

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

Boletim Epidemiológico Paulista

BEPA 89

Volume 8 Número 89 maio/2011

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 8 Nº 89

maio de 2011

Nesta edição

Notificações de violência no Estado de São Paulo, 2006 a 2009 <i>Mandatory reports of violence cases in São Paulo state, 2006 a 2009</i>	4
Resultado da atuação do Centro de Laboratório Regional do Instituto Adolfo Lutz – São José do Rio Preto – X, na implantação do teste rápido e Elisa para dengue NS1 <i>Results of the actions performed by the Regional Laboratory Center of the Instituto Adolfo Lutz – São José do Rio Preto – X, in the implementation of rapid and Elisa tests for NS1 dengue</i>	16
Identificação do sorotipo DENV 4, GVE 29 - São José do Rio Preto, municípios de São José do Rio Preto e Paulo de Faria, SP, Brasil <i>Identification of serotype 4 DENV, GVE 29-São José do Rio Preto, the municipalities of São José do Rio Preto and Paulo de Faria, SP, Brazil</i>	25
Atividade viral na fase pós-pandêmica – Atualização 05/05/2011 <i>Viral Activity in the Post Pandemic Phase – Update 05/05/2011</i>	29
Instruções aos Autores <i>Autor's Instructions</i>	35

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

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

Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Para republicação de qualquer material, solicitar autorização dos editores.

Editor Geral

Marcos Boulos

Editor Executivo

Clelia Maria Sarmiento Souza Aranda

Editores Associados

Alberto José da Silva Duarte – IAL/CCD/SES-SP
Ana Freitas Ribeiro – CVE/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP
Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/CCD/SES-SP
Maria Clara Gianna – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP
Neide Yume Takaoka – IP/CCD/SES-SP
Virgílica Luna Castor de Lima – SUCEN/SES-SP

Comitê Editorial

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

Consultores Científicos

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

Coordenação Editorial

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

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

Projeto gráfico/editoração eletrônica

Marcos Rosado – Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP
Zilda M Souza – Nive/CVE/CCD/SES-SP

CTP, Impressão e Acabamento

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Disponível em:
Portal de Revistas Saúde SP - http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_home&lng=pt&nrm=iso

Notificações de violência no Estado de São Paulo, 2006 a 2009***Mandatory reports of violence cases in São Paulo state, 2006 a 2009***

Vilma Pinheiro Gawryszewski; Dalva Maria de Oliveira Valencich; Cláudia Vieira Carnevalle; Eva Teresa Skazufka; Luiz Francisco Marcopito

Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é descrever características do processo de implantação da notificação de violências no Estado de São Paulo e das notificações registradas no Sistema VIVA em 2009. Os dados de 2006 a 2008 foram extraídos de banco de dados em EPI-Info e, de 2009, do SinanNET. Foram analisadas 14.021 notificações provenientes de 28 GVE, 308 municípios e 623 unidades notificantes. Entre 2006 a 2009, o aumento das notificações foi 380% e do número de serviços notificantes, 500%. O mapeamento da Rede de Serviços de Referência ao Atendimento às Vítimas de Violência identificou 152 serviços no Estado, excluída a capital paulista. Os dados de 2009 mostraram que o sexo feminino foi predominante (9.727 casos; 69,4% do total); as idades mais jovens concentraram o maior número de casos, sendo que os menores de 10 anos ocuparam o primeiro lugar entre as notificações no sexo masculino (2.625 casos; 26,6% do total), enquanto no sexo feminino foram as faixas de 10 a 19 anos (3.238 casos; 23,4% do total) e 20 a 29 anos (3.012 casos; 23,4% do total). A violência física isolada foi predominante (45,4%), seguindo-se a violência física e psicológica concomitante (13,2%). Casos de violência sexual responderam por 10,4%. O local de ocorrência mais frequente foi a residência (58,9% do total), seguindo-se a via pública (14,5%). Os agressores mais frequentes foram os parceiros íntimos (27,3%), seguindo-se os pais (19,5%) e os amigos/conhecidos (13,6%). A implantação do Sistema VIVA foi bem sucedida em São Paulo, cumprindo com as determinações legais de notificação de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. As estratégias de prevenção devem enfatizar a capacitação das famílias e grupos comunitários.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica. Violência sexual. Maus-tratos. Causas externas.

ABSTRACT

Objectives: describing the characteristics of the process implanting the notification of violence cases in the State of São Paulo and the notifications registered in the VIVA System in 2009. Data from 2006 to 2008 were obtained in a databank in EPI-info and, from 2009 forward, from SinanNET. Analysis comprised 14.021 notifications obtained from 28 Regional Epidemiologic Surveillance – GVE – branches, 308 cities and 623 notifying unities. Between 2006 to 2009, the increase in notifications was of 380% and the number of notifying services registered a raise of 500%. The map designed by the Reference Services for Attention to Victims of Violence Network identified 152 services in the State, not including the Capital. Data from 2009 show that females were predominant (9.727 cases, 69,4% of the total); younger ages concentrated the higher number of cases, with children under 10 years of age occupying the first place among reports of cases occurring in males (2.625 cases, 26,6% of the total), while among females the brackets comprising ages between 10 to 19 years (3.238 cases, 23,4% of the total) and 20 to 29 years (3.012 cases, 23,4% of the total). Isolate physical violence was predominant (45,4%), followed by concomitant physical and psychological violence (13,2%). Cases of sexual violence represented 10,4%. The place in which most of the cases occurred was the household (58,9% of the total), followed by the streets (14,5%). Most frequent aggressors were intimate partners (27,3%), followed by the parents (19,5%) and friends/acquaintances (13,6%). Implantation of the VIVA system was successful in the State, complying to the legal determinations of notifying violence occurrences against children, adolescents, women and the elderly. Prevention strategies must emphasize actions designed for families and community groups.

KEY WORDS: Domestic violence. Sexual violence. Mistreats. External causes.

INTRODUÇÃO

A violência, nos últimos, anos vem se apresentando como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo.¹ Sabe-se que se trata de um fenômeno sócio-histórico que faz parte da experiência humana há longo tempo,² afetando não somente a saúde individual, mas também a coletiva. As expressões da violência que ocorrem no Brasil são muito complexas, envolvendo questões sociais, culturais, familiares e individuais. Desse

modo, conceituar violência é uma tarefa complexa. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), ela pode ser definida como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”.¹ Estima-se que a cada ano as causas violentas sejam responsáveis por mais de um milhão de mortes no

mundo,^{1,2} sem contar o ônus determinado pelas internações, consultas médicas, assistência psicológica e social.

Atualmente, existem evidências suficientes para afirmar que seus efeitos sobre a saúde física, mental e reprodutiva podem ser vistos não apenas no curto prazo, mas também no médio e longo, incluindo transtornos de estresse pós-traumático, depressão, comportamentos de alto risco, tais como tabagismo e uso nocivo de álcool, além de risco aumentado para doenças crônicas, entre outras.³ Por exemplo, evidências mostram que as mulheres que sofrem violência doméstica e sexual são mais propensas a serem atendidas em serviços de saúde e emergências, aumentando o impacto econômico sobre a área da saúde.⁴ Cabe ressaltar que a violência doméstica contra a mulher afeta a qualidade de vida de toda família, especialmente a das crianças expostas a essa violência.

O estabelecimento de ações para enfrentamento de qualquer agravo de saúde pública requer a sistematização das informações e análise referentes àquele agravo. A partir dessa necessidade, e buscando conhecer a magnitude dos acidentes e violências, foi estabelecido, já em 2005, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no âmbito do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) –, um Núcleo Estadual de Vigilância de Acidentes e Violências – Núcleo Estadual VIVA São Paulo, com objetivo de coordenar o processo de implantação da ficha e do sistema de notificação de violências em serviços sentinelas do Sistema Único de Saúde (SUS). No nível regional, o núcleo atua de forma descentralizada, por meio dos 28 Grupos de Vigilância Epidemiológica

(GVE/CCD), os quais se articulam com os serviços de vigilância das Secretarias Municipais de Saúde, centros de referência para o atendimento às pessoas em situação de violência, hospitais universitários, delegacias da mulher e conselhos tutelares, entre outros. Todo esse trabalho encontra-se em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).⁵

O presente estudo tem como objetivo descrever características do processo de implantação da notificação de violências no Estado de São Paulo e dos casos registrados no Sistema VIVA, em 2009.

MÉTODOS

Tipologia da violência – Definições

As definições utilizadas, no presente estudo, para classificar os diversos tipos de violência encontram-se listadas a seguir, tendo sido retiradas e adaptadas do instrutivo da ficha de notificação elaborado pelo Ministério da Saúde⁶ e pela Organização Mundial da Saúde.^{3,7} Cabe ressaltar que a ficha de notificação contempla outras definições, que não estão apresentadas em razão da baixa frequência de casos. Além disso, esse instrumento aceita o registro de uma ou mais tipologias de violência em cada evento.

Violência física: são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, tais como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de

objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações e mutilações, dentre outras.

Psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrém. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Também pode ser chamada de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado, empregado e patrão, empregado e empregado.

Sexual: conduta que constranja outrém a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força. Comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, ou seja, toda ação na qual uma pessoa, podendo envolver situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas. Tais práticas são consideradas crime mesmo se exercidas por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).

Financeira/econômica: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido por eles, de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre sobretudo no âmbito familiar, sendo muito frequente entre as pessoas idosas. É também chamada de violência patrimonial.

Negligência/abandono: é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados

básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Por exemplo, falta de cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor, ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência.

Fonte dos dados

Os dados referentes aos anos de 2006 a 2008 foram extraídos dos bancos de dados enviados pelos GVE do Estado de São Paulo. Nesse período, as notificações eram preenchidas pelas unidades notificantes sentinelas (unidades básicas de saúde estaduais e municipais, centros de referências e delegacia da mulher, entre outras), sendo então encaminhadas para os GVE, onde eram digitadas em programa EPI-Info desenvolvido especialmente para esta finalidade. Primeiro semestralmente e depois anualmente, esses bancos de dados eram encaminhados para o Núcleo Estadual VIVA São Paulo da Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CVE/CCD/SES-SP), onde era feita uma análise de consistência dessas informações e, posteriormente, sua consolidação. Para descrever o processo de implantação do Sistema VIVA no Estado de São Paulo foram utilizados o número de casos notificados, serviços e municípios notificantes, no período entre 2006 e 2009.

Os dados referentes ao ano de 2009 foram extraídos do Sistema de Agravos de Notificação Compulsória (SinanNET), estabelecido pelo Ministério da Saúde. A partir daquele ano, utilizou-se a Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências, padronizada nacionalmente, e a notificação seguiu o fluxo regular

de todas as doenças de notificação compulsória. As diferenças entre a ficha utilizada anteriormente e a atual não foram muitas, uma vez que essa nova ficha teve como base a utilizada no Estado de São Paulo. As principais mudanças dizem respeito à permissão do registro de mais de um tipo de violência para uma mesma notificação, ampliação do número de variáveis levantadas (especialmente quanto ao acompanhamento e encaminhamento dos casos) e categorias em variáveis já existentes.

Para o mapeamento da Rede de Serviços de Referência ao Atendimento às Vítimas de Violência no Estado de São Paulo foi feito, inicialmente, um levantamento das unidades notificantes no SinanNET no ano de 2010. Posteriormente, uma planilha contendo esses dados foi encaminhada aos GVE e municípios para que estes informassem quais dessas unidades funcionavam como serviço de referência.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio dos programas TABWIN e SPSS 10.0 para Windows. Em 2009 o total de notificações registradas no Sinan foi de 14.441, dos quais foram excluídos 7 casos cujo sexo das vítimas não foi registrado e 413 em razão de o tipo de violência não ter sido registrado (2,9% do total). Desse modo, os dados aqui apresentados referem-se a 14.021 registros. Cabe assinalar que eles não incluem o município de São Paulo, que desenvolveu um sistema próprio para o registro das notificações realizadas na sua área de abrangência.

As informações foram analisadas segundo variáveis demográficas (sexo e faixa etária), tipo de violência (física, sexual,

psicológica e outras), relação vítima/agressor (cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado) e local de ocorrência (residência, via pública e outras). Cabe ressaltar que para este estudo foram selecionadas as variáveis que compõem um perfil mais geral desses agravos. Os dados estão apresentados sob a forma de números absolutos e proporções. Em razão dessas informações serem provenientes de serviços sentinelas não está indicado o cálculo de taxas para o Estado.

Considerações éticas

Embora se trate de doença de notificação compulsória de âmbito nacional, em que o próprio sistema garante o total anonimato de pacientes, profissionais e gestores dos serviços, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, SP.

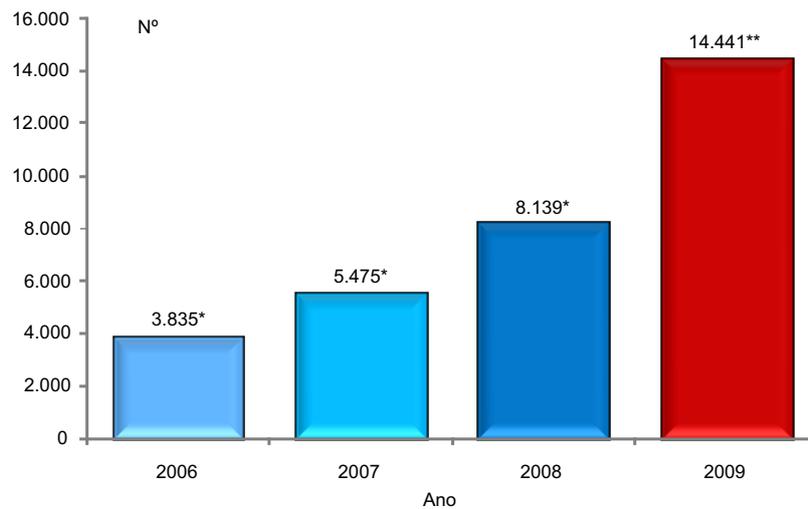
RESULTADOS

Implantação do Sistema VIVA no Estado de São Paulo

É possível observar, a partir das Figuras 1 e 2, a evolução do número de notificações, serviços e municípios que implantaram o Sistema VIVA. Em 2006 o número de notificações chegou a 3.835, subindo, em 2007, para 5.475, provenientes de 124 serviços sentinelas distribuídos em 72 municípios. Em 2008, foram 8.139 notificações (254 serviços sentinelas, 115 municípios notificantes). Consideramos o ano de 2009 um marco na ampliação e sustentabilidade desse sistema, uma vez que essas notificações passaram a ser digitadas no SinanNET, que é o sistema nacional de vigilância de agravos à saúde.

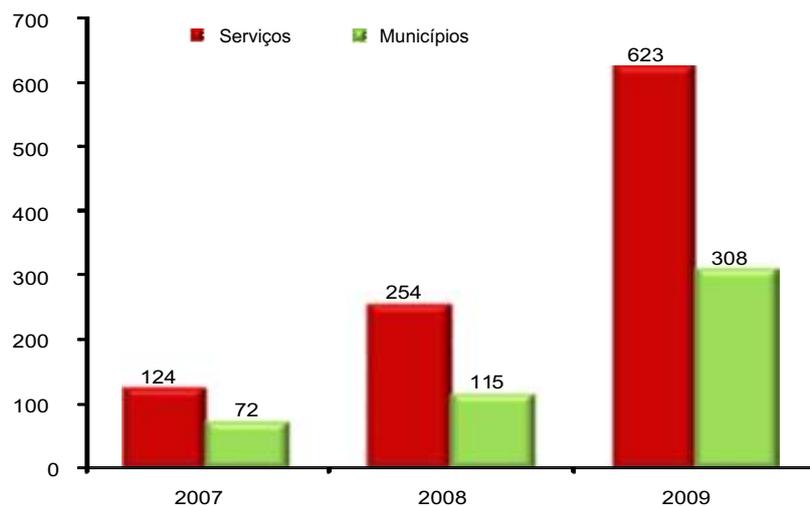
Isso permitiu o aumento expressivo no número de notificações, que chegou a 14.441 em 2009 (623 serviços sentinelas 308 municípios notificantes), um aumento de cerca de 380% nas notificações entre 2006 e 2009, 500% no número de serviços notificantes e 430%

de municípios notificantes entre 2007 e 2009. O mapeamento da Rede de Serviços de Referência ao Atendimento às Vítimas de Violência identificou 152 serviços de saúde referências para este atendimento no Estado de São Paulo, excluía a capital.



Fonte: *Epi-Info (2006 a 2008) / **SinanNET (2009)

Figura 1. Notificação de violências no Estado de São Paulo segundo o ano de notificação, 2006 a 2009.



Fonte: Epi-Info (2007 e 2008) / Fonte: SinanNET (2009)

Figura 2. Notificação de violências no Estado de São Paulo segundo município e serviços notificantes, 2007 a 2009.

Perfil das notificações no ano de 2009

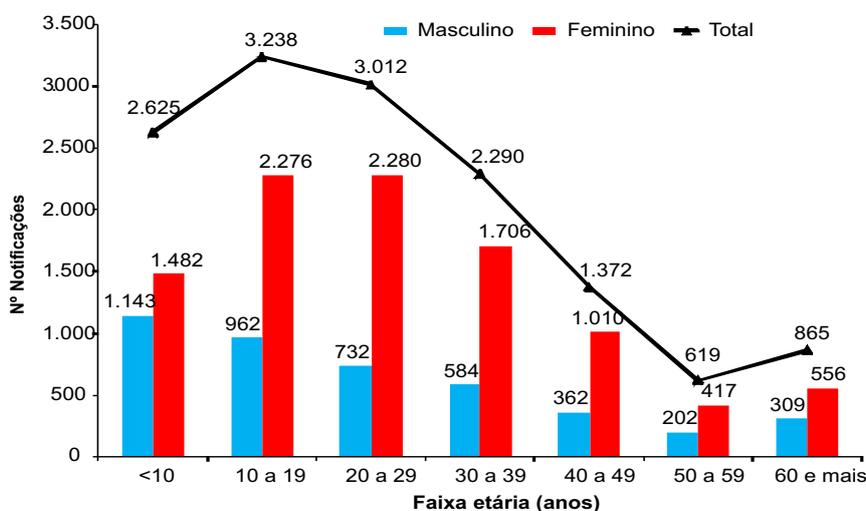
A análise das 14.021 notificações registradas em 2009 mostrou a predominância do sexo feminino, com 9.727 casos (69,4% do total), enquanto as notificações no sexo masculino foram 4.294 (30,6% do total). A Figura 3 apresenta os número de notificações segundo sexo e faixa etária, sendo possível observar que foram os mais jovens aqueles que concentraram o maior número de notificações para ambos os sexos. Cabe ressaltar que as notificações entre crianças e adolescentes menores de 18 anos representaram 39,8% do total.

As diferenças observadas entre os sexos referem-se ao fato das notificações no sexo masculino terem ocorrido em idades mais precoces que o sexo feminino, uma vez os meninos menores de 10 anos ocuparam o primeiro lugar entre as notificações no sexo masculino (2.625 casos; 26,6% do total), enquanto no sexo feminino foram as faixas de 10 a 19 anos (3.238 casos; 23,4% do total) e 20 a 29 anos (3.012 casos; 23,4% do total) as que responderam pela maior proporção de notificações. A partir dos 30 anos o número de notificações tende a decrescer

em ambos os sexos, mas voltam a subir para os idosos com idade de 60 anos ou mais (865 casos; 6,2% do total).

A análise de outras variáveis demográficas de interesse mostrou que, quanto à raça/cor, 53,4% dos casos se declararam ou foram classificados como brancos; os pardos foram 20,0% e os pretos, 7,2%. A distribuição dessa variável segundo sexo não apresentou diferenças marcantes. Cabe assinalar que a proporção de casos sem preenchimento ou "ignorados" chegou a 18,7%.

A análise da situação conjugal para o grupo acima de 12 anos de idade mostrou que a maioria dos casos se declarou solteira (35,2% do total), seguindo-se os casados ou em união consensual (30,5% do total). Porém, essa situação apresentou diferenças quanto ao sexo, uma vez que as mulheres casadas ou em união consensual foram maioria (33,2% do total de mulheres), seguindo-se as solteiras (32,8%). Entre os homens ocorreu o inverso: os solteiros foram a maioria das notificações (42,1% do total de homens), seguindo-se os casados ou em união consensual (22,7%).



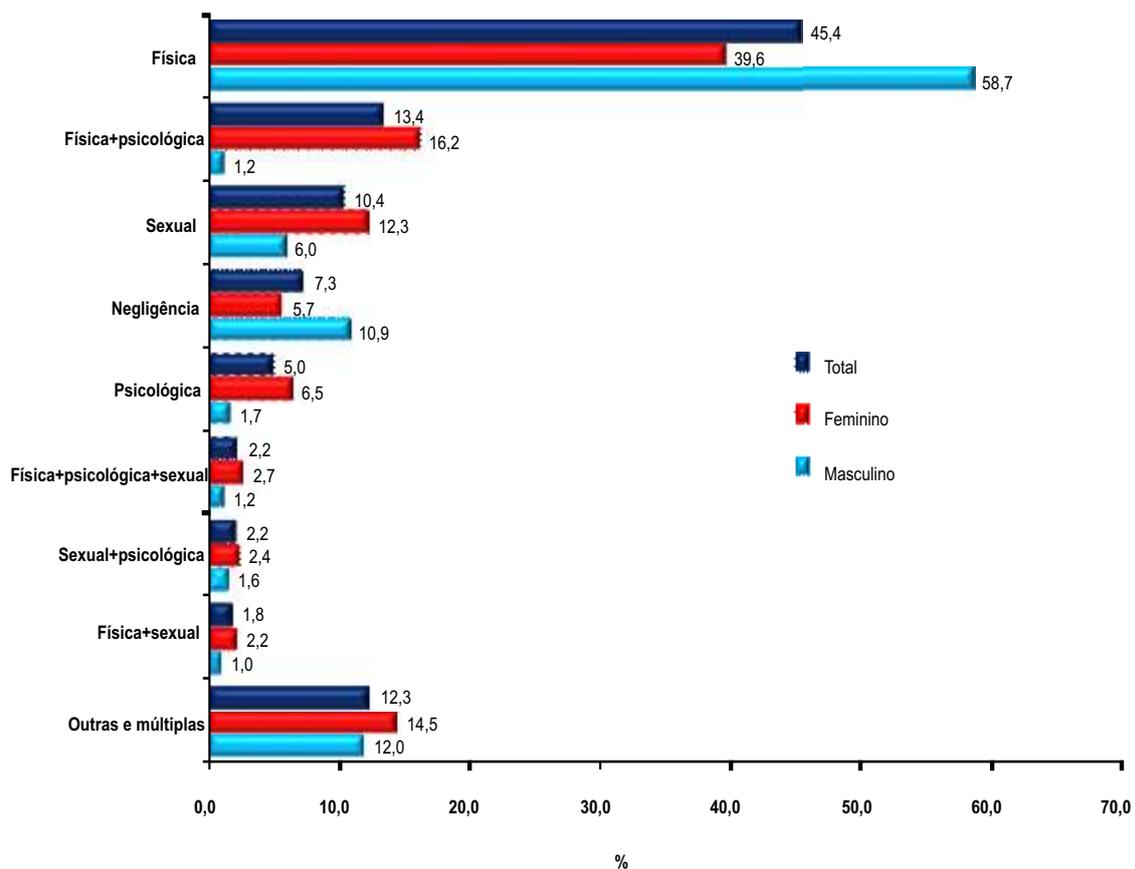
Fonte: SinanNET (SMS/GVE/Núcleo VIVA SP/SESSP)

Figura 3. Notificação de violências segundo sexo e faixa etária. Estado de São Paulo, 2009.

A Figura 4 apresenta as notificações segundo o sexo e os diferentes tipos de violência, mostrando que a violência física isolada foi predominante, respondendo por quase metade dos casos (45,4%), sendo esta proporção mais pronunciada para o sexo masculino. Visto que a ficha permite assinalar mais de um tipo de violência para um mesmo caso, ressalta-se que o total de notificações nas quais esse tipo de violência foi verificado chegou a 8.816 (62,9% do total).

O segundo lugar foi ocupado pelas violências física e psicológica concomi-

tantes, que responderam por 13,2% dos casos, mas cuja importância proporcional entre os homens foi pequena. O terceiro lugar foi ocupado pela violência sexual isolada, responsável por 10,4% das notificações, com maior predominância no sexo feminino. Seguiu-se a negligência, com maior expressão no sexo masculino. Pode ser verificado que, além de diferenças em relação ao sexo, os diversos tipos de violência também variam em relação à faixa etária, porém o detalhamento desta análise será objeto de outra publicação.



Fonte: SinanNET (SMS/GVE/Núcleo VIVA SP/SESSP)

Figura 4. Notificação de violências segundo tipologia e sexo. Estado de São Paulo, 2009.

A Tabela 1 mostra os tipos de agressores e o local onde essas violências ocorreram, porém, somente para os casos em que esta informação foi registrada. Os agressores mais frequentes foram os denominados “parceiros íntimos” (cônjuges, ex-cônjuges, namorados e ex-namorados), referidos em 27,3% dos casos. Cabe esclarecer que essa denominação é uma tradução literal do inglês *intimate partner*, que também vem sendo usada em publicações brasileiras.

Nessa categoria foi verificada uma diferença marcante em relação ao sexo da vítima, uma vez que os parceiros íntimos figuraram como agressores de 5,5% das notificações no sexo masculino, enquanto respondem por 36,0% das agressões no sexo feminino. Seguem-se os pais (aí incluídos o pai, a mãe, o padrasto

e a madrasta), respondendo por 19,5% do total; as proporções de pais e mães são similares, com menor representação dos padrastos e das madrastas. Os amigos e conhecidos foram 13,6%, enquanto os desconhecidos foram 12,0%. Os casos classificados como “própria pessoa” referem-se às lesões autoprovocadas.

Foi observado que a residência foi o local mais frequente de ocorrência desses eventos (69,6%), para ambos os sexos, porém, sendo maior entre as mulheres (74,9%) do que entre os homens (55,4%). A via pública, que inclui ruas, rodovias e praças, ocupou a segunda posição com 17,1% do total, sendo que essa proporção entre os homens é maior que entre as mulheres (24,4 e 13,6%, respectivamente).

Tabela 1. Notificação de violências segundo tipologia e sexo. Estado de São Paulo, 2009.

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº.	%
Agressor*						
Pais	895	25,6	1.498	17,1	2.393	19,5
Pai	333	9,5	612	7,0	945	7,7
Mãe	461	13,2	509	5,8	970	7,9
Padrasto	83	2,4	342	3,9	425	3,5
Madrasta	18	0,5	35	0,4	53	0,4
Parceiros íntimos	192	5,5	3.148	36,0	3.340	27,3
Cônjuge	130	3,7	2.070	23,6	2.200	18,0
Ex-cônjuge	40	1,1	624	7,1	664	5,4
Namorado	11	0,3	233	2,7	244	2,0
Ex-namorado	11	0,3	221	2,5	232	1,9
Filho	126	3,6	348	4,0	474	3,9
Irmão	117	3,3	298	3,4	415	3,4
Amigo/conhecido	663	18,9	1.002	11,4	1.665	13,6
Outros	494	14,1	952	10,9	1.446	11,8
Desconhecido	596	17,0	871	9,9	1.467	12,0
Própria pessoa	416	11,9	639	7,3	1.055	8,6
Total	3.499	100,0	8.756	100,0	12.255	100,0
Local de ocorrência**						
Residência	2.022	55,4	6.243	74,9	8.265	69,6
Habitação coletiva	58	1,6	53	0,6	111	0,9
Escola	141	3,9	193	2,3	334	2,8
Bar ou similar	133	3,6	117	1,4	250	2,1
Via pública	891	24,4	1.137	13,6	2.028	17,1
Outro	404	11,1	588	7,1	880	7,4
Total	3.649	100,0	8.331	100,0	11.868	100,0

*Excluídos 1.766 casos com informação ignorada (12,6% do total)

**Excluídos 1.889 casos com informação ignorada (13,5% do total)

DISCUSSÃO

Em relação à avaliação da implantação do sistema no Estado, considera-se que esses resultados são muito positivos e comprovaram a progressão da implantação dessa vigilância. Além disso, dado o grande número de variáveis que são coletadas, o sistema permite uma ampla possibilidade de análises. Entre as limitações está a impossibilidade de generalização dos dados e, portanto, de construção de taxas, uma vez que os dados são provenientes de serviços sentinelas. Por isso, cabe assinalar que, apesar do expressivo número de casos, os dados coletados ainda devem estar subestimados.

A despeito dessas limitações, o sistema de vigilância permitiu conhecer melhor o perfil dessas ocorrências e suas vítimas, o que anteriormente somente era conhecido através de informações provenientes de estudos pontuais. Assim, consideramos que o VIVA se constitui em fonte de dados essencial para a construção de políticas públicas voltadas para a redução da violência.

Adicionalmente, a implantação do sistema serviu para identificar e estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e/ou de outras áreas com o objetivo de organizar a rede de assistência às pessoas em situação de violência. O mapeamento dessa rede, que foi realizado pela Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do CVE/CCD/SES-SP, revelou-se um valioso auxílio na identificação das regiões onde mais esforços devem ser empreendidos no sentido do estabelecimento de serviços para o atendimento. Além disso, permite que o diálogo com os gestores da atenção básica seja mais concreto.

Conforme explicitado na metodologia, os resultados aqui apresentados pretendem

fornecer somente um perfil mais geral das notificações realizadas no ano de 2009. Dada a complexidade do problema e as variáveis coletadas na ficha de notificação, outros estudos voltados especificamente para os grupos mais vulneráveis, como a criança, a mulher e o idoso, devem ser realizados posteriormente. Os achados do presente estudo mostraram, mais uma vez, o quanto a violência encontra-se arraigada na família brasileira, uma vez que a residência é o local de ocorrência mais frequente desses casos e os familiares e parceiros íntimos figuram como os principais perpetradores desses atos. Além disso, são consistentes com dados nacionais que também mostraram as crianças de 0 a 9 anos como aquelas que respondem pela maior proporção de notificações, que a agressão física é o tipo de violência mais prevalente e que o local de ocorrência mais frequente é a residência.⁵

Especial destaque deve ser dado à proporção de notificações de violência contra a mulher (seja física, psicológica ou violência sexual), conhecida como violência de gênero, porque se relaciona à condição de subordinação da mulher na sociedade. Estima-se que entre 10% a 50% das mulheres em todo o mundo sofreram alguma forma de violência perpetrada por seus parceiros íntimos, um fenômeno que vem sendo encarado como importante problema de saúde pública. As estratégias para redução dessa violência devem promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, facilitar o acesso à rede social de proteção e incluir os homens na discussão sobre a violência e formas alternativas de resolução de conflitos.⁸

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados mostram que o Sistema VIVA vem sendo implantado de uma forma bem sucedida no Estado de São Paulo, do ponto de vista do aumento das notificações e serviços e municípios envolvidos. Além disso, cumpre com as determinações legais de notificação de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos, que formam os grupos prioritários no enfrentamento às violências, devido à sua vulnerabilidade. Constitui-se em importante fonte de informações sobre o problema, se configurando como elemento impulsionador do desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção das violências, promoção da saúde e da cultura da paz em nosso Estado.⁵

Os resultados do presente estudo permitiram traçar um perfil geral das notificações, mostrando que a mulher foi o grupo mais atingido, bem como as faixas etárias mais jovens. A violência física foi o tipo preponderante, sendo os principais perpetradores dessas violências os pais e parceiros íntimos e a residência da vítima o principal local dessas ocorrências. Isso indica que as estratégias de prevenção dessas ocorrências devem dar ênfase à capacitação das famílias, dos grupos comunitários para lidarem com o problema da violência não apenas como episódio isolado, mas como situação que se prolonga, por suas características culturais, sociais e familiares.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization – WHO. World report on violence and health. Switzerland, Geneva; 2002.
2. Minayo MCS. Violência – um problema para a saúde dos brasileiros. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde.
3. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence [publicação na internet]. Switzerland, Geneva; 2010. [acesso em 12 out 2010]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf
4. World Health Organization – WHO. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação// Investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras

Violências [publicação na internet] [acesso em 20 jan 2011]. Disponível em:
http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_dnc.htm.

7. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization, 2006. [acesso em 20 jan 2011] Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.

8. Gomes R; Minayo MCS; da Silva CRF. Violência contra a mulher – uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde.

Recebido em: 14/02/2011
Aprovado em: 26/05/2011

Correspondência/correspondence to:
Vilma Pinheiro Gawryszewski
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – Cerqueira Cesar
CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8749
E-mail: gawry@uol.com.br

Resultado da atuação do Centro de Laboratório Regional do Instituto Adolfo Lutz – São José do Rio Preto – X, na implantação do teste rápido e Elisa para dengue NS1

Results of the actions performed by the Regional Laboratory Center of the Instituto Adolfo Lutz – São José do Rio Preto – X, in the implementation of rapid and Elisa tests for NS1 dengue

Margarida Georgina Bassi¹; Tânia Cristina Higino Estécio¹; Janaína Olher Martins Montanha¹; Denise Maria Bussoni Bertollo¹; Rodrigo Friozi Povinelli¹; Márcia Cristina Fernandes Prado Reina²; Iray Maria Rocco³; Ivete Aparecida Zago Castanheira de Almeida¹

¹Centro de Laboratório Regional. Instituto Adolfo Lutz de São José do Rio Preto. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – CCD/SES-SP. São José do Rio Preto, SP, Brasil

²Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX de São José do Rio Preto – CCD/SES-SP. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São José do Rio Preto, SP, Brasil

³Instituto Adolfo Lutz – Laboratório Central São Paulo – CCD/SES-SP, SP, Brasil

RESUMO

O Centro de Laboratório Regional do Instituto Adolfo Lutz – São José do Rio Preto – X participou da implantação do teste rápido e Elisa para detecção do antígeno NS1 na região do Departamento Regional de Saúde XV. Na execução técnica, utilizou kits BIO-RAD Dengue-NS1 Ag STRIP (teste rápido) e *panbio early para enzyme linked immuno sorbent assay* (Elisa-NS1), com informação imediata do resultado, por *e-mail*. As amostras reagentes para NS1 foram enviadas ao IAL Central-SP para isolamento de vírus. Entre março de 2009 e março de 2010, foram processadas 788 amostras pelo teste rápido e 9.270 por Elisa, com 166 (21,1%) e 4.439 (47,9%) amostras positivas, respectivamente. Foram identificados os sorotipos circulantes em 26 municípios, com 93,7% de positividade para o sorotipo 1. O número de amostras analisadas e a rapidez na informação dos resultados positivos contribuíram para agilização e ampliação das ações de controle da dengue.

Palavras-chave: Dengue. Epidemiologia. Diagnóstico laboratorial. NS1.

ABSTRACT

The Regional Laboratory Center of the Adolfo Lutz Institute - São José do Rio Preto - X (CLR-SJRP - X), located in the Regional Health Department XV area, participated in the implementation program of rapid and Elisa tests for the detection of NS1 antigen. Regarding technical implementation, BIO-RAD - Dengue NS1 Ag STRIP kit (rapid test) and Panbio Early for Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (Elisa-NS1) were used, which results were immediately sent by e-mail. Reactive samples for NS1 were sent to Central IAL -SP for virus isolation. Between March 2009 and March 2011, 788 samples were analyzed by rapid test and 9,270 by Elisa, with 166 (25,7%) and 4,449 (47,9%) positive samples, respectively. Viral isolation was possible in 26 municipalities with 93,7% positives for serotype 1. The number of samples analyzed and the quick obtained results, contributed to optimize and expand dengue surveillance.

Key words. Dengue. Epidemiology. Laboratory diagnosis. NS1.

INTRODUÇÃO

Denomina-se dengue a enfermidade causada por um arbovírus da família Flaviviridae, gênero Flavivirus, que inclui quatro tipos imunológicos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. A infecção por um deles dá proteção permanente para o mesmo sorotipo e imunidade parcial e temporária contra os outros três.^{1,2} Atualmente, a dengue é a arbovirose mais comum que atinge o homem, sendo responsável por cerca de 100 milhões de casos/ano em população de risco de 2,5-3 bilhões de seres humanos.³ A febre hemorrágica da dengue (FHD) e a síndrome de choque da dengue (SCD) atingem pelo menos 500 mil pessoas/ano, apresentando taxa de mortalidade de até 10% para pacientes hospitalizados e 30% para os não tratados.⁴

No Brasil, existem registros de epidemias de dengue no Estado de São Paulo, que ocorreram nos anos de 1851/1853 e 1916 e no Rio de Janeiro, em 1923.⁵ Dessa época até o início da década de 1980 não se observaram novas ocorrências da doença em nosso meio. De novembro de 1981 a março de 1982, ocorreu a primeira epidemia documentada, clínica e laboratorialmente, na cidade de Boa Vista, Roraima, com circulação dos sorotipos 1 e 4.⁶ No período de 1986 a outubro de 1999, foram registrados no País 1.104.996 casos de dengue em 19 dos 27 Estados.¹ Até 1989, o sorotipo DEN-1 foi o responsável por epidemias e/ou surtos da doença no Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Ceará, Alagoas, Bahia e Pernambuco.⁷

No Estado de São Paulo, a dengue foi incluída no rol das doenças de notificação compulsória em 1986. Na região de Ribeirão Preto, a epidemia alcançou o pico em 1991, estendendo-se pelas regiões de São José do Rio Preto, Araçatuba e Bauru, confirmando as previsões de risco crescente de ocorrência da arbovirose.^{2,8} Em São José do Rio Preto ocorrem epidemias desde 1990, intercaladas com períodos inter-epidêmicos, sendo que em 1999 e 2001 foram muito expressivas, com 9.556 e 17.492 exames realizados de suspeitos de dengue, respectivamente.⁹ A partir de 1994, as epidemias têm apresentado maior vulto, espalhando-se por todas as regiões geográficas.⁷

Observa-se que a doença foi reconhecida há aproximadamente 200 anos e tem apresentado caráter epidêmico e endêmico variado, tendendo a agravar-se nos últimos anos.⁴ Diversos fatores se combinaram para produzir condições epidemiológicas nos países em desenvolvimento em regiões tropicais e subtropicais, favorecendo a transmissão viral pelo principal mosquito vetor, o *Aedes aegypti*: rápido crescimento da população, migração rural-urbana, insuficiência de infraestrutura urbana básica e aumento no volume de resíduos sólidos que proporcionam *habitat* larval em zonas urbanas.¹⁰

No início de 2009, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP) lançou a “Proposta de implantação da técnica de NS1 como fator de agilização da interrupção da transmissão da dengue” para execução, na rede de laboratórios do Instituto Adolfo Lutz (IAL) – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) – e laboratórios municipais credenciados, do teste rápido e Elisa para detecção do antígeno NS1. O antígeno NS1 é uma

proteína não estrutural reconhecida como marcador da fase aguda da infecção pelo vírus da dengue, período em que os métodos sorológicos baseados na detecção de anticorpos são de valor limitado.¹¹ Esse plano de ação considerou os desafios atuais de controle da doença, baseados na tendência de aumento das formas graves e óbitos por dengue, mudança do padrão etário da doença e possível reemergência do sorotipo DEN-2. Teve como finalidade detectar e controlar precocemente epidemias, melhorar o atendimento clínico aos suspeitos de dengue e diminuir a letalidade da doença.

OBJETIVO

Apresentar as ações desenvolvidas pelo Centro de Laboratório Regional do Instituto Adolfo Lutz de São José do Rio Preto – X (CLR – SJRP X), de forma articulada com os Grupos de Vigilância Epidemiológica de São José do Rio Preto (GVE XXIX) e de Jales (GVEXXX), vigilâncias epidemiológicas municipais e Superintendência de Controle de Endemias (Sucen/SES-SP), na implantação do teste rápido e Elisa para NS1 e os resultados obtidos.

METODOLOGIA

A região de abrangência das ações do CLR – SJRP X é a compreendida pelo Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto (DRS XV), que se localiza a Noroeste do Estado de São Paulo, com área geográfica de 24.496 km² e 1.480.128 habitantes (dados do DRS XV). É composta por 101 municípios, dos quais 66 pertencentes ao GVE XXIX, cuja sede é em São José do Rio Preto, e 35 ao GVE XXX, com sede em Jales.

A partir de 23 de fevereiro de 2009, atendendo sua missão no cumprimento da

proposta da SES-SP de implantação da sorologia para o NS1, o CLR – SJRP X teve como meta inicial o atendimento de 100% da demanda de exames dos municípios da área do DRS XV, com avaliações periódicas das suas necessidades. Para tanto, foram estabelecidas etapas para seu desenvolvimento, com o levantamento das necessidades nos municípios, considerando a capacidade instalada e a produção existente na rede, descritas a seguir.

- Organização de reuniões junto aos GVE regionais para treinamentos dos profissionais envolvidos nas ações de prevenção, tratamento e controle da doença. Coube ao CLR – SJRP X a apresentação, em aulas expositivas, das metodologias para detecção do NS1 (teste rápido e Elisa) e das instruções de coleta, acondicionamento e transporte das amostras e definição do fluxo dos resultados.
- Preparação do material de apoio pelo CLR – SJRP X e distribuição aos municípios e GVE, com elaboração de modelo específico para solicitação do teste NS1 (Anexo 1), contemplando as informações necessárias para cadastramento das amostras no Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH) do CLR – SJRP X.
- Preparação dos profissionais das equipes multisectoriais do CLR – SJRP X quanto à organização do fluxo de recebimento de amostras, com elaboração de escala de plantões em finais de semana e feriados e, ainda, capacitação dos profissionais técnicos do Núcleo de Ciências Biomédicas do CLR – SJRP X, para execução das técnicas, de acordo com as metodologias preconizadas pelos fabricantes dos *kits* comerciais.
- Execução dos testes para detecção do antígeno NS1 no CLR – SJRP X, com início da parte prática da implantação em 2 de março de 2009. Foram utilizados para os testes de presença do antígeno os *kits* BIO-RAD Dengue-NS1 Ag STRIP e BIOESY (teste rápido) e o *panbio early para enzyme linked immuno sorbent assay* (Elisa-NS1). Os exames foram realizados de segunda-feira a sábado, com liberação do resultado em 24-48h, no máximo, a fim de agilizar as medidas de controle da transmissão e melhorar o manejo clínico desses pacientes, conforme preconiza a proposta da SES-SP. As amostras de sangue foram coletadas até o terceiro dia do início dos sintomas de indivíduos que atendiam à definição de caso suspeito de dengue. Para pesquisa de anticorpos IgM, nas amostras coletadas após o sexto dia do início dos sintomas, o *kit* utilizado foi o *panbio para enzyme linked immuno sorbent assay* e BIO-RAD (Elisa – IgM).
- Informação dos resultados imediatamente, por *e-mail*, para as instituições solicitantes, com cadastro diário no SIGH para emissão e acesso dos resultados pelos GVE, por meio do sistema de informação.
- Encaminhamento de todas as amostras reagentes para o NS1 ao IAL – Central, São Paulo, SP, para

isolamento viral e identificação do sorotipo circulante na região.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de março de 2009 a março de 2010, 59 (71,2%) municípios da região do GVE XXIX e 13 (15,8%) da região do GVE XXX coletaram amostras de sangue para pesquisa do NS1 e as encaminharam ao CLR – SJRP X (Tabela 1). Segundo a técnica utilizada, 788 amostras foram testadas pelo teste rápido e 9.270 por Elisa, com 166 (21,1%) e 4.439 (47,9%) amostras positivas, respectivamente. Ressalta-se que a seleção para utilização da técnica foi baseada no número de amostras a serem analisadas, naquele momento, para melhor aproveitamento dos testes. Foram também analisadas 12.429 amostras com solicitação de Elisa IgM, procedentes de 99 municípios, que resultaram em 7.159 (57,6%) amostras positivas.

Esses números mostram maior adesão dos municípios do GVE XXIX à proposta da SES-SP, motivada possivelmente pelos recursos e apoio das instituições responsáveis pela implantação, proximidade geográfica do CLR-X, facilitando assim o transporte rápido e em finais de semana, e por constituir uma área com maior densidade demográfica, consequentemente com maior número de suspeitos.

Conforme definido com o serviço de vigilância epidemiológica, quando havia critério para o teste NS1, foi utilizada a ficha de solicitação específica e os demais procedimentos não foram alterados, sendo aplicados de acordo com o protocolo de atendimento dos suspeitos de dengue, já estabelecido nos anos anteriores pela SES-SP, quanto à notificação, investigação e solicitação do teste Elisa IgM para coleta a partir do sexto dia de início dos sintomas. Nos casos de NS1 com resultados negativos, os pacientes suspeitos foram orientados a retornar ao serviço de saúde para nova coleta de sangue, para investigação da presença de anticorpos IgM contra o vírus da dengue.

Foi possível a identificação dos sorotipos circulantes em 382 (89,8%) das 425 amostras procedentes de 26 (25,7%) municípios. No período estudado, houve predomínio do sorotipo 1, com 93,7% dos isolamentos (Tabela 2). Os municípios com transmissão e a distribuição dos sorotipos isolados estão demonstrados na Figura 1. Foi observado também alto índice de concordância (89,8%) entre os resultados reagentes para NS1 e os de isolamento viral. Além da abrangência da área estudada, é importante ressaltar o número de amostras coletadas para isolamento de vírus e o percentual de positividade em relação aos anos anteriores (Figura 2). Tal

Tabela 1. Número e percentual de municípios com coleta e positividade para o NS1, distribuído por GVE, no período de março de 2009 a março de 2010.

Distribuição	Total de municípios		Municípios com coleta		Municípios sem coleta		Resultados reagentes		Resultados não reagentes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GVE XXIX	66		59	71,2	7	24,1	4561	99,0	5249	98,5
GVE XXX	35		13	15,8	22	75,9	44	1,0	79	1,5
TOTAL	101		82	81,3	29	28,7	4605	100	5328	100

Fonte: IAL-SIGH

resultado, possivelmente, se deve à coleta oportuna das amostras no período apropriado, coincidente com o do NS1, o que talvez não tenha ocorrido nos anos anteriores, além do fluxo bem estabelecido entre o CLR-X e IAL Central.

Tabela 2. Isolamento viral para dengue, nos municípios do DRS XV, no período de março de 2009 a março de 2010.

Municípios	Dengue 1	Dengue 2	Dengue 3	Total
Bady Bassitt	22			22
Cedral	2			2
Fernandópolis	8			8
Icem			3	3
Ipiguá	7			7
Jales	1			1
José Bonifácio	1			1
Magda	4			4
Mirassol	11			11
Mirassolândia	1			1
Monções	1			1
Neves Paulista	1	1		2
Nova Aliança	1	1		2
Orindiúva	3			3
Palestina	1			1
Palmares Paulista			1	1
Pedranópolis	1			1
Pontalinda	1			1
Potirendaba	5			5
Riolândia	7			7
Santa Fé do Sul		2	3	5
São José do Rio Preto	182	7	6	195
Tanabi	39			39
Uchoa	1			1
Valentim Gentil	1			1
Votuporanga	57			57
Total	358	11	13	382

Fonte: IAL-SIGH

O conhecimento do sorotipo circulante prevalente é um importante sinalizador do comportamento da ocorrência e transmissão da dengue. Observa-se o retorno da prevalência do sorotipo 1, evidenciado também na epidemia de 1999, e a circulação simultânea dos sorotipos 2 e 3. O sorotipo 3 começou a circular a partir de 2001, com detecção de casos autóctones em 2002 em Catanduva (GVE XXIX),⁹ o qual apresenta sintomatologia mais grave,

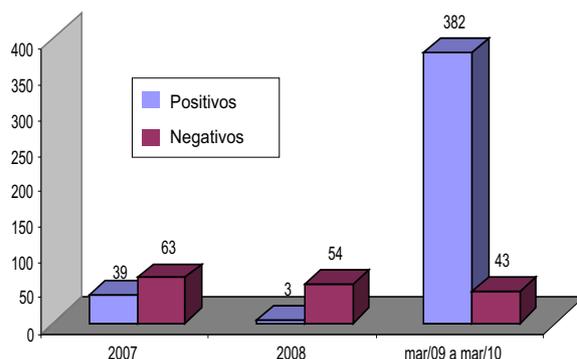
sugerindo maior virulência deste sorotipo. A circulação do sorotipo 3 é um fator preocupante, justificado pela alta susceptibilidade da população a este novo sorotipo, ocorrência de infecções prévias pelo sorotipo 1 ou 2 e a virulência da cepa, o que pode aumentar a dimensão da epidemia e sua gravidade.¹²

GVE XXX



Fonte: DRS XV/IAL-SIGH

Figura 1. Distribuição de sorotipos de dengue 1, 2 e 3, nos GVE XXIX e XXX, segundo município de ocorrência e com transmissão, de março de 2009 a março de 2010.



Fonte: IAL Central/SIGH

Figura 2. Distribuição de amostras com realização de isolamento viral para dengue, oriundas da região do GVE XXIX e GVE XXX, de 2007 a março/2010.

CONCLUSÃO

Analisando os aspectos positivos da implantação do teste NS1 na região, durante o período estudado, destaca-se a

diminuição do tempo de retorno do resultado, o que representa um fator importante para o paciente, médico assistente, vigilância epidemiológica e para as ações de controle dos vetores, incluindo neste tópico as ações de prevenção na mobilização social, técnica e política.

Considerando as justificativas da proposta de implantação da SES-SP, de agilida-

de na confirmação de dengue para interrupção precoce da transmissão e o aprimoramento do manejo clínico dos casos suspeitos, pode-se concluir que o CLR - SJRP forneceu subsídios para concretização, por parte dos municípios, desses objetivos, quando se considera o volume de amostras coletadas e analisadas, com qualidade, e os resultados liberados, prontamente.

REFERÊNCIAS

1. Borges SMAA. Importância epidemiológica do *Aedes albopictus* nas Américas [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.
2. Pontes RJS, Ruffino-Netto A. Dengue em localidade urbana da região sudeste do Brasil: aspectos epidemiológicos. Rev Saúde Pública. 1994;28(3):218-27.
3. World Health Organization - WHO. Dengue haemorrhagic fever - diagnosis, treatment, prevention and control. 2nd edition. Geneva: WHO; 1997.
4. Holmes EC, Bartley LM, Garnet GP. The emergence of dengue past, present and future In: Krause RM, editor. Emerging infectors. London: Academic Press; 1998. p. 301-25.
5. Fraiha H. Reinfestação do Brasil pelo *Aedes aegypti*. Considerações sobre o risco de urbanização do vírus da febre amarela silvestre na região reinfestada. Rev Inst Med Trop São Paulo. 1968;10(5):289-94.
6. Osanai CH. A epidemia de dengue em Boa Vista, território federal de Roraima, 1981-1982 [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1984.
7. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Zoonoses. Informe técnico: Dengue, 2002. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/zoo/dengue_inf2103.htm.
8. Costa AIP. Identificação de unidades ambientais urbanas como condicionantes da ocorrência de *Aedes aegypti* (Diptera Culicidae) e de dengue na cidade de São José do Rio Preto, SP, em 1995 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1995.
9. Maia MICE, Pagliusi RA, Estécio TCH, Santos ACD, Akita MC, Menezes AC. Estudo do comportamento sorológico de dengue na região de São José do Rio Preto-SP, no período de janeiro de 1999 a julho de 2003. Bol Inst Adolfo Lutz. Ano 13, n.3, p. 3-32, 2003:30.
10. World Health Organization - WHO. 2005. Epidemic and pandemic alert and response: impact of dengue. World Health Organization, Geneva, Switzerland. [online]. Disponível em: <http://>

www.who.int/csr/disease/dengue/impact/en/index.html.

11. Alcon S, Talarmin A, Debruyne M, Falconar A, Deubel V, Flamand M. Enzyme-linked immunosorbent assay specific to dengue virus type 1 nonstructural protein NS1 Reveals circulation of the antigen in the blood during the acute Phase of disease in patients experiencing primary or secondary infections. J Clin Microbiol. 2002;40:376-81.
12. Passos MNP, Santos LMJG, Pereira MRR, Casali CG, Fortes BPMD, Valencia LIO et al. Diferenças clínicas observadas em pacientes com dengue causadas por diferentes sorotipos na epidemia de 2001/2002, ocorrida no município do Rio de Janeiro. Rev Inst Med Trop São Paulo. 2004;37(4):293-5.

Correspondência/correspondence to:

Ivete Aparecida Zago Castanheira de Almeida
Rua Alberto Sufredine Bertoni, 2325 – Maceno
CEP: 15060-020 – São José do Rio Preto/SP – Brasil
Tel.: 55 17 3224-2602
E-mail: iazcalmeida@ial.sp.gov.br

ANEXO I

Secretaria Municipal de Saúde do Município de:			
<p>Solicitação Teste sorológico de detecção da proteína NS1 (DENGUE) OBS: Coleta somente para pacientes com sintomas entre 1º e 3º dias</p>			
Nome da unidade:	CNES:		
Nome do paciente:			
Data dos 1º sintomas:	Coleta: / / Ho ra: :		
Pront. Nº:			
CNS:	SINAN:		
Data de Nascimento: / /	Vacina F Amarela: ()Sim ()Não		
Sexo: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">F</td></tr></table>	M	F	Gestante: ()Sim ()Não
M			
F			
Endereço:			
Nº:	Bairro:		
Município de Residência:	Estado:		
<p>_____</p> <p>Assinatura e carimbo do profissional solicitante</p>			
<p>O EXAME SÓ SERÁ REALIZADO SE A SOLICITAÇÃO ESTIVER COMPLETAMENTE PREENCHIDA E LEGÍVEL</p>			
Instituto Adolfo Lutz	Recebimento no IAL: / / Hora: :		
Rua: Alberto Sufredini Bertoni, 2325	Funcionário:		

Os quatro sorotipos virais causam os mesmos sintomas – febre, cefaléia, mialgia (dores no corpo) e atralgia (nas articulações), dor retrorbital (dor atrás dos olhos), exantema, diarreia e vômito, entre outros. Do ponto de vista clínico, não existe diferença entre os sorotipos, inclusive no que diz respeito ao manejo clínico dos casos.

Com o objetivo de ampliar a capacidade de diagnóstico virológico e aprimorar o monitoramento da circulação viral de dengue após o isolamento do sorotipo DENV 4 no Estado de São Paulo, o Instituto Adolfo Lutz implantou o método de PCR em tempo real para detecção do genoma do vírus dengue, utilizando a técnica de Johnson BW, Russell BJ, Lanciotti RS (2005). Essa ferramenta permitirá ampliar a detecção da circulação viral no Estado de São Paulo, sendo inicialmente descentralizada para o IAL de São José do Rio Preto.

A avaliação realizada pelo IAL de 30 amostras positivas para dengue na região de São José do Rio Preto, no período de 7 a 12 de abril de 2011, confirmou 18 amostras positivas para DENV 1, 1 para DENV 2 e 11 para DENV 4, sendo essas últimas procedentes dos municípios de São José do Rio Preto e Paulo de Farias (3 e 8 amostras, respectivamente). A distribuição dos casos de dengue pelo DENV 4 segundo local de residência: 2 no município de São José do Rio Preto e 9 em Paulo de Faria; em relação ao local provável de infecção: 1 município no São José do Rio Preto e 10 em Paulo de Faria.

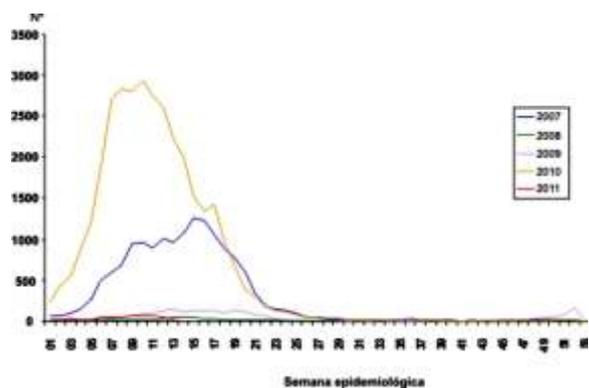
Em relação à situação epidemiológica da dengue nas 12 semanas epidemiológicas de 2011, no município de São José do Rio Preto observa-se um coeficiente de incidência menor quando

comparado ao mesmo período de 2010. Por outro lado, Paulo de Faria apresenta coeficiente de incidência maior em 2011 comparado com 2010 (Tabela 1; Figura 2).

Tabela 1. Número de casos de dengue e coeficiente de incidência por 100.000 habitantes, nos municípios de São José do Rio Preto e Paulo de Faria e no Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José do Rio Preto, SE 01 a 12 de 2010 e SE 01 a 05 de 2011.

Município e GVE	2010		2011	
	Nº casos	Coeficiente incidência	Nº casos	Coeficiente incidência
Paulo de Faria	25	291,07	32	372,57
São José do Rio Preto	17.113	4189,9	210	51,42
GVE 29	21.768	1791,5	568	46,75

Fonte: SinanNET. Dados provisórios atualizados em 02/05/2011



Fonte: SinanNET. Dados provisórios atualizados em 06/04/2011

Figura 2. Casos confirmados de dengue, segundo ano e semana epidemiológica do início dos sintomas. Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José do Rio Preto, 2007 a 2011.

Descrição dos casos

A investigação dos casos de dengue na região de São José do Rio Preto confirma a transmissão do sorotipo DENV 4 na região, com a ocorrência de 11 casos autóctones (dados atualizados em 12/04/2011). Esses casos confirmados se distribuem temporalmente de 10 de fevereiro a 27 de março de 2011 segundo data do início de sintomas (Figura 3).



Fonte: Ficha de investigação epidemiológica

Figura 3. Casos de dengue pelo sorotipo DENV 4, segundo município de residência e data de início dos sintomas. Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José do Rio Preto, SP, 2011.

A Figura 4 mostra a distribuição dos casos confirmados de dengue pelo sorotipo DENV 4 segundo faixa etária, com predomínio entre 15 a 44 anos. A avaliação dos casos confirmados do município de Paulo de Faria (n=8) mostrou presença de sinais e sintomas da doença compatíveis com a classificação de dengue clássico (Figura 5). Todos os casos (n=11) evoluíram para cura, sem internação hospitalar e apenas um caso apresentou manifestação hemorrágica (epistaxe).

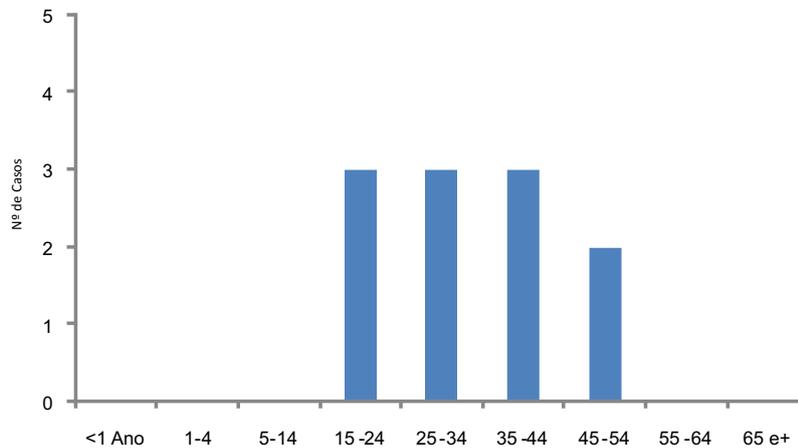
Medidas adotadas

Com vistas a minimizar o impacto da transmissão do DENV 4, foram propostas, com a participação de representantes da Vigilância Epidemiológica e Controle de Vetores dos municípios de São José do Rio Preto e Paulo de Faria, equipe técnica do GVE XXIX, Divisão de Zoonoses do Centro de Vigilância Epidemiológica – “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE), Departamento Regional de Saúde (DRS), IAL central e regional e da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen Regional) as seguintes ações:

- Investigação de campo: visita domiciliar ao primeiro caso confirmado de DENV 4 para investigar local provável de infecção e busca ativa de casos novos na região.
- Intensificação da notificação e investigação de casos suspeitos de dengue na região, da vigilância virológica e das atividades de educação em saúde e mobilização social.
- Reavaliação dos testes de NS1 positivos e negativos da região de São José do Rio Preto.
- Implantação da técnica de diagnóstico de reação em cadeia da polimerase em tempo real (PCR-RT) na região.
- Ações de controle de vetor: foram desencadeadas as ações de bloqueio para o controle das formas imaturas do vetor, a partir da notificação dos primeiros casos suspeitos, e complementadas, com intervenção sobre as formas adultas, quando da

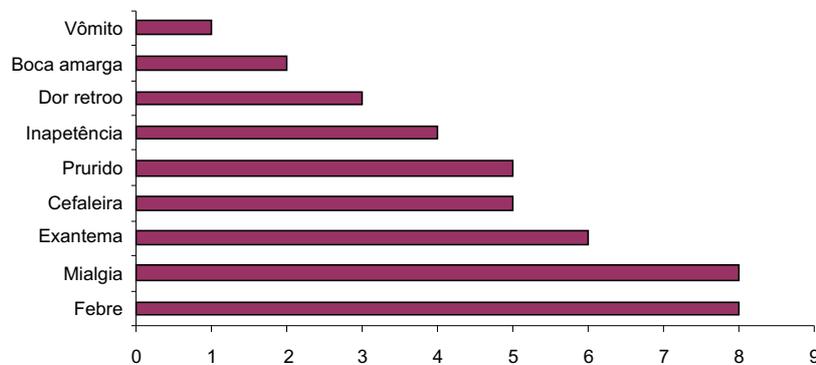
confirmação do caso. As ações e bloqueio da transmissão da doença foram desenvolvidas pelas equipes do município de São José

do Rio Preto e Paulo de Faria, com apoio técnico e suplementação da Sucen e atingiram a totalidade dos casos confirmados.



Fonte: Ficha de investigação epidemiológica

Figura 4. Distribuição de casos confirmados de dengue pelo sorotipo DENV 4 segundo faixa etária. Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José do Rio Preto, SP, 2011.



Fonte: Ficha de Investigação Epidemiológica

Figura 5. Frequência de sinais e sintomas dos casos confirmados de dengue pelo sorotipo DENV 4 em residentes do município de Paulo de Faria, fevereiro e março de 2011.

Correspondência/correspondence to:

Melissa Mascheretti
 Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – Cerqueira Cesar
 CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
 Tel: (11) 3066-8296 – dvzoo@saude.sp.gov.br

Atividade viral na fase pós-pandêmica – Atualização 05/05/2011

Viral Activity in the Post Pandemic Phase – Update 05/05/2011

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Panorama global

De maneira geral, a atividade do vírus influenza encontra-se baixa em nível global. Nas regiões temperadas do hemisfério norte a atividade viral está em declínio ou já retornou aos níveis basais, sendo que nos países da zona tropical a atividade é baixa na maioria das áreas. Nos países do hemisfério sul, a sazonalidade da influenza encontra-se em curso.

Na América do Norte a atividade viral permanece em declínio. No Canadá o percentual atual de hospitalizações relacionadas à influenza tem diminuído, assim como a porcentagem total das amostras coletadas positivas para o vírus influenza. Outrossim, a detecção do vírus influenza A predominou durante a maior parte da recente temporada, enquanto o vírus influenza B tem aumentado proporcionalmente.

Nos Estados Unidos, a proporção de consultas ambulatoriais relativas à síndrome gripal permanece abaixo da linha basal, assim como os óbitos relatados devido à pneumonia e influenza registraram declínio recente. Entre os vírus influenza A identificados, houve predominância do A(H3N2), seguido do A(H1N1) 2009 e influenza B. No México houve detecção viral baixa, porém com aumento proporcional do vírus influenza A(H1N1) 2009. Entre março e abril de 2011, houve registro de surto de influenza A, com cerca de 400 casos de

síndrome gripal e infecção respiratória aguda grave, sendo 22% destes confirmados para o vírus pandêmico H1N1 2009 e 14 óbitos, parte deles em adultos saudáveis, inclusive uma gestante.

Na Europa a atividade viral permanece em declínio, com co-circulação dos vírus influenza pandêmico H1N1 2009 e vírus influenza B, com predominância deste último. No Norte da África, Oriente Médio e Norte da Ásia também houve declínio da atividade viral; na sazonalidade houve co-circulação de influenza B e influenza pandêmico H1N1 2009. Vale ressaltar o relato recente de surto institucional de influenza A(H1N1) 2009 no Butão (Ásia).

Nos países da zona tropical a atividade viral apresenta-se localizada. Nas Américas, não houve relato de transmissão comunitária significativa na América Central e Caribe. Entretanto, na Venezuela houve registro recente de aumento de casos relacionados ao vírus influenza pandêmico H1N1 2009 e 12 óbitos em indivíduos com doenças subjacentes.

Na África, região central, observou-se aumento de detecção viral e evidente circulação do vírus influenza A(H3N2). Nos países de zonas temperadas do hemisfério sul a atividade da influenza permanece baixa, com circulação do vírus influenza A(H3N2) na Austrália. Na

América Central, Caribe, Região Andina e Cone Sul a atividade viral também permaneceu baixa, com co-circulação de influenza A e B.

Desse modo, na presente sazonalidade, houve circulação de vírus influenza A e influenza B, em destaque os vírus influenza A(H3N2), influenza pandêmico H1N1 2009 e influenza B. Cabe salientar que os vírus subtipados, até então, fazem parte das estirpes existentes na atual vacina trivalente sazonal.

No que se refere à influenza aviária A(H5N1), contabilizaram-se 552 casos e 322 óbitos (letalidade 58%), de 2003 a 21/04/2011. Em 2011, houve evidência de atividade registrada em Bangladesh, Camboja, Egito e Indonésia.

Brasil

Em 2009, no Brasil, a taxa de incidência de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por influenza pandêmica H1N1 2009 foi de 14,5 casos para cada 100 mil habitantes. Observou-se que a pandemia

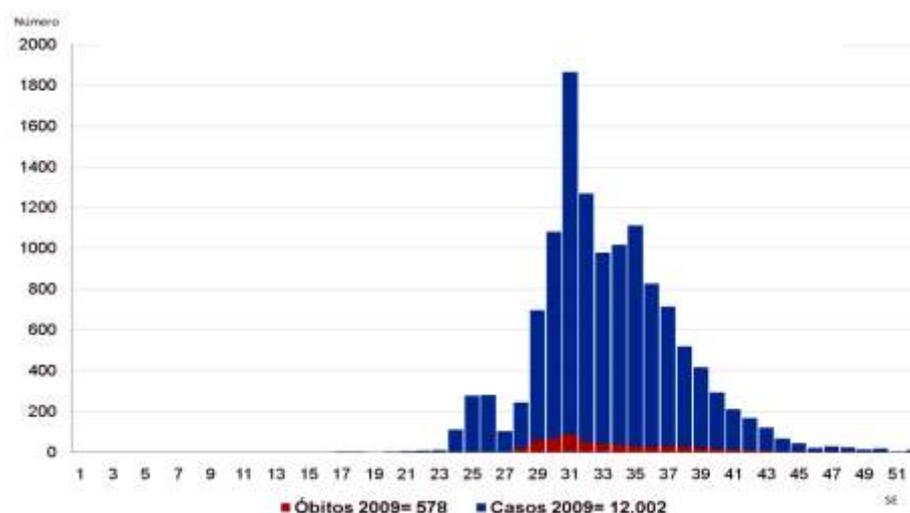
afetou com maior intensidade as regiões Sul e Sudeste (66,2/100.000 e 9,7/100.000 habitantes, respectivamente).

Entre as semanas epidemiológicas (SE) 03/10 a SE 52/10, foram notificados 9.473 casos de SRAG hospitalizados (SRAGH) correspondentes às cinco regiões brasileiras. Desses, 801 casos e 104 óbitos foram confirmados para influenza pandêmica H1N1, segundo o GT-Influenza da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Estado de São Paulo

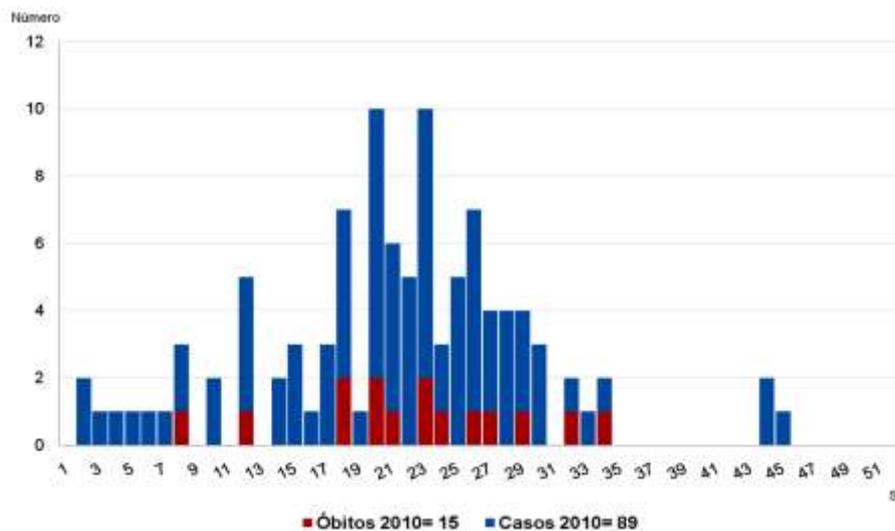
No Estado de São Paulo (ESP), em 2009, foram confirmados 12.002 casos e 578 óbitos de influenza pandêmica H1N1 2009 (Gráfico 1). Entre os óbitos, 56 (9,6%) foram gestantes.

Em 2010, foram confirmados para a influenza pandêmica A(H1N1) 2009 89 casos e 15 óbitos (Gráfico 2) de pacientes com diagnóstico de SRAGH, sendo um óbito de gestante no segundo trimestre gestacional.



Fonte: Sinan Web (até 05/05/2011)

Gráfico 1. Distribuição dos casos confirmados e óbitos de influenza pandêmica H1N1 2009, por semana epidemiológica. Estado de São Paulo, 2009.



Fonte: Sinan Web (até 05/05/2011)

Gráfico 2. Distribuição dos casos confirmados e óbitos de influenza pandêmica H1N1 2009, por semana epidemiológica. Estado de São Paulo, 2010.

Em 2011, até a SE 15, foram notificados 135 casos de SRAGH, porém não houve confirmação nem óbito pelo vírus pandêmico H1N1 2009 registrados no SinanWeb.

Vigilância sentinela da influenza

O Programa Global de Influenza monitora a atividade da influenza em nível mundial. Tem por base os dados epidemiológicos e virológicos reportados pela Rede de Vigilância Mundial de Influenza, na qual o Brasil e, por conseguinte, o Estado de São Paulo encontram-se inseridos.

Atualmente, o Brasil contabiliza 58 unidades-sentinela ativas de vigilância da influenza, distribuídas em todas as unidades da federação. O objetivo é monitorar as cepas virais circulantes, com vistas à adequação imunogênica da vacina trivalente anual. O São Paulo conta com dez unidades-sentinela para a vigilância da influenza, estrategicamente distribuídas na Grande São Paulo e Interior.

No Gráfico 3 visualiza-se o histórico do percentual de identificação dos vírus respi-

ratórios nas unidades-sentinela do Estado, por meio de imunofluorescência indireta (IFI), entre os anos 2007 e 2011. Em 2009, houve um percentual significativo de identificação do vírus influenza A, entre janeiro e setembro, com predominância do vírus influenza pandêmico H1N1 2009.

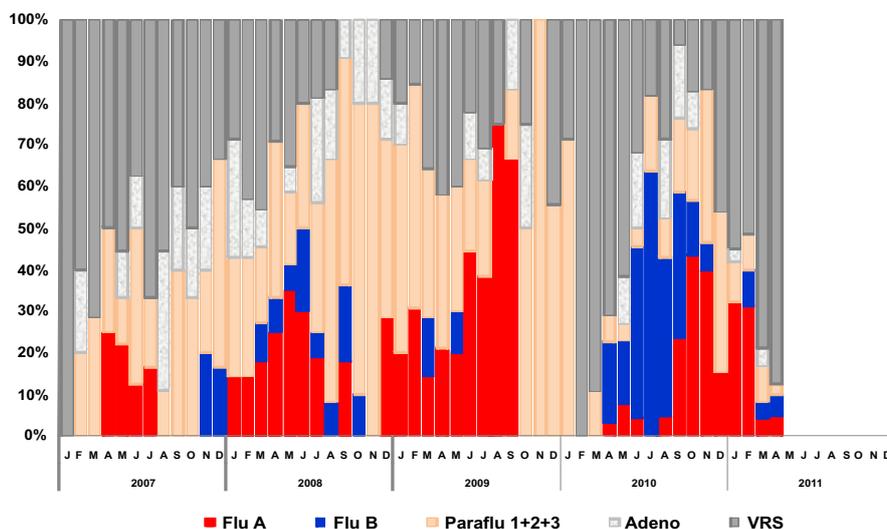
Em 2010 foram coletadas 1.975 amostras biológicas, sendo que 13% (n=262) foram positivas para o painel de vírus respiratórios (IFI). Na sequência, 46% VSR, 17% influenza B, 16% influenza A, 15% parainfluenza 1, 2 e 3 e 6% adenovírus.

A distribuição dos vírus respiratórios por faixa etária foi a seguinte: 62% na de 0-4 anos (VSR); 39% na de 15-24 anos (influenza A); e 63% na de 25-59 anos (influenza B). O percentual médio de atendimentos nas unidades por síndrome gripal foi de 15%, com maior carga nas faixas etárias de 0-14 anos e 25-59 anos.

Na sazonalidade de 2010 houve co-circulação do vírus influenza A(H1N1) 2009 pandêmico, influenza A(H3N2) e influenza B, com evidente predomínio dos dois últimos no Estado, padrão compatível com o cenário

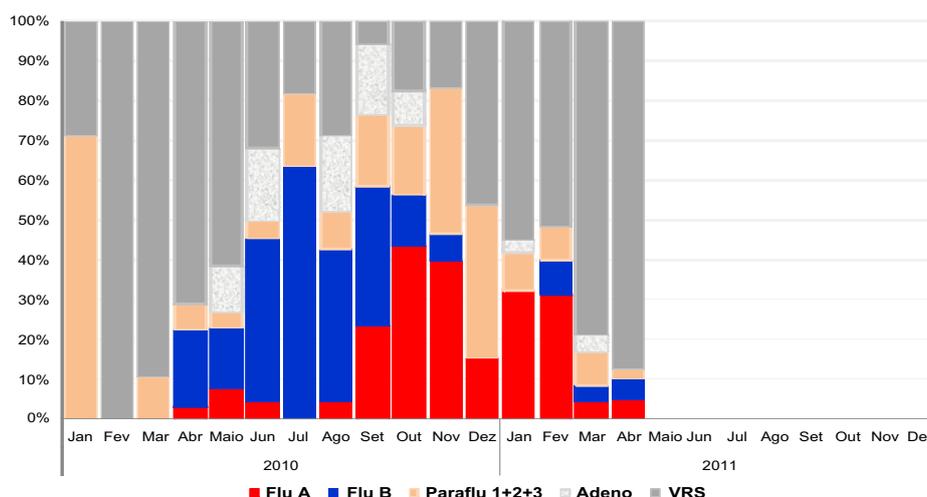
global. Até a SE 15/2011, no Estado de São Paulo foram coletadas 405 amostras clínicas, com um percentual de positividade de 35% (n=143) no Sivep-Gripe (IFI). Dentre essas, 66% para VSR, 19% influenza A, 8% parainfluenza 1, 2 e 3, 5% influenza B e 2% adenovírus (Gráficos 3 e 4). Cerca de 264 amostras foram processadas pela RT-PCR para o vírus influenza, sendo identificado o vírus A(H3N2) em 31% delas e em 5% o vírus influenza B.

Em referência ao percentual de síndrome gripal (SG) nos atendimentos de clínica médica e pediatria nas unidades-sentinelas, observou-se, em 2010, uma tendência ascendente de atendimentos em relação aos anos anteriores, entre as SE 8 e 28 e a partir da SE 40 (Gráfico 5). Vale assinalar que houve acréscimo de mais três unidades-sentinelas ao sistema naquele ano. Desse modo, em 2011, o percentual de SG observado apresentou variação positiva, principalmente entre as SE 6 e 11.



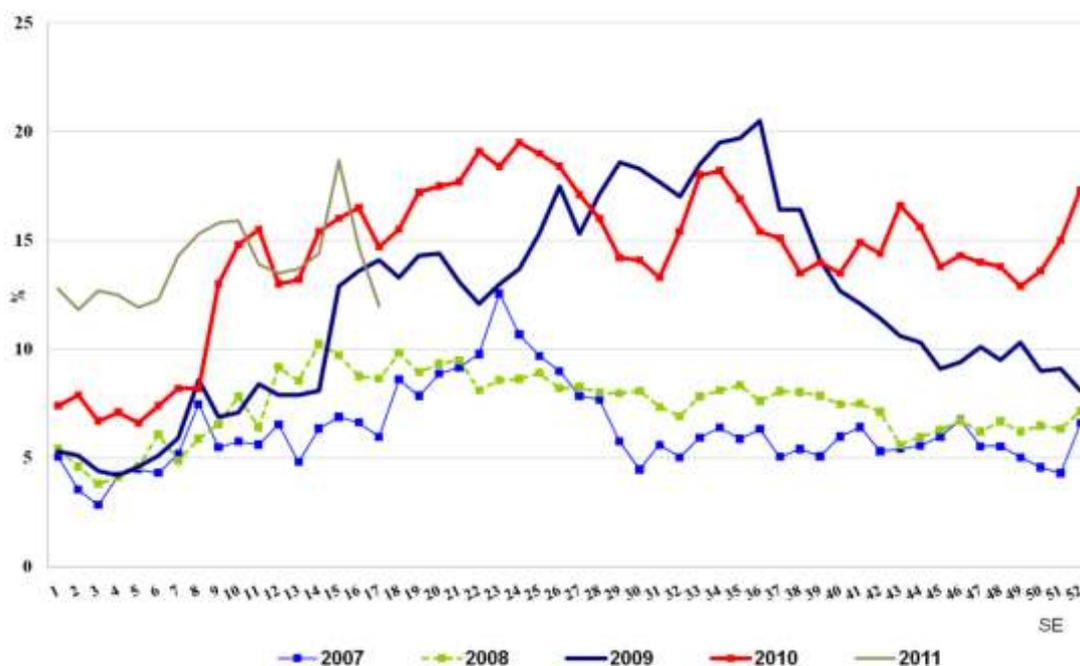
Fonte: Sivep Gripe (até 05/05/11)

Gráfico 3. Distribuição do percentual de identificação dos vírus respiratórios (IFI) nas unidades-sentinelas do Estado de São Paulo, segundo mês e ano, 2007 a 2011.



Fonte: Sivep Gripe (até 05/05/2011)

Gráfico 4. Distribuição do percentual de identificação dos vírus respiratórios (IFI) nas unidades-sentinelas do Estado de São Paulo, segundo mês, 2010 e 2011.



Fonte: Sivep Gripe (até 05/05/11)

Gráfico 5. Distribuição da porcentagem de atendimentos de síndrome gripal (SG) pelo total de atendimentos de clínica médica/pediatria nas unidades-sentinela do Estado de São Paulo, 2007 a 2011.

Durante a campanha de vacinação contra influenza pandêmica H1N1 2009 para grupos prioritários, realizada em 2010, foram aplicadas 21.047.017 doses no Estado de São Paulo. Em 2011, a campanha de vacinação contra influenza 25 de abril a 13 de maio. O vírus influenza pandêmico H1N1 2009 foi incorporado à vacina trivalente, utilizada nessa campanha, sendo vacinados, além dos idosos com 60 anos ou mais de idade, profissionais de saúde, povos indígenas, gestantes e crianças entre 6 meses e 1 ano e 11 meses de idade, o que representa aproximadamente 6,7 milhões de pessoas.

As recomendações de alerta e medidas de prevenção individual (lavagem frequente das mãos, uso de lenços descartáveis ao tossir e espirrar etc.) e ambiental (ambientes ventilados e limpos) devem ser mantidas e fortalecidas, além de atenção especial com crianças, gestantes,

portadores de doenças crônicas (cardiopatas, diabetes, asma brônquica, nefropatias etc.) e idosos.

Ao surgirem sinais e sintomas de influenza (gripe) ou resfriado, como febre, tosse e dor de garganta, as pessoas não devem tomar remédios por conta própria (pois eles podem mascarar sintomas e dificultar o diagnóstico) e sim procurar o serviço de saúde mais próximo.

Recomenda-se fortemente que todos os serviços de saúde em nível estadual e municipal alertem seus principais equipamentos públicos e privados para que os profissionais de saúde continuem a priorizar:

- a) a detecção precoce e o monitoramento de eventos incomuns;
- b) a investigação de casos graves individuais ou em situações de surto;

- c) o monitoramento das infecções respiratórias agudas e os vírus circulantes;
- d) a manutenção e atualização dos fluxos e sistemas de informações;
- e) o monitoramento dos grupos de risco aumentado para desenvolvimento de doenças graves; e
- f) atenção às mudanças do padrão antigênico e genético dos vírus circulantes, como também o aparecimento de resistência antiviral.

REFERÊNCIAS

1. Informe epidemiológico – Influenza Pandêmica (H1N1) 2009. Edição nº 11, Dezembro de 2009. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_influenza_se_47.p Acesso: dezembro de 2010.
2. H1N1 in post-pandemic period – World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_vpc_20100810/en/index.html. Acesso: dezembro de 2010.
3. H1N1 in post-pandemic period – World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/csr/disease/influenza/2010_12_30_GIP_surveillance/en/index.html. Acesso: janeiro de 2011.
4. H1N1 in post-pandemic period – World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance_post_pandemia_20100812/en/index.html. Acesso: janeiro de 2011.
5. Global Alert and Response (GAR). Influenza update – April 8-21, 2011. Disponível em: http://www.who.int/csr/disease/influenza/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html. Acesso: abril de 2011.
6. PAHO Epidemiological Alert. Regional Update EW 15. Influenza - April 26, 2011. Disponível em: http://ais.paho.org/hip/viz/ed_flu.asp Acesso em 26/4/11.
7. Informe Técnico – Campanha de Vacinação contra Influenza. SES-SP. Abril 2011. Disponível em : <http://www.cve.saude.sp.gov.br> Acesso em 25/4/11.

Correspondência/correspondence to:

Telma Regina M. P. Carvalhanas
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – Cerqueira Cesar
CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel: (11) 3066-8236 – dvresp@saude.sp.gov.br

Obs: informações adicionais consultar o endereço eletrônico do CVE:
<http://www.cve.saude.sp.gov.br>

Instruções aos Autores

Missão

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

Política editorial

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

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

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

Tipos de artigo

Artigos de pesquisa – Apresentam resultados originais provenientes de estudos sobre quaisquer aspectos da prevenção e controle de agravos e de promoção à saúde, desde que no escopo da epidemiologia, incluindo relatos de casos, de surtos e/ou vigilância. Esses artigos devem ser baseados em novos dados ou perspectivas relevantes para a saúde pública. Devem relatar os resultados a partir de uma perspectiva de saúde pública, e podem, ainda, ser replicados e/ou generalizados por todo o sistema (o que foi encontrado e o que a sua descoberta significa).

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

Comunicações rápidas – São relatos curtos destinados à rápida divulgação de eventos significativos no campo da vigilância à saúde. A sua publicação em versão impressa pode ser antecedida de divulgação em meio eletrônico.

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

Informe técnico – Texto institucional que tem por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Inclui, ainda, a divulgação de práticas, políticas e orientações sobre promoção à saúde e prevenção e controle de agravos.

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

Pelo Brasil – Deve apresentar a análise de um aspecto ou função específica da promoção à saúde, vigilância, prevenção e controle de agravos nos demais Estados brasileiros.

Atualizações – Textos que apresentam, sistematicamente, atualizações de dados estatísticos gerados pelos órgãos e programas de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças do Estado de São Paulo.

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

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

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

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

Apresentação dos trabalhos

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

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

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

Boletim Epidemiológico Paulista

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 135
Cerqueira César – São Paulo/SP, Brasil
CEP: 01246-000
bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

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

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

