

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

BEPA 170

Volume 15 número 170 fevereiro/2018

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 15 Nº 170

fevereiro de 2018

Nesta edição

Editorial	1
Avaliação da rotulagem de produtos para cabelo comercializados em cidades do Estado de São Paulo <i>Assessing the labeling of the hair products sold in Sao Paulo</i>	3
O (novo) paradigma de financiamento do SUS: as incertezas na garantia do financiamento para as ações de atenção primária à saúde e para as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde <i>The (new) financing paradigm of SUS: the uncertainties in guaranteeing the financing for the primary health care actions and for the health actions prevention, promotion and protection</i>	11
Surto de Hepatite A no estado de São Paulo <i>Hepatitis A outbreak in the state of São Paulo</i>	13
Relato do IX Fórum Estadual de Promoção da Saúde e do VI Encontro de Experiências Bem Sucedidas em Promoção da Alimentação Saudável <i>Report on the IX State Forum on Health Promotion and the Sixth Meeting of Successful Experiences in Promoting the Healthy Eating</i>	17
Secretaria da Saúde já acompanha mais de 400 usuários de Terapia Pré-Exposição (PrEP) <i>Secretary of Health has already followed more than 400 users of the Pre-Exposure Therapy (PrET)</i>	21
Epidemiologia e controle da leishmaniose visceral americana no estado de São Paulo, Brasil. Análise crítica e diagnóstico diferencial da leishmaniose visceral canina no município de Espírito Santo do Pinhal, 2010 - 2014 <i>Epidemiology and control of American visceral leishmaniasis in the state of São Paulo, Brazil. Critical analysis and differential diagnosis of canine visceral leishmaniasis in the municipality of Espírito Santo do Pinhal, 2010 - 2014</i>	23
Instruções aos Autores <i>Author's Instructions</i>	25

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

Av. Dr Arnaldo, 351
1º andar – sala 124

CEP: 01246-000 – Pacaembu
São Paulo/SP – Brasil

Tel.: 55 11 3066-8823/8824/8825

E-mail: bepa@saude.sp.gov.br

<http://www.ccd.saude.sp.gov.br>

<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

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 fim comercial.

Para republicação deste material,
solicitar autorização dos editores.

Editor Geral: Marcos Boulos

Editor Executivo: Clelia Aranda

Editores Associados:

Dalton Pereira Fonseca Junior – Sucen/SES-SP

Hélio Hehl Caiaffa Filho – IAL/CCD/SES-SP

Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP

Luciana Hardt – IP/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

Regiane Cardoso de Paula – CVE/CCD/SES-SP

Comitê Editorial:

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP

Angela Tayra – CRT/Aids/CCD/SES-SP

Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – IB/SES-SP

Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP

Dalva Marli Valério Wanderley – Sucen/SES-SP

Juliana Galera Castilho – IP/CCD/SES-SP

Maria Bernadete de Paula Eduardo – CVE/CCD/SES-SP

Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP

Patrícia Sanmarco Rosa – ILSL/SES-SP

Coordenação Editorial:

Kátia Rocini

Sylia Rehder

Maria de Fátima Costa Pires

Lilian Nunes Schiavon

Mirthes Ueda

Revisão:

Kátia Rocini

Projeto gráfico/editoração:

Kleiton Mendes de Brito

Marcos Rosado

Maria Rita Negrão

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

Consultores Científicos:

Alexandre Silva – CDC Atlanta

Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu-SP

Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP

Exedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP-SP

Gerusa Figueiredo – IMT/USP-SP

Gonzalo Vecina Neto – FSP-SP

Gustavo Romero – UnB/CNPQ

Hiro Goto – IMT/USP-SP

José Cássio de Moraes – FCM/SC-SP

José da Rocha Carvalheiro – Fiocruz-RJ

José da Silva Guedes – IB/SES-SP

Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP

Paulo Roberto Teixeira – OMS

Ricardo Ishak – CNPQ/UF-Pa

Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz – CCD/SES-SP

Roberto Focaccia – IER/SES-SP

Wilma Pinheiro Gawyszewsk – Opas

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo:

Lilian Nunes Schiavon

Eliete Candida de Lima Cortez

Centro de Documentação – CCD/SES-SP

CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial do Estado S/A (IMESP)

Disponível em:

Portal de Revistas Saúde SP - <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

Errata

Não entraram nas edições 165/166 os seguintes títulos: Informe Epidemiológico “Surto de hepatite A no estado de São Paulo” e o Resumo “Epidemiologia e controle da leishmaniose visceral americana no estado de São Paulo, Brasil. Análise crítica e diagnóstico diferencial da leishmaniose visceral canina no município de Espírito Santo do Pinhal, 2010 – 2014”. Esses conteúdos estão publicados nesta edição 170.

Editorial

As edições do BEPA de janeiro e fevereiro trazem dois artigos especiais oportunos para o início de 2018.

O primeiro refere-se à realização do 8º Fórum Mundial da Água no Brasil, com o tema “Compartilhando Água”. O texto traz reflexões sobre repartir com justiça e equidade este recurso natural, valioso e finito, no caminho conceitual do desenvolvimento sustentável. A agenda mundial – 2030, estabelecida pela Organização das Nações Unidas, contempla dentre seus Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: ‘assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos’.

O segundo artigo aborda a mudança recente no SUS relacionada à revisão do marco legal e regulatório que unificou os blocos de financiamento federal. Esta proposta, admitida pela Portaria 3.992, de 28-12-2017, do Ministério da Saúde, trouxe, a princípio, incertezas para os atores do campo da Vigilância em Saúde quanto à garantia de recursos para o desenvolvimento destas ações na medida em que, apesar de ser esta uma área prioritária no SUS, conforme definido no Inciso II do Artigo 198 da ‘Carta Magna’, é a área que menos recebe recursos no Brasil. Garantir que as ações não sofram solução de continuidade em função de adequações orçamentárias e financeiras implementadas constituirá desafio para técnicos e gestores dos entes federados de todos os níveis.

Boa leitura!

Marcos Boulos
Editor



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

Artigo original

Avaliação da rotulagem de produtos para cabelo comercializados em cidades do Estado de São Paulo

Assessing the labeling of the hair products sold in Sao Paulo

Maria Cristina Santa Bárbara; Ligia Luriko Miyamaru

Centro de Medicamentos, Cosméticos e Saneantes. Núcleo de Ensaios Físicos e Químicos em Cosméticos e Saneantes. Instituto Adolfo Lutz-Central. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil

RESUMO

A Resolução RDC nº 07, de 10 de fevereiro de 2015, dispõe sobre rotulagem obrigatória e procedimentos eletrônicos para a regularização de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes. A regularização sanitária dos produtos cosméticos de Grau 1 isentos de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é realizada eletronicamente. O detentor do produto deve possuir dados comprobatórios que atestem a qualidade, segurança e eficácia de seus produtos e os dizeres da rotulagem são de inteira responsabilidade do fabricante. Os produtos de Grau 2 possuem indicações específicas, cujas características exigem comprovação de segurança e/ou eficácia, bem como informações e cuidados, modo e restrições de uso. Os produtos grau 2 com obrigatoriedade de registro na Anvisa são: produtos de uso infantil; protetores/bloqueadores solar; repelentes de insetos; produtos destinados a alisar e/ou tingir cabelos; gel antisséptico para as mãos, pois todos possuem indicações específicas, cujas características exigem comprovação de segurança e/ou eficácia. O objetivo deste trabalho é de divulgar as principais irregularidades encontradas nos rótulos dos produtos para cabelo, encaminhados ao Instituto Adolfo Lutz, pelo Instituto de Criminalística e pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais e Estadual de São Paulo, em 2015. Das 131 amostras analisadas 74 (56,5 %) eram satisfatórias e 57 (43,5 %) insatisfatórias. As principais irregularidades foram: produtos sem notificação, com código de barras (European Article Number - EAN) de outro fabricante, rótulo diferente do notificado na Anvisa. Os produtos desta categoria, embora classificados sem risco potencial, necessitam de fiscalização pelas autoridades sanitárias no controle da prática de falsificação e/ou adulteração dos produtos.

PALAVRAS-CHAVE: Cosméticos. Cabelo. Vigilância Sanitária. Rotulagem de Cosméticos.

ABSTRACT

The RDC Resolution No 07 of February 10, 2015, provides the mandatory labeling and the electronic procedures for regulating the personal hygiene products, cosmetics and perfumes. The sanitary regularization of the Grade 1 cosmetic products, exempt from registration at the National Health Surveillance Agency (Anvisa), has been carried out electronically. The product holder has to have the supporting data for attesting the products quality, safety and efficacy, and the labeling statements are of the sole responsibility of the manufacturer. The Grade 2 products are of specific indications, whose properties demand security and/or efficacy, and also the information, the care, and the way of using. Grade 2 products which has to be registered on the ANVISA are: products for children use, sunscreens, insect repellents, products for smoothing and/or dyeing hair and hand antiseptic gel, as they have specific indications, whose characteristics require proofs of safety and/or effectiveness. The objective of this study is to disclose the main irregularities found in labels of hair products, which were sent to the Adolfo Lutz Institute, in 2015, by the Institute of Criminology, São Paulo and by the Municipal and State Sanitary Surveillance. Of 131 samples, 74 (56.5 %) were satisfactory and 57 (43.5 %) unsatisfactory. The main irregularities were: products without notification, holding the bar code (EAN) of another manufacturer, and with label differing from that notified to Anvisa. In conclusion, the products of this category, although classified as no potential risk products, they require a better supervision by the sanitary authorities in order to control the practice of falsification and/or adulteration of these products. When manufacturers sell irregular products, they commit a sanitary infraction, as they do not comply with the normative technical requirements.

KEYWORDS: Cosmetics. Hair. Health Surveillance. Cosmetic labelling.

INTRODUÇÃO

O Brasil representa 7,1% do consumo mundial de produtos de higiene, perfumaria e cosméticos, ocupando a terceira posição de produtos para cabelos, conforme dados da Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal, Perfumes e Cosméticos (ABIHPEC).^{1,2}

Os produtos cosméticos, segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(Anvisa), são definidos como preparações constituídas por substâncias naturais ou sintéticas, de uso externo nas diversas partes do corpo humano, pele, sistema capilar, unhas, lábios, órgãos genitais externos, dentes e membranas mucosas da cavidade oral, que têm o objetivo exclusivo ou principal de limpá-los, perfumá-los, alterar sua aparência e/ou corrigir odores corporais e/ou protegê-los ou mantê-los em bom estado.⁴

A legislação vigente^{3,4} classifica como cosméticos Grau 1 os que se caracterizam por possuírem propriedades básicas e elementares, cuja comprovação não seja inicialmente necessária e não requeiram informações quanto a restrições ou modo de uso; no entanto devem seguir alguns critérios, tais como: “não conter substâncias restritivas contidas na legislação para os produtos classificados como risco 2. As formulações dos produtos classificados como Grau 2 apresentam indicação específica, cujas características exigem comprovação de segurança e/ou eficácia, bem como informações e cuidados, modo e restrições de uso. Os requisitos obrigatórios para a rotulagem de produtos cosméticos são amplos e podem ser classificados em dois grupos: geral e específico. Para o grupo geral, são dados obrigatórios na rotulagem: o nome do produto e grupo/tipo a que pertence – no caso de não estar implícito no nome –, marca, número de registro do produto, lote ou partida, prazo de validade, conteúdo, país de origem, fabricante/importador, domicílio do fabricante ou importador, modo de uso, advertência e restrições de uso quando for o caso, ingredientes/composição do produto, o número da autorização de funcionamento da empresa e o número do processo do produto, gerado no sistema da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que corresponderá ao número de registro, país de origem, número de lote, validade.^{3,4} Para o grupo de requisitos específicos são obrigatórios o envio de fórmula quantitativa, ingredientes com bibliografia e referências, especificações técnicas das matérias-primas e embalagens, comprobatórios dos benefícios atribuídos, dentre outros.⁴

Destaque-se que, com o fim da análise técnica prévia à comercialização de produtos

isentos de registro (Grau 1 e 2), as empresas ficaram responsáveis pelo conteúdo da rotulagem. Para cada tipo de produto cosmético Grau 2 (protetores solares, produto de uso infantil, repelentes de insetos, produtos cosméticos de uso geral) existe uma legislação de rotulagem específica.

A legislação vigente dispõe sobre os requisitos técnicos de rotulagem obrigatória e procedimentos eletrônicos para a regularização de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes, estabelecendo “lista de substâncias de uso cosmético: acetato de chumbo, pirogalol, formaldeído e paraformaldeído”, permitindo o uso do formaldeído como conservante na concentração máxima 0,2%. Nesta situação, deverá constar no rótulo como advertência no produto final a expressão: “contém formol” quando em concentração acima de 0,05%. Há menção também sobre lista de substâncias que os produtos cosméticos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes não devem conter, exceto nas condições e com as restrições estabelecidas, como a definição de concentração máxima permitida no produto final dos cosméticos destinados a alisar ou ondular os cabelos, classificado como Grau 2. Por fim, a rotulagem dos produtos cosméticos não deve conter menções terapêuticas, nem denominações e indicações que induzam ao erro, engano ou confusão quanto à sua procedência.^{3,4,8,9}

A regularização sanitária de produtos cosméticos de Grau 1 é realizada na forma eletrônica e fica assegurada por meio de divulgação no portal da Anvisa.⁴

Para fabricar ou importar os produtos cosméticos, a empresa deve proceder à comunicação prévia à Anvisa com intenção de comercialização de um produto isento

de registro por meio de notificação. O detentor do produto deve possuir dados comprobatórios que atestem a qualidade, a segurança e a eficácia de seus produtos e a idoneidade dos respectivos dizeres de rotulagem e ainda garantir que o produto não constitui risco à saúde quando utilizado em conformidade com as instruções de uso e demais medidas constantes da embalagem de venda do produto durante o seu período de validade. A regularização de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes Grau 1 e Grau 2 tem validade de 5 (cinco) anos e poderá ser revalidado por períodos iguais e sucessivos. Os produtos poderão ser comercializados até sua validade, desde que devidamente revalidados. O não cumprimento do disposto na legislação vigente acarretará o cancelamento da regularização e sua divulgação no site da Anvisa. A autenticidade e veracidade das informações prestadas à agência reguladora são de responsabilidade do detentor do registro, e as irregularidades detectadas constituem em infração sanitária.⁴

Segundo a Legislação Brasileira, a composição de produtos cosméticos no rótulo deve se apresentar na forma INCI – Nomenclatura internacional de ingredientes cosméticos.¹⁰ Trata-se de um sistema internacional de codificação para designar os ingredientes utilizados em produtos cosméticos, reconhecido e adotado mundialmente para facilitar a identificação de qualquer ingrediente, proveniente de qualquer país. A padronização da nomenclatura em nível internacional tem aspectos positivos para o setor industrial como a unificação dos rótulos, contribuindo para a política econômica do governo de aumento das exportações, no Brasil e no Mercosul. O

principal motivo para a adoção da codificação INCI foi uma medida técnico-sanitária com o intuito de proteger a saúde da população, no entanto não é clara para todos os consumidores por se tratar de uma linguagem técnica unificada internacionalmente para denominar ingredientes químicos e possui diversas denominações.

Relatos na literatura⁵⁻⁷ citam que as atuações dos órgãos de controle nas diferentes esferas da fiscalização sanitária para produtos de higiene pessoal, perfumaria e cosméticos referem-se a erros ou omissões na rotulagem dos produtos de fabricação local ou importados. Os itens predominantes são ausências de informações de caráter genérico ou específico relativos aos produtos quanto às matérias-primas utilizadas, finalidade do produto, os atributos de segurança não sustentados, ingredientes que não constam na formulação, mas foram identificados tais como as amostras que continham presença de formol que não constava na formulação peticionada na Anvisa, ausência do número de lote, prazo de validade conforme o teste de estabilidade.

O objetivo deste trabalho é divulgar as principais irregularidades encontradas nos rótulos analisados dos produtos cosméticos para cabelo de Grau 1 e 2, comercializados no estado de São Paulo, e fornecer subsídios aos órgãos fiscalizadores, com o propósito de diminuir ou prevenir riscos à saúde dos consumidores. A análise de rotulagem de 131 amostras de produtos para cabelos foi realizada no Núcleo de Ensaios Físicos e Químicos em Cosméticos e Saneantes, do Centro de Medicamentos, Cosméticos e Saneantes/Instituto Adolfo Lutz Central, durante o ano de 2015.

METODOLOGIA

O presente estudo avaliou o rótulo de 131 amostras de produtos cosméticos no ano de 2015. As amostras foram encaminhadas pelo Instituto de Criminalística e pelas Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais de diferentes municípios paulistas: capital, Botucatu, Mauá, Santa Bárbara do Oeste, Louveira e Araraquara, para atendimento de denúncias, tais como: queda de cabelo, intoxicação no cabeleireiro, comércio ilegal, falsificação, inspeção realizada pela vigilância sanitária no fabricante ou distribuidora e programa de coleta de amostra pré-estabelecido entre a Coordenação Municipal de Vigilância Sanitária do município de São Paulo (Covisa) e o Instituto Adolfo Lutz (IAL).

Para a análise das informações obrigatórias que devem constar na rotulagem dos produtos cosméticos, foram utilizados como parâmetro as legislações vigentes^{3,4,9} e os rótulos aprovados no ato de notificação e registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Gerência de Cosméticos (Anvisa/Gecos). Os documentos (especificação técnica, fórmula, *layout* do rótulo e petição notificação/registo) referentes aos produtos, foram solicitados pelo Instituto Adolfo Lutz à Gerência de Cosméticos na Anvisa, para a conclusão do laudo de análise. Na rotulagem dos produtos foram verificadas as informações mínimas obrigatórias para os cosméticos de Grau 1 e Grau 2: Nome do produto, marca, número de registro ou processo, lote, prazo de validade, conteúdo, país de origem, fabricante/importador, domicílio do fabricante, modo de uso, advertências e restrições de uso quando necessário e ingrediente ou composição do produto. Para a avaliação da comercialização regular do produto, foi consultada junto à

Anvisa a validade da notificação ou registro. A avaliação foi considerada satisfatória quando o produto apresentou o rótulo totalmente de acordo com o aprovado na Anvisa no ato de registro ou notificação do produto e atendia a todas as obrigatoriedades do rótulo contidas na legislação vigente.^{4,9}

RESULTADOS

Das amostras analisadas 74 (56,5%) estavam satisfatórias quanto à análise de rotulagem e 57 (43,5%) insatisfatórias. As principais irregularidades por categoria de produto estão demonstradas na tabela 1, observando-se que mais da metade eram relacionadas a produtos sem notificação na Anvisa (34/57), seguidas por rótulo diferente do notificado na Anvisa e código de barras (European Article Number EAN) de outro produto (6/57).

DISCUSSÃO

A rotulagem é um elemento essencial de comunicação entre os produtos e os consumidores. Os dizeres da rotulagem devem garantir a qualidade, segurança e eficácia dos produtos atestando idoneidade do detentor dos mesmos. Os rótulos nas embalagens dos produtos são de extrema importância para o consumidor final, fornecem informações suficientes para o conhecimento dos ingredientes, evitar reações alérgicas e decisão de compra. As descrições contidas na embalagem devem ser claras, garantindo aos consumidores que o produto não constitui risco à saúde quando utilizado em conformidade com as instruções de uso e demais medidas constantes da embalagem. A comercialização deve atender o prazo de validade. Como já indicado anteriormente, os produtos de Grau 1 e Grau 2, isentos de registro,

são notificados eletronicamente no site da Anvisa e a autenticidade e veracidade das informações prestadas são de responsabilidade do detentor, constituindo infração sanitária as contrariedades encontradas.⁴

A literatura sobre o estudo em questão é escassa, mas algumas publicações descrevem as irregularidades observadas nos produtos para escova progressiva, tais como a omissão do composto formaldeído em sua formulação,² outro artigo apresentou diversas irregularidades nos rótulos de 40 amostras de produtos cosméticos de Grau 1 avaliados, tais como: produto sem notificação, composição e modo de uso.⁶ Enquanto Caneschi e col.⁵ avaliaram o rótulo de diversos produtos fotoprotetores classificados como Grau 2 com necessidade de registro, pois possuem indicações específicas, cujas características exigem comprovação de segurança e/ou eficácia, bem como informações e cuidados, modo e restrições de uso, e concluiu que todas as amostras apresentavam algum tipo de irregularidade em comparação à legislação, sendo relatado que um dos maiores problemas são as informações incompletas, dando destaque ao real valor de FPS de um protetor solar, produto com FPS elevado, incompatíveis com o potencial da formulação, podendo gerar problemas ao usuário, permitindo a formação de queimaduras. No presente estudo 11 (8,34%) das amostras eram Grau 2 e pertenciam a categoria dos produtos alisantes de cabelos e todas apresentaram rótulos satisfatórios quanto aos dizeres de rotulagem exigidos em legislação e ao rótulo encaminhado a Anvisa no ato de registro do produto.

De acordo com a tabela 1, podemos observar que os desvios detectados nos rótulos das amostras insatisfatórias foram em relação a: (59,6%) falta de notificação do produto na

Anvisa; (10,5%) rótulo diferente do notificado; (10,5%) código de EAN de outro produto; (5,3%) não apresentavam número de lote ou fabricação; (3,5%) o fabricante não tinha autorização de funcionamento e (1,7%) não constava no rótulo modo e restrição de uso. O auto índice de produtos sem notificação pode ser atribuído ao fato de o comércio do produto ilegal ser uma atividade lucrativa, pois os falsificadores ou fabricantes de produtos sem a devida licença para comercialização não se preocupam com a qualidade do produto oferecido para o consumidor e, por sua vez, este busca a aquisição de um produto mais barato. Segundo a ABIHPEC,¹¹ a indústria cosmética é a mais atingida pela falsificação de produtos no Brasil, tendo em vista que este é um mercado que cresce anualmente.

Diante do exposto, a principal irregularidade observada foi relativa à falta de notificação do produto, desvio esse dificilmente detectado pelo consumidor, que não tem como garantir a legitimidade do produto adquirido no comércio, evidenciando uma problemática ao comércio ilegal de produtos cosméticos, o que também atribuímos ao elevado custo do produto, pois representa um ganho fácil para o fabricante ilegal.

CONCLUSÃO

Concluimos que os dados obtidos servem de alerta para os órgãos de fiscalização na intensificação de ações e adoção de medidas contra a prática do comércio ilegal. Aponta-se também a necessidade de maiores esclarecimentos quanto aos possíveis riscos que esses produtos podem causar à saúde e à segurança dos consumidores e dos profissionais da área.

Tabela 1. Principais irregularidades apresentadas por categoria de produtos cosméticos, Instituto Adolfo Lutz Central, ESP, 2015

Produtos cosméticos por categoria	Fabricante sem autorização de funcionamento	Produto sem notificação na Anvisa	Produto com número de notificação de outro fabricante	Rótulo diferente do notificado na Anvisa	Código EAN de outro produto	Sem número de lote	Sem modo e restrição de uso	TOTAL (insatisfatórios por categoria)	TOTAL (analisados por categoria)
Condicionador/cremes	1	-	-	-	1	-	-	2	05
Modeladores*	1	30	5	5	4	-	1	46	85
Xampu	-	4	-	1	1	3	-	9	30
Produtos alisantes de Grau 2	-	-	-	-	-	-	-	0	11
Total de amostras	2 (3,5%)	34 (59,6%)	5 (8,8%)	6 (10,5%)	6 (10,5%)	3 (5,3%)	1 (1,7%)	57	131

*Produtos para fixar, modelar e/ou embelezar os cabelos: fixadores, reparadores, óleo capilar, mousses, cremes e géis para modelar cabelos, restaurador capilar, máscara e umidificador capilar

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal Perfumaria e Cosméticos - ABIHPEC. Dados do mercado brasileiro, 2015. Dados/cosméticos e produtos de higiene. [Acesso 2016 mar 8]. Disponível em: <http://www.abihpec.org.br>
 2. Abreu VM, Azevedo MGB, Falcão JSA. Cosmetovigilância em alisantes capilares: Determinação do teor de formaldeído por espectrofotometria e avaliação de rótulo. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2015; 36(1):51-8.
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC nº. 03 de 18 de janeiro de 2012. Aprova o Regulamento Técnico Listas de Substâncias que os produtos de Higiene Pessoal, cosméticos e Perfumes não devem conter exceto nas condições e com restrições estabelecidas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jan 2015. Seção 1.*
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução RDC nº. 07, de 10 de fevereiro de 2015. Dispõe sobre os requisitos técnicos para a regularização de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 fev 2015. Seção 1.*
 5. Caneschi CA, Polonini HC, Brandão MAF, Raposo NRB. Análise de rotulagem de produtos fotoprotetores. *Rev Bras Farm.* 2011;92(3):208-12.
 6. Rito PN, Presgrave RF, Alves EN, Vilas Bôas MHS. Perfil dos desvios de rotulagem de produtos cosméticos analisados no Instituto Nacional de Controle de qualidade em Saúde entre 2005 e 2009. *Vig Sanit Debate.* [Internet]. 2014 [Acesso 20 maio 2016]; 2(3):44-50. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/199>
 7. Miyamaru LL, Santa Bárbara MC, Pereira TC, Almodovar AAB, Nakano VE, Ikeda TI, Lambert CG, Rodrigues VD, Bugno A. Perfumes e colônias no comércio ilegal. *Rev Inst Adolfo Lutz.* 2013;72(1):59-64.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC nº. 15 de 26 de março de 2013. Aprova o Regulamento Técnico “Listas de Substâncias de uso Cosmético: Acetato de Chumbo, Pirogalol, Formaldeído e Paraformaldeído” e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 mar 2013. Seção 1.*
 9. Brasil. Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1977. Regulamenta a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que submete a Sistema de Vigilância Sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 5 jan 1977, [acesso 2016, abr 14].* Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis consolidada/decreto_79094_77.pdf].
 10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Ministério da Saúde. Nota Técnica INCI - Internacional Nomenclature of Cosmetic Ingredients. [Nota técnica na internet]. 2012. [acesso em 20 maio 2016]. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>
 11. Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal Perfumaria e Cosméticos - ABIHPEC. Dados do mercado brasileiro, 2016 [acesso em 12 junho 2017]. Disponível em <https://abihpec.org.br/2016/09/industria-de-cosmeticos-combate-a-crescente-falsificacao-de-produtos/>
-
-

O (novo) paradigma de financiamento do SUS: as incertezas na garantia do financiamento para as ações de atenção primária à saúde e para as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde

The (new) financing paradigm of SUS: the uncertainties in guaranteeing the financing for the primary health care actions and for the health actions prevention, promotion and protection

Adilson Soares*

Grupo de Apoio às Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde e Núcleo Técnico de Projetos, Convênios e Financiamento da Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil

O marco legal e regulatório do Sistema Único de Saúde passa por alterações a partir, principalmente, de definições pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIT) em sua reunião realizada em janeiro de 2017. Na referida reunião, arguindo problemas relacionados à antinomia de normas, vazios normativos e dificuldades na gestão do Sistema Único de Saúde, representantes dos estados (Conass) e dos municípios (Conasems), junto com representantes do Ministério da Saúde, pactuaram que alterações no marco legal e regulatório do SUS deveriam ser empreendidas no sentido de dar racionalidade ao sistema no cipoal de normativas editadas (naquele momento o SUS já havia editado mais de 60 mil portarias), o que se alcunhou de “SUS Legal”.

Uma das propostas que já vinha sendo discutida há algum tempo, no âmbito do Ministério da Saúde, e apresentada nessa reunião de janeiro, diz respeito à mudança no modelo de transferência de recursos federais para estados e municípios. Os recursos que até então eram transferidos em seis blocos de financiamento do SUS (Atenção Básica;

Média e Alta Complexidade; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS; Investimentos) passariam a ser transferidos em dois blocos (Custeio e Investimentos).

Coube ao Grupo de Trabalho de Gestão da CIT, órgão técnico de apoio, debruçar-se sobre o assunto e propor alternativas a serem avaliadas pela Câmara Técnica da CIT e submetidas à aprovação do Plenário da CIT.

Resultados concretos deste grupo de trabalho foram sentidos nos meses subsequentes, com as pactuações que se seguiram no âmbito da CIT e a edição de algumas portarias buscando racionalizar, em normativa única, as diversas normativas do SUS que tratavam sobre assuntos semelhantes, porém estavam dispersas, o que se chamou de Portaria de Consolidação (PRC). Em 03 de outubro de 2017 foram editadas as 6 (seis) PRC vigentes até esta data, revogando 585 normas/portarias.

O tema financiamento do SUS, tratado em diversas normativas, foi consolidado na PRC n. 6, como havia sido proposto na reunião de janeiro de 2017. O passo seguinte

*Economista – Especialista em Finanças, Orçamento, Administração e Saúde Pública. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Programa de Pós Graduação em Ciências da CCD/SES-SP. Diretor do Grupo de Apoio às Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde e Núcleo Técnico de Projetos, Convênios e Financiamento da Vigilância em Saúde da CCD-SES/SP. Membro da Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRÉS e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

à consolidação das normativas sobre o financiamento do sistema foi a unificação dos blocos de financiamento, com a justificativa de que esta medida flexibilizaria o fluxo financeiro, facilitando a gestão. Desta forma, as mudanças no financiamento e transferência de recursos federais para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), definidas na PRC n. 6, foram consubstanciadas na Portaria 3.992, publicada em 28 de dezembro de 2017.

Assim, os recursos do governo federal, antes repassados aos estados e municípios em 6 (seis) blocos, passam a ser transferidos em 2 (dois) blocos de financiamento (Custeio e Investimentos), competindo ao gestor da saúde, no âmbito de cada ente federado, a aplicação dos recursos nos grupos relativos às ASPS e às Ações Orçamentárias previstas em cada bloco de financiamento.

Uma das determinações importantes da Portaria 3.992, definida em seu inciso I do § 2º do artigo 3º, é que a aplicação dos recursos por parte dos gestores estará vinculada ao que foi previsto no bloco, no grupo, e no programa de trabalho do Orçamento Geral da União, que deu origem aos repasses a estados e municípios. Esta vinculação das transferências e a execução dos recursos em 5 (cinco) Grupos de custeio (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS), antes denominados blocos, impõem, a princípio, a obrigatoriedade dos gestores aplicarem, ao longo do período, o montante de recursos financeiros disponíveis especificamente nestes Grupos.

Com esta configuração, não nos parece haver dúvida de que este (novo) paradigma de financiamento atribui maior responsabilidade aos órgãos de controle da gestão pública (exercido pelo poder legislativo e seus tribunais de contas, pela Controladoria Geral da União, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS), e pelos Conselhos de Saúde (em função da sua condição de órgão deliberativo na aprovação dos planos, programações, relatórios da gestão e execução dos recursos do setor saúde), na medida em que os recursos para execução das ASPS estão todos em uma mesma conta bancária e poderão ser movimentados a critério do gestor, devendo respeitar a vinculação somente nas prestações de contas e conciliações bancárias ao final de cada período.

A intenção manifesta pelo Ministério da Saúde, em vários fóruns, de revisão dos sistemas de informação e informática para abrigar as programações anuais de saúde e a execução dos orçamentos públicos, é vital para o monitoramento e para o controle deste processo.

Esta flexibilização na utilização dos recursos, no curto prazo, atribuída pela referida portaria, é o ponto que preocupa alguns especialistas em saúde e finanças públicas, na medida em que o subfinanciamento do sistema pode induzir os gestores a canalizar os recursos da conta única de custeio para ações com maior poder de pressão e apelo popular e midiático, como as ações assistenciais/curativas, em detrimento das ações de atenção primária à saúde e ações preventivas, promotoras e protetoras da saúde. A conferir.

Surto de Hepatite A no estado de São Paulo

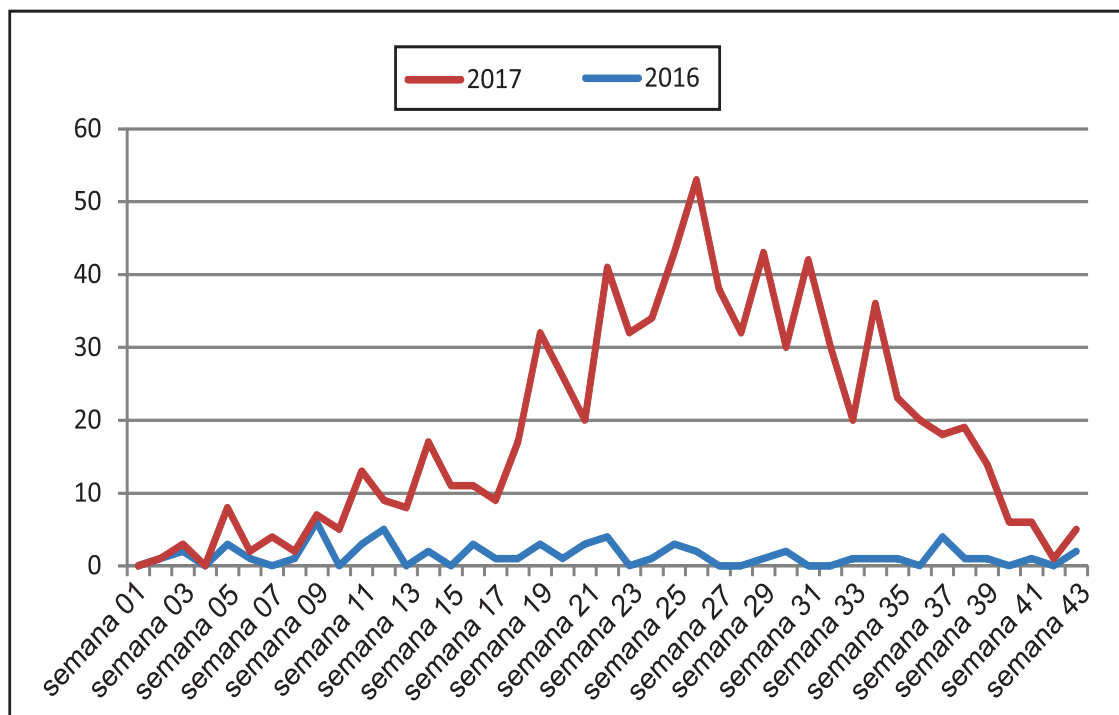
Hepatitis A outbreak in the state of São Paulo

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

Desde junho de 2016, têm sido reportados surtos de hepatite A em 20 países da União Europeia (Espanha, Reino Unido, Itália, Alemanha e Portugal, entre outros), com mais de 2873 casos, devidos a três tipos de cepas distintas do sub-genótipo IA, em homens que praticam sexo com homens (HSH).¹ No Chile, 706 casos de hepatite A foram relatados a partir de 5 de maio de 2017 e nos Estados Unidos, na Cidade de Nova Iorque, observou-se um aumento nos casos de hepatite A entre HSH que não relataram viagens internacionais.² No

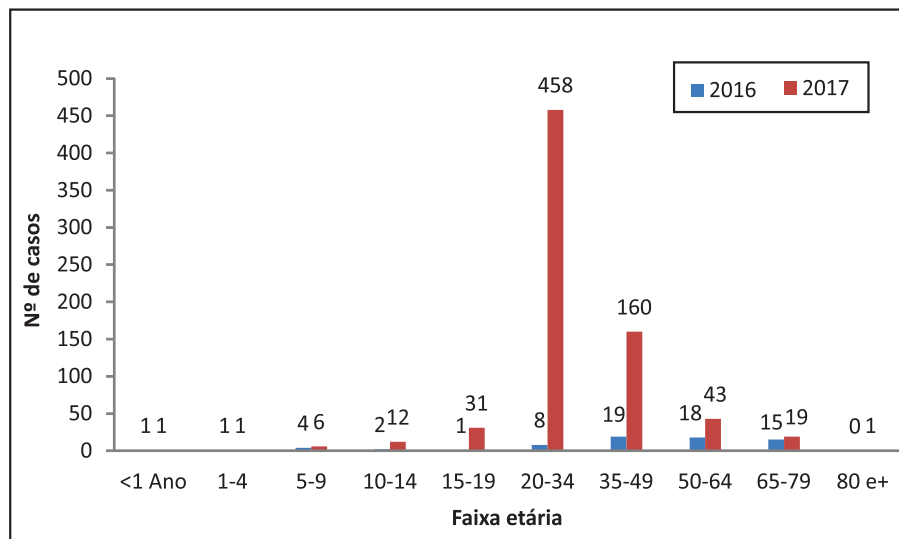
estado da Califórnia, a cepa causadora do surto (genótipo IB) é mais comum na área do Mediterrâneo, África do Sul e Turquia, acometendo principalmente a população sem teto e de usuários de drogas ilícitas, com 644 casos e 21 óbitos.³

No Estado de São Paulo, casos de Hepatite A aumentaram de um total de 68 casos (2016) para 732 (2017, até a SE 43) (Figura 1), acometendo principalmente a faixa etária entre 20 e 49 anos (Figura 2).



Fonte: Sinan Net
Dados preliminares até SE 43 de 2017

Figura 1. Casos confirmados de Hepatite A, notificados no ESP, segundo data do início de sintomas, 2016 e 2017



Fonte: Sinan Net
Dados preliminares até SE 43 de 2017

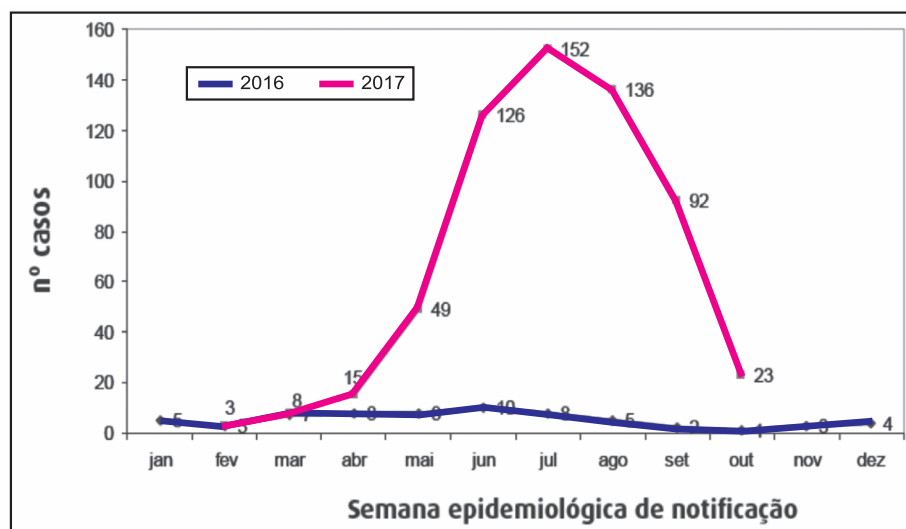
Figura 2. Casos confirmados de Hepatite A notificados no estado de São Paulo, por faixa etária, em 2017

O município de São Paulo é o que apresentou no período o maior número de notificações, com 604 casos (Figura 3).

Segundo o Boletim Epidemiológico do município de São Paulo,⁴ foram notificados 604 casos, dos quais 87% são do sexo masculino e 80% estão na faixa etária de 18 a 39 anos. Sobre a fonte de transmissão, 272

casos (45%) foram adquiridos por contato sexual desprotegido, 61 casos (10%) por água e alimentos e 271 casos (45%) com fonte desconhecida.

A gravidade destes casos de Hepatite A é importante, uma vez que já foram reportados 155 hospitalizados, quatro casos de hepatite fulminante, tendo dois evoluído a óbito.



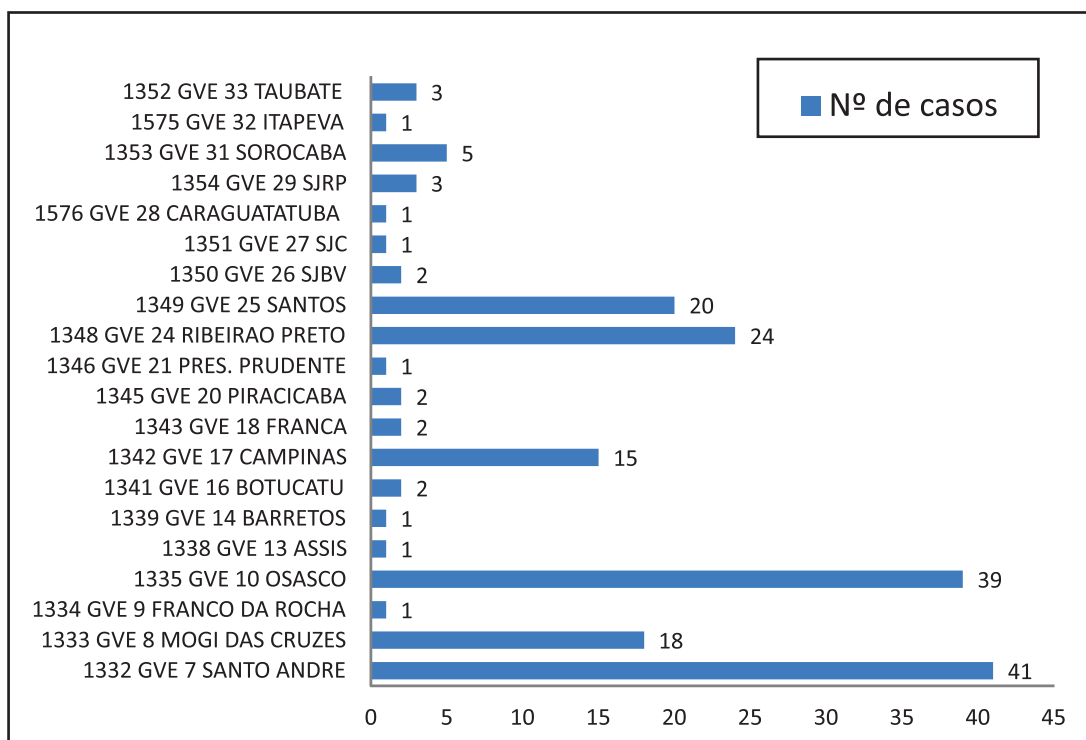
Fonte: Sinan Net/Covisa/FormSUS
Dados até SE 43 de 2017, sujeitos a revisão

Figura 3. Casos confirmados de Hepatite A notificados segundo a semana de notificação, Município de São Paulo, 2016 e 2017

Os demais municípios do Estado com aumento de notificações foram os municípios de Santo André (41 casos), Osasco (39 casos), Ribeirão Preto (24 casos), Santos (20 casos), Mogi das Cruzes (18 casos) e Campinas (15 casos) (Figura 4).

AÇÕES RECOMENDADAS

- Reforçar a vacinação contra Hepatite A em pacientes com critérios já definidos para vacinação (pacientes com HIV/ Aids, portadores crônicos de VHB e VHC e outras hepatopatias crônicas);
- Divulgar a prática do sexo seguro (usar preservativos);
- Divulgar a informação de evitar a exposição fecal-oral durante a atividade sexual (uso de barreiras de látex durante sexo oral-anal, luvas de látex para dedilhado ou “fisting”, lavagem de mãos e da região genital e anal antes e depois do ato sexual);
- Reforçar a prática higiênica pessoal e sexual, uma vez que os HSH imunocompetentes não estão contemplados pela vacinação pelo SUS;
- Divulgação e aconselhamento sobre prevenção primária e promoção de vacinação com envolvimento da sociedade civil e mídias sociais da comunidade gay.



Fonte: Sinan Net
Dados preliminares até SE 43 de 2017

Figura 4. Casos confirmados de Hepatite A residentes no ESP, exceto município de São Paulo, segundo ano do início dos sintomas, 2017

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ECDC. Epidemiological update: hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-hepatitis-outbreak-eueea-mostly-affecting-men-who-have-sex-men>
 2. CDC. Brotes de hepatitis A que afectan sobre todo a hombres que tienen relaciones homosexuales – Regiones de Europa y las Américas. <http://www.who.int/csr/don/07-june-2017-hepatitis-a/es/>
 3. CDPH Weekly Update. <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/Immunization/Hepatitis-A-Outbreak.aspx>
 4. Boletim Epidemiológico de Hepatite A 17. Coordenação de Vigilância em Saúde do Município de São Paulo. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=221299
-
-

Relato de encontro

Relato do IX Fórum Estadual de Promoção da Saúde e do VI Encontro de Experiências Bem Sucedidas em Promoção da Alimentação Saudável

Report on the IX State Forum on Health Promotion and the Sixth Meeting of Successful Experiences in Promoting the Healthy Eating

Marco Antonio de Moraes*

Divisão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil

Contextualizando o tema

Promoção da Saúde é um tema de extrema importância, que vem sendo discutido e implantado em todo o mundo nas últimas décadas por uma série de políticas públicas e sociais.

Trata-se de um conceito em construção, de difícil definição, pois representa diferentes ações, em diversas pessoas, especialmente em vários segmentos.

Prevenção de doenças, educação em saúde, qualidade de vida, controle de fatores de risco são alguns dos termos frequentemente utilizados pela comunidade envolvida.

A promoção da saúde deve ser trabalhada como um modo de pensar e de operar, de forma articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas em um sistema de saúde, contribuindo também com a construção de ações que atendam às necessidades sociais.

A evolução e operacionalização da promoção da saúde colaboram para a estruturação, viabilização e avaliação de programas de saúde, assim como contribuem para que as ações propostas pelos profissionais tornem-se mais consistentes, considerando

as necessidades da população e a elas respondendo.

A estratégia de promoção da saúde deve focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, como por exemplo: falta de saneamento básico; habitação inadequada; desemprego; abuso de tabaco, álcool e outras drogas; acidentes e violências; dificuldade de acesso à educação; fome; urbanização desordenada; qualidade do ar e da água ameaçada; assim como deve potencializar as formas mais amplas de intervir em saúde.

A promoção da saúde configura-se como o instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde, sendo que atualmente, está amplamente reconhecido que o processo social é o real determinante do processo saúde-doença.

A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença é entendida como o processo biológico de desgaste e reprodução que ocorre nos grupos, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com consequências para o

*Doutor e Mestre em Saúde Pública, Enfermeiro Sanitarista e do Trabalho; Atual Diretor da Divisão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Responsável pela Área de Promoção da Saúde na Área de Vigilância da SES-SP.

desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.

Promover saúde implica em formular a legislação que regule a comercialização de alimentos, medicamentos, tabaco e álcool, assim como instituir relações acolhedoras de cuidado entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Essas atividades operam pela garantia dos direitos de cidadania, pela redução dos riscos à saúde e da vulnerabilidade às doenças e agravos, pela ampliação das possibilidades de escolha e de decisão da população. Ambas implicam na forma de organização e gestão do trabalho em saúde, que devem reconhecer e respeitar a singularidade dos vários atores sociais presentes na produção de saúde, atuando para reduzir as desigualdades.

Fica mais evidente que a Promoção da Saúde mais do que uma ação ou compromisso na área da saúde e social, deve constituir um modo de pensar e de intervir no processo saúde-adoecimento mais atento aos seus determinantes e que potencialize mecanismos de gestão democrática, participativa e cooperativa da rede de serviços do SUS/SP.

As ações de promoção da saúde devem estar presentes em todos os ambientes, sendo desenvolvidas cotidianamente por toda equipe multidisciplinar de saúde, permeando desta forma todas as áreas do SUS/SP.

O campo da promoção da saúde é algo recente e ainda em expansão, porém, com um enorme potencial, dadas as demandas sobre qualidade de vida impressa pela maioria dos locais que se preocupam com a questão de saúde nos diferentes ambientes onde está presente o ser humano. Torna-se, portanto, essencial investir na formação de profissionais para lidar com esse objeto de forma ampliada, para

aprimorar os instrumentos de reconhecimento da realidade local e buscar a aproximação intersetorial visando o alcance da promoção da saúde à população do Estado de São Paulo.

Sobre a Organização do evento

No dia 18 de outubro de 2017 ocorreu a realização do IX Fórum de Promoção da Saúde e VI Encontro de Experiências Bem Sucedidas em Promoção da Alimentação Saudável.

O referido evento se realizou no Centro de Convenções Rebouças, promovido pela Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, contando com o apoio do Centro de Vigilância Epidemiológica e da Coordenadoria de Controle de Doenças.

O fórum de promoção da saúde é uma prática que vem se realizando anualmente desde o ano de 2009, caracterizando-se como um espaço oportuno para refletir sobre Promoção da Saúde, assim como conhecer diferentes modos de trabalho nesta área e, ao mesmo tempo, oportunizar outras formas de atuar nesta temática, atualizando conhecimentos e repensando novos caminhos em direção à Promoção da Saúde.

O evento contou com a apresentação de renomados especialistas que atuam há longa data na área de promoção da saúde, com a rica oportunidade de debater questões atuais sobre esse assunto.

Ocorreu também uma exposição de pôsteres, contando com a presença dos autores e discussão, em que foram divulgadas importantes experiências para a promoção da Saúde, com trabalhos de diferentes locais do Estado de São Paulo.

Esses trabalhos científicos, apresentados na forma de pôsteres, concorreram à premiação que foi entregue aos 03 primeiros colocados e menção honrosa a mais dois outros.

O evento totalizou 193 participantes de 53 Municípios de São Paulo, principalmente representantes dos Grupos de Vigilância Epidemiológica da SES/SP e de Interlocutores de Promoção da Saúde dos Departamentos Regionais de Saúde, além de outros ativistas da Área de Promoção da Saúde de entidades de ensino e Organizações não governamentais.

A abertura oficial do evento contou com a presença de Alice Thiago de Souza (Assistente Técnica de Direção da CCD), que representou Marcos Boulos (Coordenador da CCD); da Assistente Técnica de Direção do CVE, Jussara Helena C. Linchtstein, representando Regiane A. Cardoso de Paula (Diretora do CVE) e Marco Antonio de Moraes (Diretor Técnico de Saúde da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT).

O evento contou, na sua integralidade, com uma palestra magna; 03 mesas redondas; apresentação dos projetos finalistas para a premiação e, finalmente, a premiação dos Projetos de Promoção da Saúde e Promoção da Alimentação Saudável.

A palestra magna inicial foi coordenada por Marco Antonio de Moraes e proferida por Jaciane Terezinha Rodrigues Vieira, Psicóloga Organizacional e Diretora de RH e Desenvolvimento Organizacional do Grupo Atallah, além de Conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Mato Grosso do Sul. O tema proferido por ela foi a Promoção da Saúde e seus Reflexos na Dimensão Biopsicossocial.

A primeira mesa redonda abordou a “Alimentação saudável e a prática da atividade física”, contando com a coordenação de Sônia Angélica Coria, Enfermeira da DCNT; as apresentações da nutricionista Adriana Bouças Ribeiro, que dissertou sobre os “Avanços estaduais na área da alimentação saudável na SES/SP”; e com a apresentação do Prof. Dr. Douglas Andrade, que abordou a “Inatividade física como fator de risco para doenças crônicas”.

A segunda mesa redonda enfocou o “Controle do tabagismo e do alcoolismo”, sob a coordenação de Maria Cristina Horta Vilar, em que o tema “Controle do Tabagismo na SES/SP” foi abordado pela Coordenadora do Programa Estadual de Tabagismo na SES/SP, Dr^a Sandra Silva Marques; e o tema “Alcoolismo enquanto grave problema de Saúde Pública” foi proferido pelo Prof. Dr. João Fernando Marcolan, professor associado do Departamento de Enfermagem da Unifesp.

A última mesa redonda destacou as estratégias para o enfrentamento dos principais agravos na área das doenças crônicas não transmissíveis, contando com a coordenação da psicóloga Cláudia Vieira Carnevalle, em que foram abordados os temas de “Cultura da paz na intersetorialidade” proferida por Luiz Carlos Lopes (Secretário Adjunto de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência); “Sustentabilidade ambiental”, apresentada por Clelia Aranda (médica da Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente) e “Mobilidade segura”, proferida por Sueli Oliveira Mendes (enfermeira da Divisão de Doenças Crônicas), responsável pela Área de Acidentes de Trânsito.

Um total de 27 trabalhos científicos foi enviado para a Comissão Organizadora do

evento, e após criteriosa avaliação, 25 deles foram aprovados, sendo 20 eleitos para serem apresentados na forma de pôsteres e 05 na forma de apresentação oral, sendo que os de apresentação oral foram premiados e são os seguintes:

1º Lugar: “Agenda Integrada de Responsabilidade Socioambiental na Unidade Básica de Saúde Parque do Lago”, Município de São Paulo.

2º Lugar: “Estratégias para Abstinência Tabagística”, Município de Presidente Prudente.

3º Lugar: “Projeto Crescendo Saudável: consumo alimentar de crianças de um Centro de Educação Infantil em São Paulo”, Município de São Paulo.

Menção honrosa 1: “Conservação de Nascente em Área Urbana consolidada: Intersetorialidade, Educação ambiental e aplicação de Energia”, Município de São Paulo.

Menção Honrosa 2: “Semeando valores: a Consciência ambiental como um caminho para a transformação”, Município de Pindamonhangaba.

Após a apresentação da última mesa redonda, Mírian Matsura Shirassu, médica sanitária da Divisão de Doenças Crônicas e coordenadora do Observatório de Promoção da Saúde da SES/SP, coordenou a apresentação dos projetos finalistas para a premiação e toda a equipe organizadora entregou o prêmio e a certificação a esses trabalhos eleitos, finalizando o evento que julgamos ter atingido os objetivos propostos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 163-77, 2000.
3. Fernandes JCA, Moraes MA. Avaliação de Projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 324p, 2014.
4. Neto JLF et al. Apontamentos sobre Promoção da Saúde e Biopoder. *Saúde Soc. São Paulo*, 18 (3): 4456-466, 2009.

Notícia

Secretaria da Saúde já acompanha mais de 400 usuários de Terapia Pré-Exposição (PrEP)

Secretary of Health has already followed more than 400 users of the Pre-Exposure Therapy (PrET)

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil

A Secretaria da Saúde, por meio do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, realiza, desde 2016, estudos para a validação do uso de quimioprofilaxia pré-exposição. Segundo o infectologista José Valdez Ramalho Madruga, pesquisador responsável pelos ensaios clínicos da Unidade de Pesquisa do CRT DST/Aids-SP, os estudos (Terapia Pré-Exposição) PrEP Brasil (159 voluntários) e Combina (300 voluntários) comprovaram a validade desta nova intervenção.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo iniciou, no último dia 18 de janeiro, a distribuição do medicamento Truvada, no SUS (Sistema Único de Saúde). O item será fornecido como Terapia Pré-Exposição (PrEP) para prevenção do HIV às pessoas com maior chance de exposição. “A iniciativa prevê, nos dois meses iniciais, a oferta do Truvada a 1.110 pessoas em 14 serviços municipais e estaduais (confira abaixo), localizados nas cidades de São Paulo, São Bernardo, Campinas, Santos, Piracicaba, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto. Esses locais foram definidos em conjunto com o Ministério da Saúde e a expectativa é que a medida seja ampliada gradativamente para as demais localidades do Estado”, declara Artur Kalichman, coordenador do Programa Estadual DST/Aids-SP.

Segundo Valdez Madruga, o medicamento é indicado a homens que fazem sexo com

homens, mulheres transexuais, travestis, profissionais do sexo que tenham tido relações sexuais sem uso de preservativo nos últimos seis meses e/ou episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e/ou tenham usado repetidamente medicamentos de Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Também poderão receber o remédio casais sorodiscordantes para o HIV (quando um parceiro tem o vírus e outro não) que mantêm ou tenham tido relações sexuais sem uso de preservativos. “O medicamento é muito bem tolerado, mas alguns pacientes podem apresentar efeitos colaterais leves, como: dor de cabeça, náuseas e diarreia”, explica o especialista.

Para receber a PrEP, o interessado deve comparecer à unidade de referência de seu município e passar por avaliação para critérios de elegibilidade, incluindo a realização de teste rápido para diagnóstico de HIV. Caso o resultado do exame seja negativo e o paciente se encaixe nos critérios estabelecidos para recebimento do tratamento, será indicado a receber a PrEP. Em caso de positividade, o paciente será encaminhado para tratamento e acompanhamento da infecção pelo HIV, como já prevê o fluxo da rede.

Aos pacientes que aderirem à terapia é recomendado o uso de preservativo durante as relações sexuais, pois a PrEP não protege contra outras doenças sexualmente transmissíveis.

“Além disso, o medicamento começa a fazer efeito a partir do sétimo dia para exposição por relação anal e a partir do vigésimo dia para exposição por relação vaginal. Durante o tratamento, os usuários serão acompanhados pelo serviço de referência. Após o início do tratamento, haverá retorno num período de 30 dias e, depois, a cada três meses”, observa Denize Lotufo, gerente da Área de Assistência do CRT DST/Aids-SP.

A Secretaria desenvolve um trabalho permanente de conscientização, prevenção, diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, por meio do Programa Estadual DST/Aids, com apoio dos municípios. A distribuição do Truvada na rede pública de saúde é um novo passo do ponto de vista preventivo, mas é fundamental que as pessoas continuem utilizando preservativos para proteger a si mesmas e seus parceiros.

Confira abaixo a relação de serviços que oferecem a PrEP:

Capital:

- Centro de Referência e Treinamento DST/Aids
- Ambulatório de Infectologia da Unifesp

- Casa da Aids
- SAE (Serviço de Assistência Especializada) DST/Aids Butantã
- SAE (Serviço de Assistência Especializada) Fidélis Ribeiro
- SAE (Serviço de Assistência Especializada) Ceci
- CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) Pirituba
- CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) Santo Amaro

Outros municípios:

- São Bernardo do Campo – Policlínica Centro
- Santos – Serviço de Atenção Especializada-Adultos
- Campinas – Centro de Referência em IST/Aids
- Ribeirão Preto – Centro de Referência em Especialidades Central
- Piracicaba – Centro de Doenças Infectocontagiosas (CEDIC)
- São José do Rio Preto – Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis

Resumo

Epidemiologia e controle da leishmaniose visceral americana no estado de São Paulo, Brasil. Análise crítica e diagnóstico diferencial da leishmaniose visceral canina no município de Espírito Santo do Pinhal, 2010 - 2014

Hélid Raquel Lautenschlaeger Rodrigues De Lucca; José Eduardo Tolezano (orientador)

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2015

RESUMO

A leishmaniose visceral (LV) é um grave problema de saúde pública, presente em 65 países, acometendo cerca de meio milhão de pessoas. É uma doença que pode levar à morte. No Brasil é endêmica em 21 dos 27 estados, com cerca de 3 mil novos casos/ano. Uma das medidas adotadas pelo programa de controle brasileiro é o diagnóstico e eutanásia dos cães soropositivos, por serem esses importantes reservatórios do parasito causador da LV. Para a OMS, essa medida deve ser adaptada com a realidade de cada local. No Brasil, o diagnóstico canino tem por base a utilização de testes sorológicos, sendo importante o emprego de testes sensíveis, específicos, de custo acessível e fácil exequibilidade, considerando seu emprego em saúde pública e também as medidas adotadas em relação ao reservatório. Até 2011, o Ministério da Saúde preconizava o emprego do ELISA Bio-Manguinhos como triagem e a RIFI Bio-Manguinhos como teste confirmatório. Ao final desse mesmo ano o protocolo para o diagnóstico canino foi substituído pelo TR-DPP®/ELISA Bio-Manguinhos, para triagem e confirmação da infecção, respectivamente. Outra alteração ocorrida foi em relação à interpretação da combinação dos resultados para o diagnóstico. O diagnóstico inconclusivo que se dava às amostras reagentes no teste de triagem e não reagente no confirmatório foi excluído. Assim, hoje, uma amostra com essas mesmas características positivo no teste triagem (TR-DPP®) e negativo no confirmatório (ELISA) é negativa. Com o objetivo de verificar o desempenho dos novos testes e o possível impacto nos valores de soroprevalência da infecção canina no município de Espírito Santo do Pinhal (SP) em decorrência da mudança do protocolo diagnóstico da LVC, o presente trabalho analisou os resultados obtidos nos inquéritos de 2012 e 2014 e os comparou com aqueles obtidos em 2010, quando ainda se empregava o antigo protocolo. Os soros de 2010 foram avaliados pelas técnicas do novo protocolo para estimar a prevalência nas condições diagnósticas atuais. Além disso, os índices de positividade e o nível de concordância dos resultados entre os dois testes foram determinados. No estudo foram incluídos os soros obtidos nos diferentes inquéritos, soros de cães do município de Rio Claro (SP) sem transmissão de LV (grupo controle) e soros de cães infectados por outros patógenos diferentes de *Leishmania* sp para verificação de possíveis reações cruzadas, soros de animais com resultado sorológico e parasitológico positivo para *Leishmania* visando analisar a sensibilidade dos testes e eventual co-infecção por patógenos comumente encontrados na população canina através do uso do teste imunocromatográfico SNAP®4Dx®. Os resultados mostraram a ocorrência de redução nos valores de soroprevalência canina no município de Espírito Santo do Pinhal entre os anos de 2012 e 2014 e que esta redução não foi causada pela introdução do novo protocolo diagnóstico da LV canina. Quanto ao desempenho dos testes, o TR-DPP® foi mais específico que o ELISA Bio-Manguinhos que mostrou reação cruzada com *N. caninum*, *B. canis*, *E. canis* e *T. cruzi*.

PALAVRAS-CHAVE: Leishmaniose Visceral/epidemiologia. Leishmaniose Visceral/prevenção & controle. Leishmaniose Visceral/diagnóstico e Saúde Pública.

*Abstract****Epidemiology and control of American visceral leishmaniasis in the state of São Paulo, Brazil. Critical analysis and differential diagnosis of canine visceral leishmaniasis in the municipality of Espírito Santo do Pinhal, 2010 – 2014*****Hélid Raquel Lautenschlaeger Rodrigues De Lucca; José Eduardo Tolezano (orientador)**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2015

ABSTRACT

Visceral leishmaniasis (VL) is a serious public health issue present in 65 countries, affecting about half million people in the whole world. It's a disease that can lead to death. In Brazil, it has become endemic in 21 out of the 27 states with about 3 thousand new cases every year. One of the measures adopted by the Brazilian program for LV control is based on the diagnosis and euthanasia of LV positive dogs, once these animals are reservoirs of the parasite that causes the disease. According to the World Health Organization (WHO), this measure should be adapted to the reality of each place. In Brazil, serological tests are the basis for diagnosing dogs with the disease, hence the importance of using sensitive, specific and low cost tests that are accessible and easy to be used and handled, considering its importance for the public health and also for the measures adopted in regards to the reservoir. Until 2011, the Ministry of Health would standardly use ELISA Bio-Manguinhos as a presumptive test and RIFI Bio-Manguinhos as a confirmatory test. By the end of the same year, the protocol for diagnosing dogs was replaced by TR-DPP®/ELISA Bio-Manguinhos, for presumptive testing and confirmatory testing respectively. Another change that has been made was in regards to interpreting the combination of results for diagnosis. The inconclusive diagnosis that was given to the reacting samples in the presumptive tests and to the non-reacting samples in the confirmatory test have been excluded. Therefore, samples containing the same characteristics, positive for presumptive tests (TR-DPP®) and negative for confirmatory tests (ELISA) are to be considered negative now. Aiming at verifying the performance of new tests and the possible impact in the seroprevalence of infected dogs in the city of Espírito Santo do Pinhal (SP) due to the change in the diagnosis protocol for Canine Visceral Leishmaniasis, this present study has analyzed the results obtained from the inquiries from the years of 2012 and 2014 and compared them to those obtained in 2010, when the former protocol was still in use. The samples from 2010 were reassessed by the techniques used in the new protocol, in order to estimate the prevalence in the actual diagnosing conditions. Besides that, the indexes of positiveness, specificity and agreement between both tests were determined. In this study, serum obtained in different inquiries, serum of dogs from the city of Rio Claro (SP) negative for VL (control group) and serum of dogs infected by other pathogens different than *Leishmania* sp were added in order to verify possible cross-reactions, as well as serum of animals with a positive parasitological and serological status for *Leishmania*, aiming at analysing the sensitiveness of the tests and eventual co-infections caused by pathogens usually found in dogs through the use of the immunochromatographic test SNAP®4Dx®. The results have shown a reduction in the seroprevalence of infected dogs in the city of Espírito Santo do Pinhal between 2012 and 2014, and that this reduction wasn't caused by the introduction of the new diagnosing protocol for canine VL. In regards to the performance of the tests, TR-DPP® was more specific than ELISA Bio-Manguinhos, that showed cross-reactiveness with *Neospora caninum*, *Babesia canis*, *Ehrlichia canis* e *Trypanosoma cruzi*. There was a low level of agreement between the results.

KEYWORDS: Leishmaniose. Visceral/epidemiologia. Leishmaniose Visceral/prevenção & controle. Leishmaniose Visceral/diagnóstico e Saúde Pública.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

O BEPA. **Boletim Epidemiológico Paulista, criado em 2004**, 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).

Missão

Editado nos formatos impresso e eletrônico, o BEPA tem o objetivo de documentar e divulgar trabalhos relacionados à vigilância em saúde, de maneira ágil, estabelecendo um canal de comunicação entre as diversas áreas técnicas e instâncias do SUS-SP. Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde, o Boletim propõe o incentivo à produção de trabalhos técnico-científicos desenvolvidos no âmbito da rede de saúde. Nesse sentido, proporciona a atualização e o aprimoramento dos profissionais e das instituições responsáveis pelos processos de prevenção e controle de doenças, das esferas pública e privada.

Arbitragem

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

Processo de revisão

Os trabalhos publicados no BEPA passam por processo de revisão por especialistas. A Coordenação Editorial faz uma revisão inicial para avaliar se os autores atenderam aos padrões do boletim, bem como às normas para o envio dos originais. Em seguida, artigos originais e de revisão são encaminhados a dois revisores da área pertinente, sempre de instituições distintas daquela de origem dos artigos, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos

autores. Após receber os pareceres, os Editores, que detêm a decisão final sobre a publicação ou não dos trabalhos, avaliam a aceitação dos artigos sem modificações, a recusa ou a devolução aos autores com as sugestões apontadas pelos revisores.

Tipos de artigo

1. Artigo original – Apresenta resultados originais provenientes de estudos sobre quaisquer aspectos da prevenção e controle de riscos e agravos e de promoção da saúde, desde que no escopo da epidemiologia, incluindo relatos de casos, surtos e/ou vigilância. Esses artigos devem ser baseados em novos dados ou perspectivas relevantes para a saúde pública. Devem relatar os resultados a partir de uma perspectiva de saúde pública, podendo, ainda, ser replicados e/ou generalizados por todo o sistema (o que foi encontrado e o que a sua descoberta significa). Extensão máxima de 6.000 palavras; 10 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); 40 referências bibliográficas. Resumo em português e em inglês (*abstract*), com no máximo 250 palavras, e entre três e seis palavras-chave (*keywords*).

2. Revisão – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo os limites do tema. Extensão máxima de 6.000 palavras; resumo (*abstract*) de até 250 palavras; entre três e seis palavras-chave (*keywords*); sem limite de referências bibliográficas; seis ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

3. Artigos de opinião – São contribuições de autoria exclusiva de especialistas convidados pelo Editor Científico, destinadas a discutir ou tratar, em maior profundidade, de temas relevantes ou especialmente oportunos, ligados às questões de saúde pública. Não há exigência de resumo ou *abstract*.

4. Artigos especiais – São textos não classificáveis nas categorias acima referidas, aprovados pelos Editores por serem considerados de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

5. Comunicações rápidas – São relatos curtos, destinados à rápida divulgação de eventos significativos

no campo da vigilância à saúde. A sua publicação em versão impressa pode ser antecedida de divulgação em meio eletrônico. Extensão máxima de 2.000 palavras; sendo opcional a inclusão de resumo (até 150 palavras), palavras-chave (entre três e seis), ilustrações e referências. É recomendável que os autores das comunicações rápidas apresentem, posteriormente, um artigo mais detalhado.

6. Informe epidemiológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças, agravos, e programas de prevenção ou eliminação. Sua estrutura é semelhante à do artigo original, porém sem resumo ou palavras-chave; extensão máxima de 5.000 palavras; 15 referências; quatro ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

7. Informe técnico – Texto institucional que tem por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Inclui, ainda, a divulgação de práticas, políticas e orientações sobre promoção à saúde e prevenção e controle de riscos e agravos. Extensão máxima de 5.000 palavras; seis ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); 30 referências bibliográficas. Não inclui resumo nem palavras-chave.

8. Resumo – Serão aceitos resumos de teses e dissertações até dois anos após a defesa. Devem conter os nomes do autor e do orientador, título do trabalho (em português e inglês), nome da instituição em que foi apresentado e ano de defesa. No máximo 250 palavras e entre três e seis palavras-chave.

9. Pelo Brasil – Deve apresentar a análise de um aspecto ou função específica da promoção à saúde, vigilância, prevenção e controle de agravos nos demais Estados brasileiros. Extensão máxima de 3.500 palavras; resumo com até 250 palavras; entre três e seis palavras-chave; 20 referências; seis ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

10. Atualizações – Textos que apresentam, sistematicamente, atualizações de dados estatísticos gerados pelos órgãos e programas de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças do Estado de São Paulo. Até 3.000 palavras e oito ilustrações. Não inclui resumo nem palavras-chave.

11. Republicação de artigos – são artigos publicados em outros periódicos de relevância, nacionais ou

internacionais, abordando temas importantes cuja veiculação seja considerada, pelos Editores, de grande interesse à saúde.

12. Relatos de encontros – Devem focar o conteúdo do evento e não sua estrutura. Extensão máxima de 2.000 palavras; 10 referências (incluindo eventuais *links* para a íntegra do texto). Não incluem resumo nem palavras-chave.

13. Notícias – São informações oportunas de interesse para divulgação no âmbito da saúde pública. Até 600 palavras, sem a necessidade de referências.

14. Dados epidemiológicos – Atualizações de dados estatísticos sobre agravos e riscos relevantes para a saúde pública, apresentadas por meio de tabelas e gráficos. Inclui contextualização dos dados em até 300 palavras.

15. Recortes Históricos – Texto com informações que registram determinado período, personagem ou fato da história da saúde pública e da ciência. Sua revisão admite critérios próprios da Coordenação Editorial. A inclusão de bibliografia é opcional.

16. Cartas – As cartas permitem comentários sobre artigos veiculados no BEPA, e podem ser apresentadas a qualquer momento após a sua publicação. No máximo 600 palavras, sem ilustrações.

Observação: Informes técnicos, Informes epidemiológicos, Pelo Brasil, Atualizações e Relatos de encontros devem ser acompanhados de carta de anuência do diretor da instituição à qual o(s) autor(es) e o objeto do artigo estão vinculados.

Apresentação dos trabalhos

A cada trabalho deverá ser anexada uma carta de apresentação, assinada por todos os autores, dirigida à Coordenação 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 Helsinkí e aprovada por comissão de ética reconhecida pela Comissão Nacional

de Ética em Pesquisa (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O trabalho deverá ser redigido em Português (BR), com entrelinhamento duplo. O manuscrito deve ser encaminhando em formato eletrônico (e-mail, CD-Rom) e impresso (folha A4), aos cuidados da Coordenação Editorial do BEPA, no seguinte endereço:

Boletim Epidemiológico Paulista
Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 124
Pacaembu – São Paulo/SP – Brasil
CEP: 01246-000
E-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

O manuscrito deverá ser apresentado segundo a estrutura das normas de Vancouver: título; autores e instituições; resumo e abstract; introdução; metodologia; resultados; discussão e conclusão; agradecimentos; referências bibliográficas; e tabelas, figuras e fotografias.

Página de rosto – Contém o título do artigo, que deve ser conciso, específico e descritivo, em português e inglês. Em seguida, deve ser colocado o nome completo de todos os autores e a instituição a que pertencem; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; se subvencionado, indicar o nome da agência de fomento que concedeu o auxílio e o respectivo nome/número do processo; se foi extraído de dissertação ou tese, indicar título, ano e instituição em que foi apresentada.

Resumo – Colocado no início do texto, deve conter a descrição, sucinta e clara, dos propósitos do estudo, metodologia, resultados, discussão e conclusão do artigo. Em muitos bancos de dados eletrônicos o resumo é a única parte substantiva do artigo indexada e, também, o único trecho que alguns leitores leem. Por isso, deve refletir, cuidadosamente, o conteúdo do artigo.

Palavras-chave (descritores ou unitermos) – Seguindo-se ao resumo, devem ser indicadas no mínimo três e no máximo seis palavras-chave do conteúdo, que têm por objetivo facilitar indexações cruzadas dos textos e publicações pela base de dados, juntamente com o resumo. Em português, as palavras-chave deverão ser extraídas do vocabulário Descritores em Ciências em Saúde (DeCS), da Bireme (<http://decs.bvs.br/>); em inglês, do Medical Subject Headings (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>). Caso não sejam encontradas palavras-chave adequadas à temática

abordada, termos ou expressões de uso corrente poderão ser empregados.

Introdução – Iniciada em página nova, contextualiza o estudo, a natureza das questões tratadas e sua significância. A introdução deve ser curta, definir o problema estudado, sintetizar sua importância e destacar as lacunas do conhecimento abordadas.

Metodologia (Métodos) – Deve incluir apenas informação disponível no momento em que foi escrito o plano ou protocolo do estudo (toda a informação obtida durante a condução do estudo pertence à seção de resultados). Deve conter descrição, clara e sucinta, acompanhada da respectiva citação bibliográfica, dos procedimentos adotados, a população estudada (universo e amostra), instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação e método estatístico.

– Devem ser apresentados em sequência lógica no texto, tabelas e figuras, colocando primeiramente as descobertas principais ou mais importantes. Os resultados encontrados devem ser descritos sem incluir interpretações e/ou comparações. Sempre que possível, devem ser apresentados em tabelas e figuras autoexplicativas e com análise estatística, evitando-se sua repetição no texto.

Discussão – Deve começar com a apreciação das limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, explorando adequada e objetivamente os resultados.

Conclusão – Traz as conclusões relevantes, considerando os objetivos, e indica formas de continuidade do trabalho.

Agradecimentos – Em havendo, deve-se limitar ao mínimo possível, sempre ao final do texto.

Citações bibliográficas – A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Ao longo do artigo, o número de cada referência deve corresponder ao número sobrescrito, **colocado sem parênteses e imediatamente após a respectiva citação**. Devem ser numeradas, a partir daí, consecutivamente.

Exemplo:

“No Brasil, a hanseníase ainda é um problema a ser equacionado e, no Estado de São Paulo, há várias regiões com altas taxas de detecção.¹ Dentre as diversas medidas tomadas pelo Ministério da Saúde (MS)² para eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública no País, atingindo a prevalência de um caso para cada 10 mil habitantes, destacam-se as ações de educação e informação,

preconizadas para todos os níveis de complexidade de atenção.”

Referências bibliográficas – listadas ao final do trabalho, devem ser numeradas de acordo com a ordem em que são citadas no texto. A quantidade de referências deve se limitar ao definido em cada tipo de artigo aceito pelo BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista.

A normalização das referências deve seguir o estilo *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (Vancouver), <http://www.icmje.org/>.

Para referências cujos exemplos não estejam contemplados neste texto, consultar os *links*: Guia de Apresentação de Teses (Modelo para Referências) da Faculdade de Saúde Pública/USP, http://www.bvs-p.fsp.usp.br:8080/html/pt/paginas/guia/i_anexo.htm ou *Citing Medicine, 2nd edition*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>.

Segundo as normas de Vancouver, os títulos de periódicos são abreviados conforme aparecem na Base de dados PubMed, da *US National Library of Medicine*, disponível no site <http://www.pubmed.gov>, selecionando *Journals Database*.

Para consultar títulos de periódicos nacionais e latino-americanos: <http://portal.revistas.bvs.br/main.php?home=true&lang=pt>.

Exemplos de Referências:

a) Artigos de periódicos:

Se a publicação referenciada apresentar dois ou mais autores, indicam-se até os seis primeiros, seguidos da expressão *et al*.

1. Opromolla PA, Dalbem I, Cardim M. Análise da distribuição espacial da hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. *Rev bras epidemiol.* 2005;8(4):356-64.
2. Ponce de Leon P, Valverde J, Zdero M. Preliminary studies on antigenic mimicry of *Ascaris Lumbricoides*. *Rev latinoam microbiol.* 1992;34:33-8.
3. Carlson K. Reflections and recommendations on reserch ethics in developing countries. *Soc Sci Med.* 2002;54(7):1155-9.

b) Livros:

1. Pierson D, organizador. *Estudos de ecologia humana: leituras de sociologia e antropologia social*. São Paulo: Martins Fontes; 1948.

A indicação da edição é necessária a partir da segunda.

c) Capítulos de livro:

1. Wirth L. História da ecologia humana. In: Pierson D, organizador. *Estudos de ecologia humana: leituras de sociologia e antropologia social*. São Paulo: Martins Fontes; 1948. p.64-76.

d) Autoria corporativa:

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Amamentação e uso de drogas*. Brasília (DF); 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. *Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos*. Ginebra; 1993. (DAP. 93.1).

e) Dissertações de mestrado, teses e demais trabalhos acadêmicos:

1. Moreira MMS. *Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento [dissertação de Mestrado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
2. Rotta CSG. *Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial [tese de Doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

f) Trabalhos apresentados em congressos, simpósios, encontros, seminários e outros:

1. Levy MSF. *Mães solteiras jovens*. In: *Anais do 9º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 1994; Belo Horizonte, BR. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1995. p. 47-75.
2. Fischer FM, Moreno CRC, Bruni A. *What do subway workers, commercial air pilots, and truck drivers have in common?* In: *Proceedings of the 12. International Triennial Congress of the International Ergonomics Association*; 1994 Aug 15-19; Toronto, Canada. Toronto: IEA; 1994. v. 5, p. 28-30.

g) Documentos eletrônicos:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. *Síntese de indicadores sociais 2000* [acesso em 5 mar. 2004]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Calendário de vacinas para crianças/2008* [base de dados na internet]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2619&tipo_detalhe=s&print=1

3. Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 25 maio 2004];35:23-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102001000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

h) Legislação:

1. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. Instrução Normativa n. 62, de 26 de agosto de 2003. Oficializa os métodos analíticos oficiais para análises microbiológicas para o controle de produtos de origem animal e água. Diário Oficial da União. 18 set. 2003; Seção 1:14.
2. São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 18 mar. 1999; Seção 1:1.
3. Casos não contemplados nestas instruções devem ser citados conforme indicação do *Committee of Medical Journals Editors* (Grupo Vancouver), disponível em <http://www.cmje.org>.

Tabelas – devem ser apresentadas em folhas separadas ou arquivo a parte, numeradas consecutivamente com

algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. A cada uma deve ser atribuído um título breve, evitando-se linhas horizontais ou verticais. Notas explicativas devem ser limitadas ao menor número possível e colocadas no rodapé das tabelas, não no cabeçalho ou título. Os arquivos não poderão ser apresentados em formato de imagem.

Quadros – são identificados como tabelas, seguindo numeração única em todo o texto. A exemplo das tabelas, devem ser apresentados, da mesma forma, em folhas separadas ou arquivo a parte, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. Também não poderão ser apresentados no formato de imagem.

Figuras – fotografias, desenhos, gráficos etc., citados como figuras, devem ser numerados consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que forem mencionados no texto, por número e título abreviado no trabalho. As legendas devem ser apresentadas conforme as tabelas. As ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, em resolução de no mínimo 300 dpi.

Orientações Gerais – tabelas, ilustrações e outros elementos gráficos devem ser nítidos e legíveis, em alta resolução. Se já tiverem sido publicados, mencionar a fonte e anexar a permissão para reprodução. O número de elementos gráficos está limitado ao definido em cada tipo de artigo aceito pelo BEPA. Abreviaturas, quando citadas pela primeira vez, devem ser explicadas.

Instruções na íntegra em:

<http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/publicacoes/bepa-edicoes-em-pdf>



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

