Santis Amaral
Mário
Sudeny Gomes Bandeira

Divisão de Tuberculose

Diretores:

Giovanna Mariah Orlandi
Vera Maria Neder Galesi
Zelita Lelis Moraes Barbosa

Noêmia
Norma Forastieri
Suely Fukasava
Vanda Ferreira Venâncio

Técnicos:

Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso
Fernando Pereira
Maria Cecília Vieira Santos
Maria de Lourdes Viude Oliveira
Maria Josefa Penon Rújula Gonçalves
Sidney Bombarda
Suzi Furlan Pratti
Adalgisa Rosemara Guarnier
Ademir de Albuquerque Gomes
Andrea Lossaco
Célia Regina Cicolo Silva
Cláudia Valença Montero
Edméia
Eva Teresa Skazufka
Gustavo Gonçalves da Cunha
Ivanete Romani Cazaroli
Janete Nassar
Laedi Alves Rodrigues dos Santos
Lúcia
Lurdes Lopes da Silva
Margarida Maria de Mattos Bento de Almeida
Maria Ivone P. de S. Braz
Nanci Rebustilo Debs
Necha Goldgrub

Apoio Administrativo:

Eugenia Aparecida de Oliveira
Isaías Andrade Sales de Oliveira
Josias
Lourdes Lopes da Silva
Maria Aparecida F. da Silva Martins
Mariliza Locatelli Fernandes
Noemi Gomes da Silva
Océlia
Rudval Ameno Silva
Vera Lúcia A. do Nascimento
Luciane Josefa Deare Esteves

Centro de Oftalmologia Sanitária

Diretores:

Victor Fuentes de Carvalho

Norma Helen Medina

Técnicos:

Cleusa Aparecida de Sousa

Maria Ângela Maurício

Norma Helen Medina

Vera Helena T. M. Joseph

Alzira de Noronha Cardoso

Carlos Armando Sellaró

Cecilia Maria de Souza

Conchita G. M. Montori

Daniel Marques

Emilio de Haro Muñoz

Ivone Oliveira Prates

José Guilherme de Oliveira Bugamo

Lenira de Moraes

Marcos Guerra Martins

Maria Cecília Labriola

Maria Elizabeth Monteiro

Oswaldo Monteiro de Barros

Rosana Maura Gentil

Sara Rosa Santos Rolim

Sergio Armound

Apoio Administrativo:

Antonio Carlos Maia

Camila Graça da Silva

Elisângela Amaral

Maria Rosinéia P. F. Dias da Costa

Rosângela Dabanovich

Victor Fuentes de Carvalho

Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica - NIVE

Diretores:

Sandra de Brito Cunha

Ana Maria Rotondaro

Claudia Valencia Montero

Cleyde Angelina de Marcos

Jaqueline Correia Gaspar

José Olímpio Moura Albuquerque

Julio César de Magalhães Alves

Márcia Caraça

Paula Opromolla

Walter Meyer Karl

Sandra de Brito Cunha

Therese Abdel Massih

Administrativo e Informática:

Antônio Carlos Maradei Freixedes

Débora Collelo Darago

Irony Pires

José Aparecido da Silva Lima

Joselito Aguiar Cunha

Joselito Aguiar Figueiredo

Márcia Aparecida Michelini de Sá

Marco Antônio Dias

Shirley Alves

Técnicos:

Carlos Sadao Edo

Jaqueline Aparecida Gonçalves Pirani

Roudom Ferreira Moura

Sílvia Von Tiesenhausen de Sousa Carmo

Zilda Maria de Souza

Alessandra Pellini

Andrea Losacco

Aparecido Batista de Almeida

Berenice Bustamante Kavakama

Dulce Sulla Lupinacci

Elianne Egma Esteves

Márcia Costa Dobrovish

Márcia Cristina Sayeg

Marcos Rosado

Maria do Carmo Rocha

Oswaldo Moura Ferreira

Pedro José Villaza

Divisão de Infecção Hospitalar

Diretores:

Isabel Cristina Vilela Soares Oshiro
Denise Brandão de Assis
Graziela Almeida Silva
Maria Clara Padoneze

Técnicos:

Mirian Gallo
Vânia Lúcia Melo
Yara Yatiyo Yassuda
Geraldine Madalosso
Adolfo Edison I. Manrique
Ana Freitas Ribeiro
Berenice Bustamante Kawakama
Fan Hui Wen
Ieda
Julio César de Magalhães Alves
Maria Gomes Valente
Maristela Pinheiro Freire
Milton Soibelman Lapchik
Olga Ribas Paiva
Sílvia Alice Ferreira
Yassue
Zuleida Monteiro Polachini

Apoio Administrativo:

Carlos Eduardo Oliveira Godoy
Cecília Aparecida Alexandre
Claudionor Santos Rodrigues.
Heloisa
Josefa Jane dos Santos Castro
Maria Helena Soares

Divisão de Imunização

Diretores:

Maria Ligia Bacciotte Ramos Nerger
Clelia Maria Sarmento de Souza Aranda
Glacus de Souza Brito
Helena Keico Sato
Núbia Virginia D'Avila Limeira de Araujo
Tereza Omoto

Técnicos:

Adolfo Edson I Manrique
Andréa Torres Sanajóttá
Daniela Aparecida Alves dos Santos
Elizabeth Maria Nunes
José Olimpio Moura de Albuquerque
Karyn Nemeth
Mari Oda
Maria Balbina Vasquez Otero
Maria Cristina Hereny Bordim
Miki Asakura
Paulina K. Shibazaki
Paulo Alberto Borges
Ana Paula Sayuri Sato
Benedito Antonio Figueira Arantes
Eder Gatti Fernandes
Eliana Leonilda Vidotti Carrara
Elisabete Brito Lemes da Silva
Hedeko Tanaka de Godoy e Vasconcelos
Isabel Cristina Stefano Pellizzari
Izilda Aparecida Alvarez de Andrade
Jaqueline Correia Gaspar
Kazuko Nomura
Lily Yin Weckx
Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas
Luiza Kanda
Magali Imaizumi

Márcia Monteiro A. Fernandes
Maria Alice Satto
Maria Aparecida Pacheco
Maria Célia Moraes Guimarães de Paula
Maria Filomena Gouveia Vilella
Maria Gomes Valente
Maria Ignez Bittencourt Pavão
Maria Inês Miguel
Maristela Gutierrez Leite Rossi
Mirian de Moura Almeida
Mônica Malaman Moreno
Myriam Aparecida Freire Góes
Núbia Virginia D'Avila Limeira de Araujo
Sandra Cristina Ribeiro Teles
Sílvio Augusto Margarido
Tereza Cristina Guimarães

Auxiliar de enfermagem:

Sueli Ferreira Carvalho
Wander Dias Nery Junior
GlauCIA Moia

Apoio Administrativo:

Cecilia Santos Silva Abdalla
Maria Inês Leis
Dulcinéia Godoi Luz
Elenice Rosália Bonifácio
Maria Cristina dos Santos
Maria Francisca
Roseli Aparecida da Silva
Sonildo Costa de Almeida
Sudeny Gomes Bandeira

Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar

Diretores:

Alessandra Lucchesi de Menezes Xavier Franco

Beatriz Aparecida Fortes Perrenoud

Eliana Suzuki

Luciana Halpern Lerner

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Técnicos:

Bernadete de Lourdes Liphhaus

Juliana Monti Maifrino Dias

Nídia Pimenta Bassit

Vitoria Oliveira de Souza

Alba Valéria Teixeira Calix

Alda Takarrashi

Ana Maria Sanches

André Amado

Chi Jen Yee

Cristina Audrey

Débora Ferreira

Denise Schout

Doralice de Souza

Elizabeth Marie Katsuya

Ernesto Mekler

Fábio Moherdari

Ikuko Hiragi

Joceley Casemiro Campos

Lígia Cristina Fonseca Lahoz Melli

Maria Aparecida Muller

Maria Carla da Silva

Maria Lúcia Rocha de Mello

Mônica Tilli Reis Pessoa Conde

Rosana Maria Apostólico

Rute Costa

Sílvia Regina Gil Ferreira

Vilma Pinheiro Gawryszewski

Apoio Administrativo:

Cláudia Maria Cardoso

Grem Batista

Kelly Magalhães

Lisette da Costa

Maria Helena Soares

Ruth Dourado Cerqueira

Sandra Vogado F. da Silva

Divisão de Hepatites Virais

Diretora:

Débora Fernanda Vichessi
Alice Tiago de Souza
Beatriz Aparecida Fortes Perrenoud
Cláudia Afonso Binelli
Gerusa Maria Figueiredo
Maria do Carmo Rodrigues dos Santos Camis
Rodrigo Angerami
Sirlene Caminada
Umbeliana de Oliveira Barbosa

Raphaella Duzzi
Roseane Pôrto Medeiros
Roudon Ferreira Moura
Tatiana Zanotti Novais

Apoio Administrativo:

Lenilza Moura dos Santos
Maria Angélica Prates Silva
Maria de Lourdes Ribeiro
Maria Helena Soares
Rosangela Dabanovich

Técnicos:

Claúdia de Souza Tomasso
Débora de Moraes
Juliana Yamashiro
Célia Regina Cicolo da Silva
Debora Ferro
Golda Schwartzman
Iára de Souza
Jaqueline Galo
Maria de Fátima Alves Fernandes
Maria de Lourdes Ribeiro
Maria Emília da Braite de Oliveira
Marisa Bispo Amorim
Mirian Gallo
Norma Suely de Oliveira Farias

Divisão de Hanseníase

Diretores:

Tanya Eloise Lafratta
Clovis Lombardi
Mary Lise C. Marziliak
Mitie Tada R.da Fonseca Brasil
Wagner Nogueira

Técnicos:

Eliane R Padovan de Queiroz
Silvana Cabral Lourenco
Tanya Eloise Lafratta
Ana Cláudia Fedato Nascimento
Arlete Solera
Caroline Thomaz Panico
Ciro Rossette Neto
Cláudia Seefelder de Assis
Dalila Filomena Mohalem
Heleida Nóbrega Metello
Iriane Maria Sammarone Henriques
Julio Cesar de Magalhães Alves
Marcio de Deus Viera Borges
Maria de Lourdes Batista Diniz
Maria Emília Ferreira
Otilia Simões Janeiro Gonçalves
Sabrina Brum Morette
Sílvia Regina Gil Ferreira

Apoio Administrativo:

Aparecido Batista de Almeida
Dulcinéia Godoi Luz
Lilian Clarice B. dos Santos
Jael Araújo de Souza
Maria Aparecida Arribane Gil (era do núcleo da educação e diretoria)
Sandra Vogado F. da Silva

Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente

Diretores:

Farida Conceição Pereira
Cristiane Maria Tranquillini Rezende
Clarice Umbelino de Freitas
Maria Rosana Issberner Panachão
Telma de Cássia Santos Nery

Técnicos:

Abílio Rodrigues
André Pereira Leite
Aparecido Batista de Almeida
Clelia Aranda
Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho
Elizabeth Maria Nunes
Estela Maria Bonini
Eva Teresa Skazufka
Farida Conceição Pereira
Golda Schwartzman
Graziela Almeida da Silva
João Aquino Filho
Luiz Antônio Valente
Marcelo Rigueti
Maria Angélica Costa
Maria de Fátima Hangai Ushirobira
Maria do Carmo de Araújo Rocha
Mirta Alcira Ferro Rodrigues Silva
Nelson Figueira Junior
Regina Sônia Queique Zanotti
Rogério Araújo Christensen
Rosária Amélia Grimaldi Campos

Roseana Maria Garcia Lopes de Souza
Sérgio São Fins Rodrigues
Zaira Magda Borges Mancilha Lopes

Apoio Administrativo:

Ana Maria Justino dos Santos
Aparecida dos Santos
Claudionor Santos Rodrigues
Iolanda Mariano Carvalho
Josefa Jane dos Santos Castro
Luzia Durante Bender
Maria de Lourdes da Silva
Nilza das Graças Rodrigues
Roque Fernandes
Rosângela Dabanovich

Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Diretores:

Marco Antônio de Moraes
Ana Maria Sanches
Ana Paula Coutinho
Maria Célia Medina
Miriam Matsura Shirassu
Sérgio São Fins Rodrigues
Vilma Pinheiro Gawryszewski

Técnicos:

Adriana Bouças Ribeiro
Golda Schwartzman
Lilian Maria Cobra
Maria Carolina Vita Nunes
Maria Lia Silva Zerbini
Mariza Bispo Amorim
Mirian Matsura Shirassu
Sueli de Oliveira Mendes
África Isabel de la Cruz Perez
Ana Margarida Arruda Rosemberg
Ana Maria A. Pluciennick
André Pereira Leite-Médico
Artur Jaques Goldfeder
Beatriz Yoko Kitagwa
Carlos F. B. Neumann
Cláudia Vieira Carnevalle
Cláudio Celso Monteiro Junior
Dalva Maria de Oliveira Valencich
Eva Tereza Skazufka
Izabel Cristina Rios
Jane Harumi Atobe
José Raimundo Sica

José Rosemberg
Luciane Simões Duarte
Luiz Francisco Marcopito
Marcelo Klinger
Marco Antonio de Moraes
Maria Aparecida Pacheco
Maria Cristina Horta Vilar
Maria do Carmo Araújo Rocha
Maria Helena Pignatti
Maria Natividade Sabino
Marilda Garcia Godinho
Mauricio Pernambuco
Micheline Rachele Jabes
Mírian Gallo
Neuma T. Hidalgo
Ricardo de Castro Cintra Sesso
Rodolfo Bruminni
Sidney Federmann
Silvia Von Tiesenhausen de Souza
Carmo
Sonia Angélica Coria

Apoio Administrativo:

Cyntia Faria Socolovski
Carlos Augusto Pires dos Reis
Ivone Fraga
Lenilza Moura dos Santos
Lucia Eliza Prestes Salvi
Marcio Aparecido Silva
Michelle May Rocha Dimpério
Rosangela Dabanovich
Sandra Vogado Ferreira

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória

Diretores:

Telma Regina Marques Pinto Carvalhanas
Maria Cláudia Corrêa Camargo
Neuma Terezinha Rosseto Hidalgo

Técnicos:

Ana Lúcia Frugis Yu
Marcela Rodrigues Silva
Pamella Cristina de Carvalho Lucas
Roseane Porto Medeiros
Alessandra Cristina Guedes Pellini
Ana Cecília Costa França
Ana Paula Alves dos Santos
Angela Tiemi Tanamachi
Ayako Oda
Bernadete de Lourdes Liphauas
Caroline Salomão Simões
Célia Regina Ciccolo da Silva
Cynthia Maria Santos Soares
Ecléia Spiridião Bravo
Eliana Tiemi Massuda
Elisa Miranda Aires
Esper Georges Kallás
Fádua Maria Chahade Fernandes
Flávia Helena Ciccone
Flávia Kelly Alvarenga Pinto
Gabriela Zembruski Nunes
Giselle Dias de Freitas
Helena Aparecida Barbosa
Juliana Akemi Guinoza
Jussara Helena Correa Lichtenstein
Katsue Marzato

Lena Vânia Carneiro Peres
Luzia Auxiliadora Carelli
Luzia Coelho Silva Machado
Margarete Oliveira Messias
Maria de Fátima Oliveira Souza
Maria Inês C. Gonçalves Okai
Maria Inês Miguel
Maria Lúcia Rocha de Mello
Maria Rosana Issberner Panachão
Maria Stella de Carvalho J. Oliva Sidi
Marilda Aparecida Kersul de Brito Milagres
Neisa Castells Fontes Lourenço
Patricia Marques Ferreira
Regina Rocha Gomes de Lemos
Ricardo K. Mangabeira Albernaz
Romualdo Osório Corrêa
Rosana Martini Pereira
Roudom Ferreira Moura

Apoio Administrativo:

Cecília Aparecida Alexandre
Elaine Maria Souza Carvalho
Elza Geremias A. Figueiredo
Mara Cristina A. dos Santos
Marcelo Fernando Monteiro
Maria José dos Santos do Nascimento
Michelle May Rocha D'Império
Thais de Oliveira Conceição

Divisão de Dengue, Chikungunya e Zika

Diretores:

Francisca Leiliane de Oliveira Mota

Cláudia Barletta

Maria do Carmo Rodrigues dos Santos Camis

Nilce Helena de Paula Kezh

Técnicos:

Jussara Vargas Polimanti

Maria Naldecki de Torres Santos

Renato de Souza Paulino

Fernando Luiz Macedo

Geane Aparecida de Almeida Andrade

Gilberlandio Pereira de Oliveira

Graziela Almeida da Silva

Ivone Aparecida de Almeida Soares de Souza

Lídia Maria Reis Santana

Roseane Porto Medeiros

Roudom Ferreira Moura

Apoio Administrativo:

Mirian Marques Canudo Santos

Renildes dos Santos Assis

Divisão de Doenças de Transmissão Vetorial e Zoonoses

Diretores:

Gisele Dias de Freitas
Ana Cecília Costa França
Gizelda Katz
Luiz Meneguetti
Márcia Caração
Melissa Mascheretti Siciliano
Roberta Maria Fernandes Spinola

Técnicos:

Dafne Fontoura de Lima
Fatima Aparecida Diz
Gabriela Zembruski Nunes
Sílvia Silva de Oliveira
Affonso Viviani Júnior
Amaro Nunes Duarte Neto
Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso
Ana Livia Geremias
Berenice Bustamante Kawakama
Carla Gianna Luppi
Cilea Hatsumi Tengan
Ciro Rossetti Neto
Cynthia Maria Santos Soares
Dedaci Nazareth
Doralice Souza
Dulce Maria de Almeida Gomes Junqueira
Eduardo
Elisa Keiko Oda Moroi
Fabiana Tavares Vesgueiro
Fabricio Batista de Souza
Fernanda Augusta Borges
Ikuko Hiragi Yamanishi
Jessica Pires de Camargo
Jocley Casemiro Campos

Josefa Vieira de Lima
Juliana Yamashiro
Leila Del Castilho Saad
Lindioneza Adriano Ribeiro
Lisete Lage Cruz
Luciano José Eloy
Márcia Aparecida Borges Fernandes
Márcia Regina Buzzar
Maria de Jesus Albuquerque
Maria Elisa
Marisa Zwickler Galimbertii
Neida
Neide Yumie Takaoka
Ricardina Giovanna Pitelli
Ruth Moreira Leite
Silvana Rosa Ana
Silvia Gil
Teresa Cristina Guimarães
Vania Bastos Reinaldo
Vera Beatriz Ferreira Gualtieri
Vera Lúcia Fonseca de Camargo-Neves
Zouraide Guerra Antunes Costa

Apoio Administrativo:

Marta Aparecida Correa
Regiane Leite Fuquim
Ana Cláudia Araújo
Celestina Caselli
Cleide
Maria Esmelinda Bindaes de Maciel
Maria Inês Leis
Maria Regina de Simone

Diretores:

Ernesto Machado Figueiredo
Alessandra Cristina Guedes Pellini
Cintia Hitomi Yamashita
Eliana Melamed
Elizabete Maria Nunes
Gizelda Katz
João Aquino Filho
Luiza Harunari Matida
Renata Soares Martins
Ricardo Mangabeira Albernaz
Ruth Moreira Leite
Walkiria Delnero Almeida Prado

Técnicos:

Dayane Dulce Alves Soares
Dulce Maria de Almeida Gomes
Flávia Helena Ciccone
Gizelda Katz
Ricardo Antônio Lobo
Alena Costa Marruaz
Angela Tayra
Berenice Bustamante Kavakama
Carlos Eduardo Yamashita
Cintia Hitomi Yamashita
Daisy Afuso
Daniel Marques
Dulce Maria de Almeida Gomes Junqueira
Eliana Melamed
Elisabete Maria Nunes
Ernesto Figueiredo
José Jairo Martins

Leila Del Castilho Saad
Luiza Harunari Matida
Maria Gomes Valente
Maria Teresa Jahnel
Michele Higa Fróes
Paulo Yoshihiro Sakata Sakata
Renata Soares Martins
Ricardina Giovanna Pitelli da Guia-
Rosa Maria Pardo Tenório
Ruth Moreira Leite
Satiro Marcio Ignácio
Sheila Regina Braga Ferreira
Silvia Regina Gil Ferreira
Teresa Mitiko Omoto
Tereza Cristina Guimarães
Walkiria Delnero Almeida Prado

Apoio Administrativo:

Amanda Camargo de Oliveira
Magda Paulino
Antonia Neusinha Timbó
Antonio Carlos Maia
Camila Graça da S. Conceição
Claudionor Santos Rodrigues
Dulcinéia Godoi Luz
Josefa Jane dos Santos Castro
Maria Aparecida Zaparolli
Maria Tavares Moreno
Odete
Rosângela Dabanovich
Roseli Gonçalves de Abreu

Centro de Recursos Humanos

Diretores:

Guilherme Fonseca C. Ferraz
Ana Maria de Oliveira
Célia Regina Godoy Gomes Pereira Vital
Debora Ferreira dos Santos
Rosana Silva Santana

Funcionários:

Aline da Silva Freitas
Delmares Lima da Silva
Noemia Santos de Queiroz
Ricardo Alexandre G. Santana
Tania Harumi Hirata
Adélia Alice Ruckert Arcangeletti
Edileusa Oliveira Brito
Elisangela Amaral
Gervanete Mendonça Ribeiro dos Reis
Grem Batista
Guilherme Fonseca C. Ferraz
Ivone Benedita Monteiro
Jaqueline Gallo Otto
Leandro Olmedila Galioti
Lúcia Helena Piva
Lucimar Pereira de Souza
Mara Cristina Alves dos Santos
Maria Angélica Prates da Silva
Maria Rita Negrão de Oliveira
Rosângela Dabanovich
Sandra Vogado Ferreira
Silvia Pacheco de Paula
Taliani do Carmo Elias Santos
Thiago Tadeu Moscardi

Valdineia dos Anjos Cruz
Zilda Freire Santana

Auxiliares de Enfermagem:

Alexandra Santos, Elvira Gonçalves
Etelier Benedita Azevedo
Fábio Leandro Gabine Valentim
Ivone Biaggio de Napolis
Kelly Cristina R. Santos
Lúcia Helena Piva
Maria José de Oliveira Cassu
Maria Rodrigues de Souza
Marian Romero Soares Rodrigues
Reinade Machado G. dos Santos
Sônia Maria Farias Cavalcante
Sueli Ferreira Carvalho Guzman

Centro de Gerenciamento Administrativo

Diretores:

Elaine Cristina Benitez Leite Albuquerque

Assistente Técnico: Rogerio Martins

Funcionários do NAP

Diretora - Cláudia Cardone

Equipe:

Marco Antônio Dias

Arivaldo Francisco da Silva

Funcionários do NAC

Diretora - Neusa Lucinda Alves

Equipe:

Divane Ap. C. e Silva Ramos

Reinade Machado Guedes dos Santos

Igor Vieira da Silva - FINANÇAS

José Alex Silva dos Santos - NSGC

Luciana Santos Barreto - NSGC

Maria Aparecida Ferreira - NAC

Maria de Fátima do Rosário Sene

Maria Irene Campos Moura - CGA

Michelle May Rocha D'Imperio - NSGC

Nanci Aparecida Galfi

Paula Roberti da Silva - NSGC

Rosemeire Roberto Aguiar Gonçalves
- CGA

Sandra Alves da Silva - NAC

Sandra Vogado F. da Silva

Thaís Pinheiro Santana - NSGC

Valter Santos - NSGC

Funcionários do Núcleo de Finanças:

Diretora - Marcia Ap. Alves Araújo

Funcionários do NSGC:

Diretora - Karine Morellato Ferreira

Equipe:

Ananias Lima Damascena Filho

Maria Angelica Prates da Silva

Ex-funcionários:

Ana Kelly

Arina Cerveira Moreira - NSGC / FINANÇAS

Cyntia Faria Socolovski - NSGC

Elisângela Amaral - NAP

Henrique Alves dos Santos - NSGC

Iane Campos Moraes - CGA

DIRETORIA

Diretores:

Tatiana Lang D'Agostini

Regiane A. Cardoso de Paula

Helena Keico Sato

Marcos Boulos (coordenador CCD, avocou atribuições CVE)

Ana Freitas Ribeiro

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza

José Cassio de Moraes

Julio César de Magalhães Alves

Inês Kazue Koizumi

Antônio Guilherme de Souza

Wagner Augusto da Costa

Alexandre Vranjac

Ciro Rossetti Neto

Elizabete Monteiro

Elizabete Taeko Onaga

Helena Aparecida Barbosa

Iane Campos de Moraes

Inês Kazue Koizumi

Joel Domingues Machado

José Cássio de Moraes

José Ricardo Pio Marins

Josias Corrêa Rodrigues

Julieta Hitomi Oshiro

Julio César de Magalhães Alves

Jussara Helena Correa Lichtenstein

Letícia Maria de Campos

Lídia Tobias

Lourdes Pedro Biz Maluf

Lúcio Acquati

Luiza Keiko Manini

Márcia Caraça

Márcio de Deus Vieira Borges

Maria Carmelita Berini Ferreira Dias

Marlene da Silva Costa

Marli Izabel Penteadó

Mitie Tada Lopes R. da F. Brasil

Neide Yumie Takaoka

Núbia Virgínia D'Ávila L. Araújo

Regina Lúcia Laudari

Rinaldo Focaccia Siciliano

Rosária Grimaldi Campos

Selma Schuartz Cernea

Assistentes da Diretoria:

Fernanda Florência Fregnan Zambom

Jaqueline Aparecida Gonçalves Pirani

Khrysantho Muniz

Nathalia Cristina Soares Franceschi Landi de Moraes

Renan Apparício Delgado

Thais de Oliveira Conceição

Thiago Sanches Brumatti

Abílio Rodrigues Lopes

Aluísio Bichir

Alvimar Godoy Cotti

Ana Maria Aratangy Pluciennik

Arnoni

Carmem Silvia Bruniera Domingos

Cecília Santos Silva Abdalla

Sílvia Alice Borges
Sônia Maria Levy Alvares
Wagner Augusto da Costa
Wanda Nascimento dos Santos Sato

Equipe Administrativa da Diretoria:

Maria Aparecida F. da Silva Martins
Sandra Alves da Silva
Ana Maria Justino dos Santos
Lisette da Costa
Olga Casamayor Horrocks
Renildes Santos de Assis
Rosemari de Oliveira de Moraes
Wilma Lopes Ribeiro Baião
Wilmar dos Santos

Equipe de Administrativos e de apoio de atividades complementares:

Ana Kelly Magalhães
Anésia Martins Puggina
Augustinho Correa
Cláudia Cardone
Cláudia Maria Cardoso
Consuelo Fernandes Peres
Dalila Filomena Mohallem
Daniela Aparecida A. dos Santos
Dayse Lirani Silva
Dinaura Paulino Franco
Elenice Rosália Bonifácio
Elisa
Jael Araujo Dutra
João Batista Fonseca Aguiar
José Carlos da Silva Felipe

Josenildo Brasil
Lúcia Eliza Presti Salvi
Luzia Durante Bender
Marcelo Santos Oliveira
Maria Cecília Elias da Silva
Maria de Fátima Oliveira Souza
Maria Inês Camargo
Maria Natividade Sabino
Maria Odila Bruno
Mariana Santana de Souza
Marilu Nunes de Oliveira
Mirian Pacios de Santis
Otacílio de Abreu Junior
Ronaldo Silva Gomes
Rosana Navarro
Sílvia de Paula Pacheco
Simara Izilda de Oliveira
Sueley V. Teixeira
Tânia Regina Joazeiro Pereira de Souza
Thais Brillinger Gonçalves
Tomoe Kubashina da Silva
Vera Lúcia Paula

