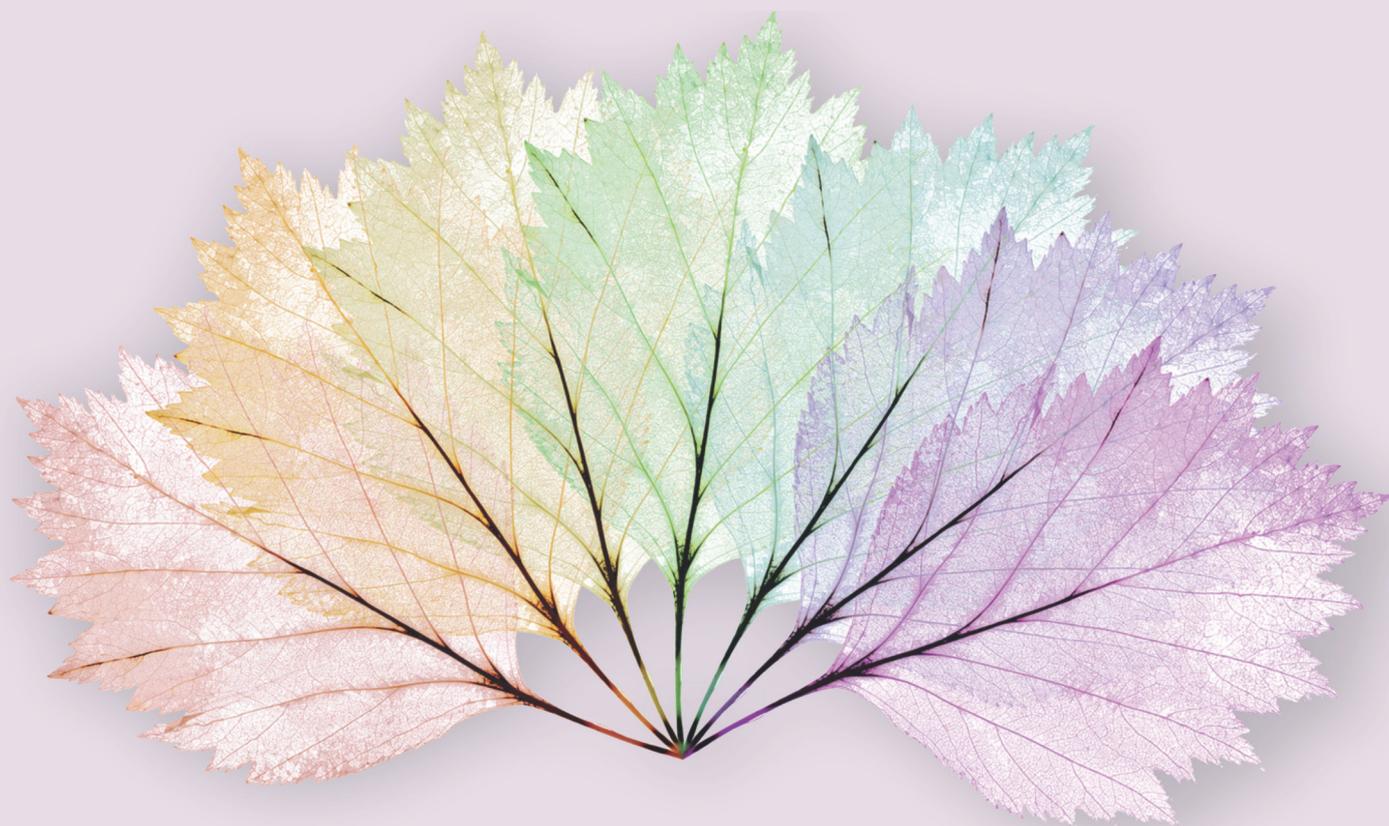


ISSN 1806 - 423 - X
ISSN 1806 - 4272 – online

BEPA



Boletim Epidemiológico Paulista

Volume 17 número 197 maio/2020

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 17 Nº 197

maio de 2020

Nesta edição

Gestão de qualidade no serviço público – estudo de caso da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) <i>Quality management in the public service – case study of the Superintendência de Controle de Endemias (Sucen)</i>	1
Hipertensão Arterial no Estado de São Paulo e Recomendações Frente à COVID-19 <i>Arterial Hypertension in the State of São Paulo and Recommendations for COVID-19</i>	16
Obesidade no cenário da COVID-19 no Estado de São Paulo <i>Obesity in the scenario of COVID-19 in the State of São Paulo</i>	21
Influenza – Campanha de Vacinação 2020, avaliação preliminar, parte II <i>Influenza – Vaccination Campaign 2020, preliminary assessment, part II</i>	25
Situação Epidemiológica do Sarampo no estado de São Paulo <i>Epidemiological Situation of Measles in the State of São Paulo</i>	30
Novo Coronavírus (COVID-19) – Situação Epidemiológica em 31 de maio <i>New Coronavirus (COVID-19) – Epidemiological Situation on May 31</i>	31
Boletim de Dengue, Chikungunya e Zika, semana epidemiológica 01 a 23 de 2020, Estado de São Paulo <i>Dengue, Chikungunya and Zika Bulletin, epidemiological week 01 to 23, 2020, State of São Paulo</i>	34
Distribuição de sorotipos, perfil de suscetibilidade antimicrobiana e caracterização molecular de cepas de <i>Streptococcus pneumoniae</i> isoladas de doença pneumocócica invasiva nos períodos pré e pós a introdução da vacina pneumocócica 10-valente no Brasil <i>Serotype distribution, antimicrobial susceptibility profile and molecular characterization of strains of Streptococcus pneumoniae isolated from invasive pneumococcal disease in the periods before and after the introduction of the 10-valent pneumococcal vaccine in Brazil</i>	35
Instruções aos Autores <i>Author's Instructions</i>	37

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: Paulo Rossi Menezes

Editor Executivo: Clelia Aranda

Editores Associados:

Marcos Boulos – Sucen/SES-SP
Laura Nogueira da Cruz – IAL/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP
Luciana Hardt – IP/CCD/SES-SP
Alexandre Gonçalves – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP
Helena Keico Sato – CVE/CCD/SES-SP

Comitê Editorial:

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP
Angela Tayra – CRT/Aids/CCD/SES-SP
Catia Martinez Minto – CIVS/CCD/SES-SP
Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP
Juliana Galera Castilho – IP/CCD/SES-SP
Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP
Rubens Antônio da Silva – Sucen/SES-SP

Coordenação Editorial:

Kátia Rocini
Lilian Nunes Schiavon
Maria de Fátima Costa Pires
Sylia Rehder

Revisão:

Kátia Rocini

Projeto gráfico/editoração:

Marcos Rosado – CPDC/CCD/SES-SP

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

Consultores Científicos:

Benedito Antônio Lopes da Fonseca – HCRB/USP-SP
Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu-SP
Celso Granato – EPM/MS
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – Sucen/SES-SP
Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP
Exedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP-SPGerusa
Figueiredo – IMT/USP-SP
Gonzalo Vecina Neto – FSP-USP
José Ângelo Lindoso – IIER/SES-SP
José Cássio de Moraes – FCM/SC-SP
José da Rocha Carvalheiro – Fiocruz-RJ
José da Silva Guedes – SC/SP
Marcelo Bahia Labruna – FMVZ/USP-SP
Marcos Boulos – FMUSP/SP
Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/SES-SP
Marcos Vinícius da Silva – IIER/SES-SP
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz – CCD/SES-SP
Rodrigo Nogueira Angerami – HC/Unicamp-SP
Vilma 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>

Artigo original

Gestão de qualidade no serviço público – estudo de caso da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen)

Quality management in the public service – case study of the Superintendência de Controle de Endemias (Sucen)

Rosana Machado de Alcantara¹; Durval Lucas Jr.^{II}

¹Gabinete da Superintendência e Conselho Deliberativo da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen). Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. ^{II}Departamento Acadêmico de Administração. Escola Paulista de Política, Economia e Negócios da Universidade Federal de São Paulo (EPPEN-Unifesp). São Paulo, Brasil.

RESUMO

O presente estudo de caso visa apresentar como uma instituição pública da área da saúde pode elaborar diretrizes para um projeto de implantação da melhoria institucional, por meio da autoavaliação, com auxílio de ferramentas da gestão de qualidade. Esta é de grande importância dentro de uma organização, pois permite que sejam traçadas estratégias que possam resolver ou amenizar suas problemáticas. A Gestão de Qualidade vem ao encontro da grande necessidade de trazer para as organizações a estratégia de alcançar melhoria, chegando à excelência naquilo que desempenham, em toda parte da organização, ou seja, nas pessoas, nos departamentos, nos sistemas, no atendimento e conseqüentemente no resultado. A metodologia utilizada foi a qualitativa e de forma subjetiva foi apresentada a trajetória da busca pela implantação do projeto de melhoria institucional mediante a gestão de qualidade na Superintendência de Controle de Endemias – Sucen, da Secretaria de estado da Saúde de São Paulo, com embasamento no instrumento de autoavaliação da Gespública 250 pontos, juntamente com as ferramentas da gestão de qualidade. São muitas as limitações e dificuldades enfrentadas por organizações que tentam implantar a gestão de qualidade e isso ocorre pela falta de conhecimento no assunto e falta de motivação, principalmente por parte dos gestores, que têm como uma de suas incumbências manter a equipe motivada. Uma organização é formada por pessoas que devem trabalhar com o foco na melhoria e busca constante da excelência, o que é possível com a implantação da Gestão de Qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de Qualidade. Serviço Público. Autoavaliação.

INTRODUÇÃO

A Gestão de Qualidade é um tema de grande importância dentro de uma organização, pois permite que sejam traçadas estratégias que podem resolver ou amenizar as problemáticas desta, trazendo crescimento e desenvolvimento.

Segundo a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), a Gestão de Qualidade pode superar as expectativas de uma organização, desde que atenda às necessidades dos clientes, viabilizando as melhorias com foco na qualidade da produção, processos e serviços oferecidos. A FNQ é um centro brasileiro de estudo e disseminação de inteligência em gestão. Criada em 1991, é uma instituição sem fins lucrativos e tem o objetivo principal de propagar os Fundamentos da Excelência em gestão para empresas de todos os setores e portes.¹

As atividades da FNQ são fundamentadas no Modelo de Excelência da Gestão (MEG), metodologia de avaliação, autoavaliação e reconhecimento das boas práticas de gestão, que está organizado em Fundamentos e Temas que definem uma base teórica e prática para a busca da excelência.²

O Decreto nº 5.378, de 23 de fevereiro de 2005, que criou o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (PMGPD) e seu Instrumento de Autoavaliação da Gestão Pública (IAGP 250 Pontos), possibilitou durante muitos anos que as organizações que o utilizaram pudessem implementar o MEG, trazendo com isso qualidade para a organização. Porém, em 2017, este decreto foi extinto, mas o legado foi cumprido e pode ser utilizado por meio do Instrumento de Autoavaliação em sua íntegra ou adaptado de acordo com a necessidade de cada organização.^{3,4}

Pelo instrumento de autoavaliação da GesPública e a determinação em cumprir o Plano Estadual de Saúde (PES, 2016-2019) – principalmente no Eixo III, Vigilância em Saúde –, a Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) propôs a criação do projeto de melhoria em sua gestão institucional.

A instituição pública Sucen tem o papel de coordenar, monitorar e avaliar as ações de vigilância e controle de vetores, hospedeiros intermediários e artrópodes peçonhentos, bem como produzir e disseminar conhecimento científico e compartilhar tecnologias para vigilância em saúde. Por ter uma missão tão importante como a que possui, faz-se necessária a busca pela melhoria de suas ações, caso contrário poderá até ser extinta.

Os fatores que determinaram a escolha deste tema é que a qualidade é muito discutida pelas grandes organizações e traz excelência para os processos que executam, devendo ser implantada tanto em instituições privadas como nas públicas, principalmente na área da saúde, por realizar atendimento institucional ou público em geral.

O objetivo deste estudo é relatar a experiência do Grupo de Trabalho de Qualidade da Sucen realizada por meio da utilização de mecanismos de autoavaliação institucional, com enfoque na questão da dificuldade em implantar a qualidade em uma instituição pública, até mesmo pelo descontentamento de alguns em participar do processo, assim como o que precisa ser estabelecido como norma, manuais de procedimentos e indicadores.

O tipo de pesquisa deste artigo é qualitativo com estratégia de apresentação do estudo de caso da proposta de implantação de melhoria no plano estratégico da Sucen.

REFERENCIAL TEÓRICO

A busca por excelência nas organizações tem se tornado cada vez mais comum, devido aos benefícios que ela traz, porém existe um processo que tem que ser cuidadosamente trabalhado para tal conquista, e é com a gestão da qualidade que se consegue chegar a uma padronização dos trabalhos e à verificação dos pontos fracos e fortes a serem tratados.

Burmester (2013) enfatiza que a qualidade deve ser um hábito adquirido por meio de treinamento e repetição, ou seja, um processo em contínuo desenvolvimento sempre com o objetivo de alcançar novos patamares e estes se renovarem a cada etapa. Assim, a Gestão de Qualidade requer perseverança para que aconteça e, após uma vitória alcançada, deve-se rever de tempo em tempo para correção de passos que foram seguidos. Portanto, é uma busca sem fim pela excelência.⁵

Cortella (2013) traduz o pensamento da gestão da qualidade quando diz que:

Excelência não é um lugar aonde você chega. Só será possível construir futuro e buscar excelência se formos capazes de conviver, dentro da igualdade, com a diferença das atividades que cada um faz. Num mundo que muda velozmente, uma empresa só se fortalece se estabelecer condições de sinergia. (Cortella, 2013, p. 77)⁶

E é a sinergia que impulsiona muitas organizações na busca pela renovação.

Bergue (2012), em seu estudo sobre a Cultura e Mudança Organizacional, deixa claro que:

O processo de transformação organizacional a partir da perspectiva humana considera que

o objetivo da mudança é trazer satisfação e harmonia ao ambiente de trabalho tanto como fatores de realização e progresso pessoais como causadores de eficiência. O agente de mudança nesse contexto é a pessoa detentora de competências que permite a intervenção no nível do grupo, além de ser conhecedora da gestão de recursos humanos na organização contemporânea. (Bergue, 2012, p. 64)⁷

O processo de mudança requer muito esforço mental, pois em uma organização não existe um só pensamento, na verdade são várias cabeças pensantes e cada uma com sua linha de raciocínio, porém a partir do momento que se passa a pensar no coletivo e na instituição como sendo parte dela chega-se à conclusão de que a minha opinião é importante, mas a do outro também é.

Burmester (2013) deixa claro em sua obra que: Quem acredita que alcançou a “qualidade desejada” já começou a perdê-la. Por isso um pré-requisito para alcançá-la é a humildade de saber que sempre há algo novo para ser alcançado; que não se sabe tudo e que se deve continuar sempre buscando; que sempre se pode fazer melhor, não importa em qual estágio se encontre a organização; e sempre haverá alguém fazendo as coisas melhor do que nós. E este pensamento nos faz impulsionar na vontade de prosseguir sabendo que a estrada é longa e não tem fim.⁵

Pereira & Pereira (2015) relatam em seu estudo que: O gerenciamento de serviço se caracteriza pela forma organizacional que faz a qualidade do serviço ser percebida pelo cliente como a mais importante força impulsionadora da operação do negócio. Sua filosofia de administração de serviço

sugere que todos tenham um papel específico no esforço de garantir que o atendimento funcione bem para o cliente. Assim, qualquer pessoa que esteja em contato direto com o cliente deveria colocar-se no seu lugar, com o seu ponto de vista e fazer o possível para atender às suas necessidades. A filosofia de administração de qualidade de serviço diz que toda organização deve atuar como um grande serviço de atendimento ao cliente (Roeder, 2008).⁸

Costa (2014), em sua monografia, afirma que:

A implantação de um sistema de gestão da qualidade busca o envolvimento de todos os níveis de pessoas da organização, para que seus conhecimentos e habilidades sejam utilizados em prol de um propósito comum: a satisfação dos clientes. Por isso, esse desafio se torna maior, mais crítico e árduo. (Costa, 2014, p. 13)⁹

A melhor forma de se implantar a gestão de qualidade em uma instituição pública é fazendo com que todos participem do processo de implantação, tendo a convicção de que essa atitude tem um importante significado.

Costa (2014), em continuação ao pensamento, enfatiza que:

A decisão sobre a implantação de metodologias como essa permite uma visão mais ampla sobre o funcionamento e a inter-relação entre os processos de uma empresa, além de um melhor entendimento sobre as causas de problemas e as oportunas ações de melhorias dos mesmos. Ainda, proporciona uma maior compreensão sobre as autoridades e responsabilidades determinadas para alcance de objetivos comuns, a redução de

barreiras funcionais e a melhoria do trabalho em equipe. (Costa, 2014, p. 13)⁹

A dificuldade de implantar a qualidade pode ser amenizada se em paralelo ocorrer o planejamento estratégico situacional com enfoque na discussão da questão da eficiência, como foi relatado no estudo abaixo:

O estudo de caso confirmou esta hipótese, demonstrando, também, que a Qualidade Total pode ser utilizada em instituições governamentais em complementaridade ao PES a fim de garantir que problemas bem estruturados, característicos da rotina do dia-a-dia, possam ser executados e monitorados a contento. (Rutkowski, 1998, p. 284)¹⁰

Nesta citação, o autor relatou a grande dificuldade da implantação da qualidade, porém ela pode ser utilizada em paralelo com o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o que viabiliza a ação e permite um resultado maior, até mesmo por conta da participação de todos, visto ocorrerem as revisões dos problemas de rotinas.

Dagnino (2014) esclarece que:

O Planejamento Estratégico Situacional, método PES, surgiu em meados da década de 1970 como resultado da busca de uma ferramenta de suporte ao mesmo tempo científica e política para o trabalho cotidiano de dirigentes públicos e outros profissionais em situação de governo. Seu criador foi o ex-ministro de Planejamento chileno do governo Allende, Carlos Maltus. (Dagnino, 2014 p. 83)¹¹

E enfatiza que o método PES surgiu quando Maltus estava preso por conta do golpe militar e na prisão formulou uma crítica ao planejamento governamental tradicional e propôs um método alternativo

que batizou como Planejamento Estratégico Situacional.

As ferramentas de qualidade, 5W2H e matriz GUT são ferramentas que permitem visualizar a solução dos problemas e em paralelo definem quais têm prioridade. Suas descrições podem ser observadas nas citações a seguir:

Francisco (2011), no Portal Administradores, diz que:

A utilização de tal ferramenta permite que um processo em execução seja dividido em etapas, estruturadas a partir das perguntas, com o intuito de serem encontradas falhas que impedem o término adequado do processo. O 5W2H também pode ser utilizado para criar um Plano de Ação para atingimento das metas e para a busca constante da melhoria contínua. (Francisco, 2011)¹²

Periard (2011) apresenta em seu blog a Matriz GUT, sigla de Gravidade, Urgência e Tendência:

A matriz GUT é uma ferramenta muito utilizada pelas empresas para priorizar os problemas que devem ser atacados pela gestão, bem como para analisar a prioridade que certas atividades devem ser realizadas e desenvolvidas. (Periard, 2011)¹³

Essas ferramentas foram as mais utilizadas pelo Grupo de Qualidade da Sucen, e que permitiram que a autoavaliação fosse trabalhada de forma a apresentar quais os problemas de maior relevância.

Em 2014 ocorreu o “14º Fórum de Boas Práticas – O exemplo é de quem faz bem feito!”. Esse fórum se transformou em um e-book elaborado pela Fundação Nacional

da Qualidade, em que foram relatadas todas as boas experiências de implantação da excelência nas organizações que participaram. Definiu a Boa Prática como:

[...] um processo gerencial, de natureza não operacional, implementado pela organização de maneira proativa, com responsabilidade, método, controle e periodicidade definidos, que atenda aos fatores de aplicação, aprendizado e integração, mensurados em resultados qualitativos e quantitativos. (CQH, 2014, p.05)¹⁴

Os Desafios da Gestão foram apresentados nesse Fórum por meio dos principais problemas de gestão das organizações, que são:

- Falta de constância e comprometimento da liderança;
- Falta de engajamento das pessoas;
- Dificuldade para tangibilizar os resultados da gestão de qualidade;
- Resistência à mudança;
- Comunicação e desdobramento das estratégias;
- Falta de visão sistêmica e corporativa.

Os problemas apresentados acima são vivenciados pela maioria das organizações, o que faz com que a implantação da qualidade se torne difícil, mas não impossível.

Porém, conforme Carvalho (2014) cita em seu artigo “Serviço Público: O cemitério da motivação?” que diz:

O setor público brasileiro precisa lidar com um paradoxo. De um lado, seu funcionamento é guiado pelo tradicional modelo burocrático weberiano, que lhe garante uniformidade de procedimentos, padronização de regras, previsibilidade e estruturas hierárquicas rígidas. De outro

lado, nas últimas décadas, a gestão pública sofre cada vez mais pressão para entregar melhores resultados e responder com agilidade às justas e crescentes demandas da sociedade. (Carvalho, 2014, p. 134)¹⁵

Neste paradoxo, que mais parece uma “queda de braço” acaba vencendo aquele que possui mais argumentos e motivação para conduzir um ou outro lado.

A motivação é um aspecto importante para o avanço em projetos de gestão de qualidade, pois é o que impulsiona a prosseguir, mesmo com falta de recursos, tanto financeiros como de pessoal, seguindo-se em busca da excelência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com levantamento de referência bibliográfica sobre a gestão da qualidade por meio de consultas em livros, artigos científicos e internet e o levantamento da documentação, como publicações, atas de reuniões das práticas vivenciadas da gestão de qualidade na instituição pública Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), com proposta de criação de formulários de preenchimento, rotina metodológica com antecedente, e criação de uma sistematização com o passo a passo a seguir.

Essa proposta poderá ser utilizada por toda a organização por meio da construção de um manual de procedimentos de indicadores que trabalhará a estruturação metodológica de avaliação na organização.

A Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) foi criada pelo Decreto-Lei nº 232, de 17/04/1970, alterado pelo

Decreto-Lei nº 238, de 30/04/1970, e pela Lei nº 1804, de 18/10/1978. Constitui Autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo pelo Decreto nº 46.063/2001 e tem por finalidade promover o efetivo controle das doenças transmitidas por vetores e seus hospedeiros intermediários no estado. Realiza pesquisas e atividades necessárias ao avanço científico e tecnológico cooperando técnica e financeiramente com os governos municipais (como executores das ações locais de controle), bem como subsidiando-os no controle de artrópodes peçonhentos e incômodos e outros animais envolvidos na cadeia epidemiológica das doenças transmitidas por vetores.¹⁶

Estruturalmente apresenta, além das áreas administrativas, dez centros regionais, 17 setores e cinco bases distribuídos em todo o estado (figura 1). Conta também com sete laboratórios especializados: bioquímica e biologia molecular, entomologia médica, imunoepidemiologia, malacologia, simulídeos, vetores, entomologia aplicada.¹⁶

À época do estudo, contava com 1.024 funcionários, sendo 34 pesquisadores, 395 administrativos, 491 agentes de controle de endemias e 104 diferentes profissionais de categorias técnicas.

Conforme Marconi & Lakatos (2010, p.65), a pesquisa qualitativa “é um método que se preocupa em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano” e de forma subjetiva serão apresentados os avanços deste estudo de caso, com objetivo de pesquisa exploratória com survey, ou seja, com a busca dos dados da autoavaliação diretamente com Grupo de Trabalho da Sucen.¹⁷

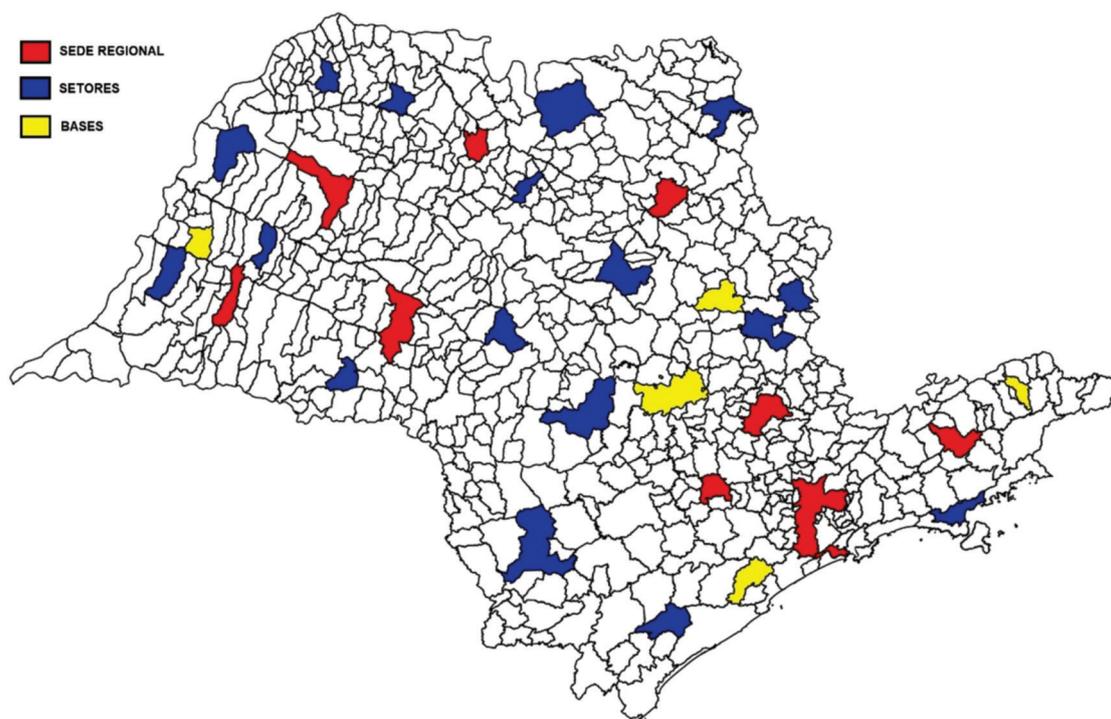


Figura 1. Estrutura Regional da Superintendência de Controle de Endemias – Sucen, ESP, 2019

A Unidade de Análise apresentada neste estudo é o Grupo de Trabalho da Sucen, composto por seus servidores, a seguir: Irma Teresinha Rodrigues Neves Ferreira, Adriano Pinter dos Santos, Cleide Dantas de Oliveira, Eduardo Bitelli da Costa, Gerson Laurindo Barbosa, José Eduardo Bracco, Rosana Machado de Alcantara, Sueli Yasumaro e Susy Mary Perpétuo Sampaio pelas áreas administrativa, técnica e de pesquisa da instituição, constituído com a finalidade de apresentar proposta de implementação de boas práticas de Gestão na Autarquia, a partir do diagnóstico institucional, conforme previsto na Portaria SUP nº 109/2018, publicada no Diário Oficial nº 182 de 27/09/2018, fls. 37, Seção I.

A coleta de dados se deu com a observação dos instrumentos e análise da Autoavaliação, que ocorreu no mês de novembro/2018, com

a percepção do GT de Qualidade, que utilizou as ferramentas de gestão de qualidade 5W2H e GUT para apresentação dos problemas observados na instituição.

O instrumento da Autoavaliação Gespública – 250 Pontos foi submetido ao Grupo de Trabalho da Sucen, para que os dados fossem tratados, analisados e divididos para melhor percepção. Por se tratar de um instrumento composto por 8 critérios com 9 itens cada (Governança, Estratégias e Planos, Cidadão-Usuário, Interesse Público e Cidadania, Informação e Conhecimento, Pessoas, Processos e Resultados), este foi analisado pelo Grupo de Trabalho, juntamente com os servidores Renata Caporale Mayo, Joel Guimarães e Dalton Pereira da Fonseca Junior, um total de 12 gestores, e depois de respondido, pontuou-se uma média, chegando ao total de 126 pontos, o que foi considerado

uma média boa para uma instituição que não tem implantada a gestão de qualidade.

Os procedimentos adotados para a realização desta pesquisa foram:

- Etapa 1 – Submissão e aprovação da proposta: O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Técnica da Sucen e, após aprovação, iniciou-se a coleta de dados por meio das observações e análises de dados das reuniões do Grupo de Trabalho de Qualidade;
- Etapa 2 – Levantamento dos dados e documentos necessários: A coleta de dados iniciou-se em fevereiro/2019, com acesso ao diário de memória das reuniões, atas, portarias, legislação e depoimentos do Grupo de Trabalho referente ao período em que atuaram, ou seja, a partir de setembro/2018, além da pesquisa bibliográfica realizada em paralelo;
- Etapa 3 – Procedimentos de análise utilizados: Após o levantamento de dados foi possível identificar os passos seguidos e traçar uma linha do tempo dos trabalhos realizados:
 - Elaboração do perfil da organização;
 - Discussão da Missão, Visão e Valor da instituição, com proposta de validação;
 - Preenchimento da Autoavaliação e validação da pontuação atingida;
 - Diagnóstico da autoavaliação com a utilização das ferramentas GUT e 5W2H para identificação dos problemas;

- Classificação dos problemas e proposta do plano de melhoria.

- Etapa 4 – A construção do Relatório e do texto deste artigo ocorreu mediante análise do Grupo de Trabalho de Qualidade da Sucen, que a partir da autoavaliação identificou os problemas da instituição e apresentou proposta de melhoria que em longo prazo podem estabelecer a implantação da gestão de qualidade, conforme a citação do referencial teórico que evidencia a qualidade como um processo em contínuo desenvolvimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o referencial teórico, que traz de forma clara o que é a gestão de qualidade e como ela pode ser implementada, por meio da transformação organizacional pela busca da excelência dos trabalhos que são realizados, a Sucen, a partir da criação do Grupo de Trabalho de Qualidade, começou galgar o desejo de tal implantação.

O projeto da implantação da Gestão de Qualidade na Sucen se deu a partir da determinação do Plano Estadual de Saúde 2016/2019, que somada à demanda do Conselho Deliberativo da Sucen por um plano de trabalho e alinhamento futuro do papel da instituição, foi estabelecido um Grupo de Trabalho por orientação da Superintendência, representando a área administrativa, técnica e pesquisa com o intuito de retomar os trabalhos de reorganização da Sucen e na revisão de sua Missão, Visão e Valor.

Por meio de uma assessoria técnica da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH), da Secretaria da Saúde (SES) foi proposto um

plano de ação que se iniciou com a realização de oficinas para que fosse traçado o mapa do perfil da instituição. O Mapa Institucional é um retrato da instituição e seus fluxos: entradas, processos, produtos e público-alvo.

Em 12/06/2018 e 05/07/2018, foram realizadas oficinas com a participação de representantes dos Centros Regionais da Sucen, em que foram discutidas e definidas, consensualmente, as entradas, os processos, os produtos e os clientes da instituição, conforme Quadro 01. Foi observado, pela assessoria do CRH, que, para o projeto dar continuidade, seria necessário maior envolvimento por parte dos gestores da instituição, problema que ocorre em diversas instituições pela falta de motivação e o receio da mudança.

No dia 09/08/2018 foi realizada reunião no anfiteatro da Sucen, com a presença do Superintendente, Eng. Agr. Dalton Pereira da Fonseca Junior, na qual compareceram os servidores da Sede da Autarquia, onde foi apresentada a situação atual da instituição, com a fala de que “precisamos nos adequar aos tempos modernos” e, para isso, foi proposta a realização de uma autoavaliação com o intuito

de estabelecer metas, estratégias e até mesmo correção de rumo, dadas as incertezas e dificuldades que a instituição vem vivenciando, e a partir desta autoavaliação, a elaboração de um Projeto de Gestão Institucional.

Com a indicação do documento chamado Gespública, que versa sobre Gestão de Qualidade, adaptado aos órgãos públicos pelo Ministério do Planejamento, foi deliberado pelo Superintendente da Sucen a criação de um Grupo de Trabalho que fosse representativo para discutir os encaminhamentos das questões que versam sobre a implantação da qualidade (Portaria SUP n. 109/2018, publicado no Diário Oficial nº 182, de 27/09/2018).

Durante o período de julho/2018 a junho/2019 ocorreram cerca de uma reunião por mês, no total de 12 reuniões, 4 oficinas e 5 reuniões com formato de dinâmica de grupo.

Este grupo realizou a autoavaliação e seus desdobramentos culminaram em uma oficina com a apresentação da proposta da nova Missão, Visão, Valor da instituição e proposta de projeto de implantação da gestão de qualidade e que foi validada, conforme Quadro 02.

Quadro 01. Definição do Mapa Perfil da Sucen - 2019

ENTRADA	PROCESSOS	PRODUTO	CLIENTES
	como realizamos	o que entregamos	para quem entregamos
Conhecimento Técnico e Científico	Pesquisa Biológica de Campo	Formação e Produção de Conhecimento	População
Vigilância e pesquisa de vetores e hospedeiros intermediários	Acompanhamento das Ações (orientação técnica, supervisão)	Indicadores Entomológicos	Secretaria Municipal de Saúde
Recursos Humanos, Materiais e Financeiros	Capacitação	Apoio Técnico e Suporte aos Municípios	Secretarias Estaduais de Saúde e Meio Ambiente
Diretrizes Estaduais e Nacionais de Enfrentamento das Arboviroses	Execução das Atividade de Controle	Assessoria Técnica	Ministério da Saúde
Comunidade Científica	Atividades de Pesquisa Científica e Tecnológica	Formação Acadêmica (Complementar)	Comunidade Científica
População	Atividades de Pesquisa Científica e Tecnológica	Inovação Tecnológica	Empresas Privadas

Consolidado por consenso na Oficina de 05/07/2018

Fonte: Grupo de Trabalho de Qualidade

Quadro 2. Definição da Missão, Visão e Valor da Sucen - 2019

MISSÃO	VISÃO	VALOR
Coordenar, monitorar e avaliar ações de vigilância e controle de vetores, hospedeiros intermediários e artrópodes peçonhentos, bem como produzir e disseminar conhecimento científico e compartilhar tecnologias para vigilância em saúde.	Consolidar-se como referência técnica em vigilância e controle de vetores, hospedeiros intermediários e artrópodes peçonhentos.	Competência técnica; Protagonismo na integração intersetorial; Capilaridade e Logística; Compromisso com resultados; Ética e transparência.

Fonte: Grupo de Trabalho de Qualidade da Sucen

A partir da definição da Missão, Visão e Valor da instituição iniciou-se o processo de melhoria contínua da gestão com a autoavaliação, conforme o ciclo de avaliação do Modelo de Excelência em Gestão Pública composto por: Autoavaliação; Elaboração do Plano de Melhoria da Gestão; Validação Externa da Autoavaliação e Implementação das Melhorias e Monitoramento.

O instrumento de Autoavaliação da GesPública é composto por 8 critérios, com 9 itens cada. O questionário na íntegra pode ser acessado no site da GesPública e adaptado de acordo com a necessidade de cada instituição. A Autoavaliação é um diagnóstico interno, feito pela própria organização, tendo por objetivo quantificar e qualificar os principais fatores relacionados à organização, com ênfase em suas práticas de gestão e resultados institucionais.

Por meio da autoavaliação, realizada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade, foi apurada uma média da pontuação e, por meio das ferramentas de qualidade método GUT e 5W2H, foi possível identificar os pontos fortes e oportunidades de melhoria institucional.

Foram classificados 13 problemas na instituição, sendo que 7 eram de

governabilidade institucional e os outros 6 não eram da governança da Sucen por se tratar de falta de recurso financeiro, pessoal entre outros que necessitam de autorizações e até regulamentações de esferas superiores. Dos 7 problemas de governabilidade da instituição, 2 foram sobre a falta de alinhamento com as metas e estratégias do Plano Estadual de Saúde e os outros 5 foram selecionados para ser apresentados na Oficina de Boas Práticas de Gestão da Sucen.

A Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), nos dias 6 e 7 de dezembro de 2018, realizou duas oficinas, com participação de 50 gestores, representando as áreas administrativa, técnica e de pesquisa. A abertura contou com a palestra do Dr. Haino Burmester, médico e coordenador da Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH/SES-SP, que apresentou os conceitos básicos em gestão de qualidade trazendo esclarecimento e conhecimento do tema aos gestores participantes, incentivando-os a dar continuidade ao projeto. Foram apresentados também os problemas selecionados pelo grupo de trabalho, conforme Quadro 03 e estes foram discutidos pelos gestores, que se dividiram em 5 grupos para discutir cada grupo um problema.¹⁸

Quadro 3. Problemas selecionados que foram apresentados nas oficinas de 06 e 07/12/2018

Problema	Gravidade	Urgência	Tendência	Total	Governabilidade Institucional	Plano de Melhoria da Gestão Institucional
Inexistência de planejamento institucional. (Governança)	5	5	5	125	Sim	X
Falta de integração entre diversos níveis gerenciais. (pessoas)	5	5	4	100	Sim	X
Falta de política de gestão de conhecimento de práticas institucionais. (Informação e conhecimento)	4	4	5	80	Sim	X
Comunicação interinstitucional deficiente. (Governança)	5	5	3	75	Sim	X
Falta de capacitação para desenvolvimento profissional de forma contínua e sistemática. (Pessoas)	4	3	3	36	Sim	X

Fonte: Grupo de Trabalho da Qualidade

Os grupos formados na oficina discutiram os problemas da falta de planejamento institucional, gestão de pessoas, gestão de conhecimento, política de comunicação institucional, integração entre os níveis gerenciais e propuseram que o projeto de melhoria de suas ações deveria começar pela área administrativa da instituição.

Iniciando o diagnóstico com a área administrativa foi possível verificar os problemas da área pelo entendimento dos próprios colaboradores, o que permitiu uma visão ampliada do problema.

A atividade de falar e expor a opinião sobre o seu trabalho e ouvir o relato do outro fez com que cada um pensasse a tentativa da solução dos problemas por sua visão.

Essas reuniões ocorreram no período de fevereiro a maio/2019 e a análise que o grupo teve foi de que para criar um projeto de melhoria o que precisa ser visto são os problemas que cada um enfrenta, e fazer a proposta levando em consideração a solução destes.

Ao todo foram 5 reuniões de dinâmica, todas com o mesmo padrão em que os colaboradores apresentaram os trabalhos que executam e os problemas e as propostas de solução para cada um.

A participação em reuniões, em que é dada oportunidade dos colaboradores expressarem seu ponto de vista não é nada fácil, pois são pessoas com pensamentos e opiniões diferentes, porém nestas reuniões foi possível encontrar solução de problemas que não é visualizada por aqueles que estão fora da instituição.

O Grupo de Trabalho traçou a meta de iniciar o projeto com reuniões de dinâmica de grupo, dividido por áreas de trabalho, reuniões padronizadas em que foram apresentados o projeto de melhoria por meio de uma breve palestra com a apresentação das Boas Práticas de Gestão e ilustração do que é qualidade e o que é possível fazer para adquiri-la, fazendo com isso que um dos 5 problemas iniciasse o projeto, que é a Falta de Integração entre os Diversos Níveis Gerenciais.

Portanto, uma instituição pública pode apresentar uma proposta de implantação de qualidade, como forma de desafio, utilizando-se de etapas e fases, assim como ocorreu com o Grupo de Trabalho de Qualidade da Sucen, conforme segue:

- Analisar o Mapa Institucional;
- Rever a Missão, Visão e Valor da instituição;
- Traçar um diagnóstico por meio da autoavaliação elencando os problemas que deveriam ser solucionados com o auxílio das ferramentas de gestão de qualidade;
- Escolher o problema de governabilidade e maior pontuação na ferramenta GUT;
- Propor projeto de melhoria, iniciando-se com a área administrativa, a fim de que a falta de integração entre os diversos níveis gerenciais seja solucionada, incorrendo em harmonização das áreas;
- Encaminhar a proposta para cumprimento.

O projeto de melhoria na gestão da Sucen consistiu em propor que fossem traçadas metas para a área administrativa e essas fossem seguidas e observadas pelos gestores, a fim de que os problemas nas áreas fossem sanados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sucen possui em seu quadro de trabalho aproximadamente 1024 servidores ativos, dados de abril/2019, e destes a maioria em idade para se aposentar, faixa etária entre 50 a 59 anos.

Uma das maiores evidências apuradas é que a população que trabalha no serviço público está envelhecendo e muitos já estão aposentados, portanto sem motivação para cooperar com alterações em suas rotinas de trabalho e conseqüente resistência a mudanças.

Com a falta de padronização e a burocratização dos serviços, o fato acima exposto tende a piorar a situação da falta de planejamento nas instituições e isso ocorre porque não é deixado um legado das boas práticas e um trabalho que era executado com eficiência com o tempo deixa de ser feito e passa a transformar-se em uma dificuldade.

O serviço público tem avançado com a modernidade e tecnologia, porém ainda está distante do que é considerado como padrão a ser seguido, principalmente na área administrativa, e é com a proposta da criação de um projeto piloto de qualidade que a Sucen poderá alcançar este objetivo.

O projeto piloto proposto pelo Grupo de Qualidade da Sucen consistiu em rever os problemas enfrentados pela administração com proposta de ajustes que os solucionassem ou amenizassem.

O caminho para a qualidade percorrido pela Sucen é repleto de obstáculos e necessita de motivação, recurso, engajamento e persistência, porém a partir da autoavaliação e percepção dos problemas o projeto de melhoria poderá ser implantado.

A utilização das ferramentas de qualidade foi de grande importância para o avanço deste trabalho, pois serviram de instrumento para que os problemas fossem detectados, possibilitando o tratamento. Vislumbra-se que nem todos os problemas podem ser

resolvidos, visto não ser de governabilidade da instituição, porém os que são de sua governabilidade podem ser corrigidos, um a um, passo a passo.

O presente artigo permitiu observar que apesar do tema gestão de qualidade estar em destaque, ainda é complexo e trabalhoso para ser implantado em instituições públicas, principalmente pela falta de conhecimento no assunto, porém com persistência e motivação sua implantação é possível, sendo imprescindível a cooperação de todos os colaboradores da instituição.

Com a percepção do trabalho desenvolvido pelo Grupo de Trabalho de Qualidade da Sucen, que se preocupou em buscar conhecimento sobre o assunto e respostas para os problemas que até então não haviam sido solucionados, este mesmo grupo, por meio da autoavaliação e das ferramentas de qualidade, conseguiu projetar os problemas e apresentar aos colaboradores um espelho da sua realidade.

Os problemas e suas causas nunca estão dissociados de pessoas, grupos ou organizações, por isso a sua análise é tanto mais completa e realista quanto melhor for a análise das pessoas, grupos e organizações envolvidas, justamente o que ocorreu neste estudo de caso, pois para diagnosticar o problema foi necessário o envolvimento dos colaboradores, sendo um desafio diferenciado de uma consultoria que apresenta um relatório e não permanece posteriormente.

As limitações e dificuldades nesta pesquisa estão relacionadas ao desafio de transformar em recomendações as etapas enfrentadas pela Sucen, pois fazer uma autoavaliação

e se despir da vaidade de querer mostrar só o lado bom não é tarefa fácil para nenhuma instituição. O objetivo geral deste trabalho foi atingido, pois pode ser exemplo utilizado como parâmetro para proposta de implantação da gestão de qualidade em instituições públicas que, por meio da autoavaliação e ferramentas da gestão de qualidade enfrentarão seus problemas com proposta de solução nos próprios colaboradores.

Pelo exposto acima, acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para que gestores públicos tenham a percepção dos passos a seguir na busca pela implantação da gestão de qualidade, levando-se em conta que o processo deve ser visto e revisto continuamente para que os pontos fortes sejam alinhados e os pontos fracos sejam superados.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste trabalho, em especial ao Eng. Agr. Dalton Pereira da Fonseca Júnior que, além de autorizar a pesquisa, fez a revisão final do trabalho, o que contribuiu e muito para que chegasse até aqui. Agradeço também ao Grupo de Trabalho de Qualidade e a Assessora Técnica de Saúde Pública III, Irma Teresinha Rodrigues Neves Ferreira, que me convidou para fazer parte deste grupo e proporcionou a oportunidade de me envolver neste trabalho, que possamos continuar na busca pela implantação da qualidade na Sucen. E não poderia deixar de agradecer também aos colegas da Diretoria de Serviço de Pessoal da Sucen que colaboraram com quadros, dados e informações que são importantes para uma gestão com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundação Nacional de Qualidade- FNQ. Guia Prático: Aprenda como definir e utilizar os indicadores de desempenho. Sobre a FNQ (p.28). [acesso em 30 abr.2019] Disponível em: <https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/29386/1546450172guia-definir-utilizar-indicadores.pdf>
2. FNQ - Modelo de Excelência da Gestão e seus Fundamentos. [acesso em 30 abr.2019]. Disponível em: <http://fnq.org.br/aprenda/metodologia-meg/modelo-de-excelencia-da-gestao/fundamentos>
3. Brasil. Decreto nº 5.378, de 23 de fevereiro de 2005. Institui o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização GESPÚBLICA e o Comitê Gestor do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização. Publicado no Diário Oficial da União de 24.02.2005. [acesso em 30 mai.2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5378.htm
4. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GesPública; Prêmio Nacional na Gestão Pública – PQGF; Documento de Referência; Fórum Nacional 2008/2009/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão – Brasília: MP, SEGES, 2009. [acesso em 07 mai.2019]. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/forum_nacional_gp/documento_referencia2009_29abr.pdf
5. Burmester H. Gestão da Qualidade Hospitalar. 1.Ed. São Paulo: Série Gestão Estratégica de Saúde: Saraiva, 2013, PG 12
6. Cortella MS. Qual é a tua Obra?: Inquietações propositivas sobre Gestão, Liderança e Ética. 25. Ed. Revista e Atualizada: Petrópolis, RJ: Vozes, 2017, PG 77
7. Bergue ST. Cultura e Mudança Organizacional. 2. Ed. Florianópolis: Departamento de Ciências de Administração/UFSC (Brasília): CAPES; UAB, 2012, PG. 64
8. Pereira GS. Pereira, S.S. A importância da Qualidade do Serviço na Gestão Hospitalar. Rev. Eletrôn. Atualiza. Saúde. Salvador, v.1, n1. Jan/jun/2015. Pg.113. [acesso em 29 abr.2019]. Disponível em: www.bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/MES/MES17/PEREIRA-gildasio-sueli.PDF
9. Costa IC. Sistema de Gestão de Qualidade: Impulsionando a melhoria nos processos de uma Indústria Gráfica. 2014. Pg. 13. [acesso em 30 abr.2019]. Disponível em: www.ufjf.br/ep/files/2014/07/2014_1_Inessa.pdf
10. Rutkowski J. Qualidade no Serviço Público – Um Estudo de Caso. G&P – Gestão & Produção.v.5, n.3, p.284-297, dez.1998. [acesso em 05 nov.2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v5n3/a09v5n3>
11. Dagnino RP. Planejamento estratégico governamental. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012. 166p.: il. (p.83). [acesso em 08 mai.2019]. Disponível em: <http://cegpm.virtual.ufpb.br/wp-content/uploads/2013/07/PLANEJAMENTO-ESTRAT%C3%89GICO-GOVERNAMENTAL.pdf>
12. Francisco LL. Por que as ferramentas e os métodos de gestão da qualidade são importantes para a empresa. (2011) [acesso em 08 mai.2019]. Disponível em: <http://www.administradores.com.br>

- com.br/artigos/economia-e-financas/
por-que-as-ferramentas-e-os-
metodos-de-gestao-da-qualidade-sao-
importantes-para-a-empresa/59103/
13. Periard G. Matriz Gut - Guia Completo.2011. [acesso em 12 ago.2019]. Disponível: <http://www.sobreadministracao.com/matrizgut-guia-completo>
14. CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Artigo Boa Práticas de Gestão – 14º Fórum de Boas Práticas – O melhor exemplo é de quem faz bem feito! [acesso em 07 mai.2019]. Disponível em www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=1139
15. Carvalho HC. Serviço Público: O cemitério da motivação? p. 129-152. [acesso em 07 mai.2019]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=PIKZAwwAAQB>
- AJ&pg=PA129&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r#v=onepage&q&f=false
16. Superintendência de Controle de Endemias - Sucen – Apresentação da criação da SUCEN. [acesso em 30 mai.2020]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/sucen-superintendencia-de-controle-de-endemias/apresentacao/sobre-a-sucen>
17. Marconi MA; Lakatos EM. Fundamentos de metodologia Científica. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.(p.65)
18. Sucen – Boas Práticas de Gestão na Sucen. Rev. Adm. Saúde - Vol. 18, Nº 70, jan. – mar. 2018). [acesso em 13 mai.2019]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/sucen-superintendencia-de-controle-de-endemias/homepage/agenda/oficina-de-boas-praticas-de-gestao>
-
-

Correspondência/Correspondence to:
Rosana Machado de Alcantara
rosanam@sucen.sp.gov.br
rosana_direito@hotmail.com

Informe técnico

Hipertensão Arterial no Estado de São Paulo e Recomendações Frente à COVID-19*

Arterial Hypertension in the State of São Paulo and Recommendations for COVID-19

Mírian Matsura Shirassu;^I Marco Antonio de Moraes;^I Carlos Alberto Machado;^{II} Tatiana Lang D'Agostini;^{III} Regiane Cardoso de Paula^{III}

^IObservatório de Promoção da Saúde do Estado de São Paulo. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Centro Vigilância Epidemiológica. ^{II}Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2020-2021. ^{III}Gabinete do Coordenador, Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

Com a ocorrência crescente e alarmante da COVID-19, algumas comorbidades associadas a essa nova doença se destacam, como a Hipertensão Arterial, mostrando-se de importante controle neste cenário que vivenciamos nos últimos meses.

Em nosso país, a Hipertensão Arterial atinge 32,5% de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardiovasculares (DCV).¹

Dados de estudos realizados no município de São Paulo estimam entre 16% (20 a 59 anos – ISA/2015)² e 34,8% (≥ 18 anos – PNS/2013)³ a prevalência de hipertensão arterial neste grupo.

A Hipertensão Arterial é fator de risco para doenças isquêmicas do coração e acidente vascular cerebral, principais causas de mortalidade em nosso estado, responsáveis, em 2019, por 51.850 óbitos, ou 16,82% do total de óbitos no estado (SESSP-CCD/FSEADE – Base Unificada de Óbitos). As doenças hipertensivas constam da lista de causas evitáveis de morte, sendo responsáveis por 4.164 óbitos entre 5 a 74 anos de idade, em 2018 (MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM).

A pesquisa sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico Nacional (Vigitel) realizada no ano de 2018, apontou a prevalência de Hipertensão Arterial na população adulta ≥ 18 anos como de 24,7%.⁴

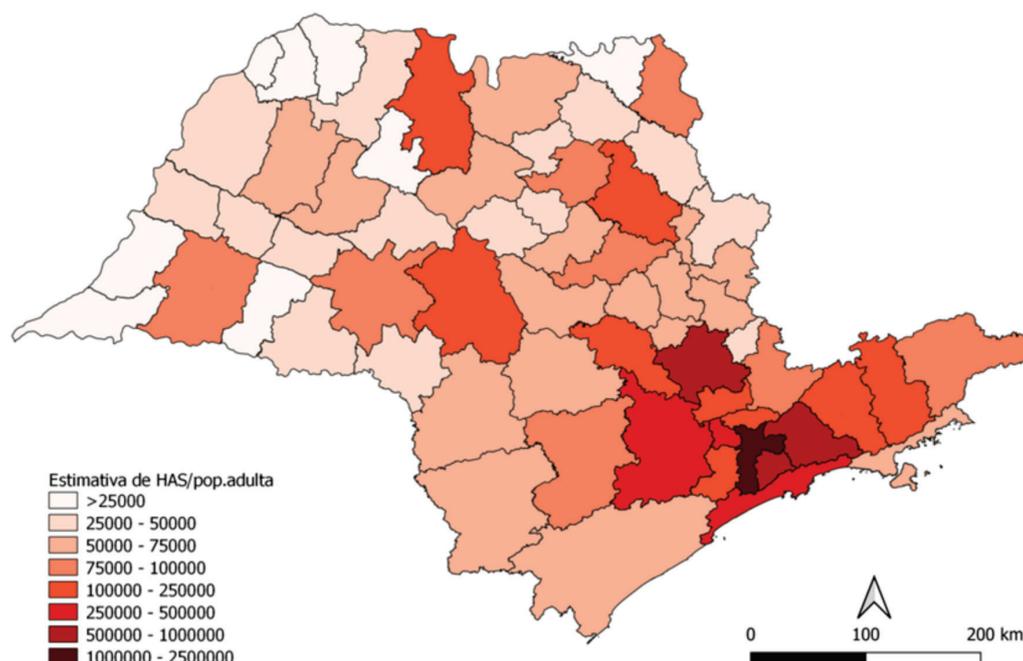
Aplicando a estimativa do último Vigitel SP realizado no ano de 2014, cuja prevalência encontrada foi de 24,6%, o estado de São Paulo contava com uma população de 8.683.164 pessoas de 18 anos e mais, com Hipertensão Arterial referida, no ano de 2019 (Figura 1).

Levantamento do Ministério da Saúde mostra que o controle da hipertensão é uma das melhores intervenções em relação ao custo/benefício advindos do investimento em ações para seu controle.⁵

São conhecidos os fatores modificáveis relacionados à hipertensão, sendo o principal deles a obesidade, cuja prevalência tende ao aumento.⁴

O método de diagnóstico, bem como os critérios de definição de hipertensão são largamente conhecidos, com a divulgação das diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, constantemente atualizadas.

Revisão de conteúdo: Tatiana Lang D'Agostini e Regiane Cardoso de Paula. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo-SP



Fontes: Estimativas Fundação SEADE, 2019 e Vigitel SP 2014.

Figura 1. Estimativa de número de pessoas adultas, com hipertensão arterial, segundo Região de Saúde. Estado de São Paulo, 2019

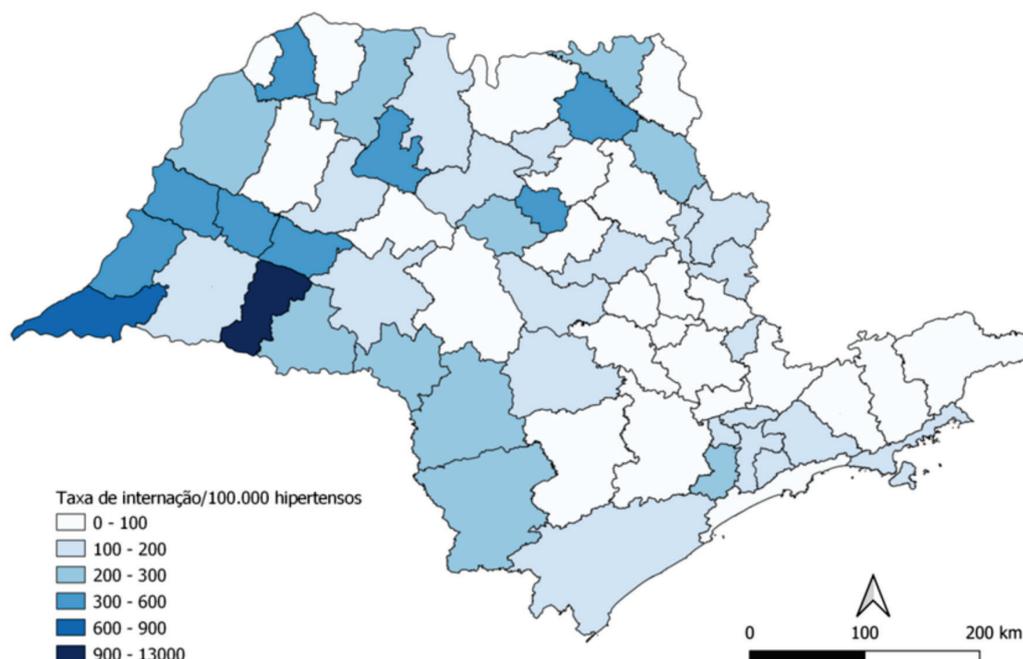
O tratamento farmacológico é bem definido, sendo que vários medicamentos estão disponíveis de forma gratuita em farmácias de rede (programas governamentais que fornecem medicamentos gratuitamente).

A Hipertensão arterial ainda é uma doença subdiagnosticada e com baixas taxas de controle.⁶

A análise descritiva dos dados de produção relacionados ao atendimento ao paciente com hipertensão, por Região de Saúde, pode gerar hipóteses e contribuir para identificar regiões prioritárias para a definição de estratégias relacionadas à educação em saúde; atualização de profissionais de saúde, com a incorporação

de telessaúde; revisão dos medicamentos disponíveis; atividades de gerenciamento de pacientes, como telemonitoramento, Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) e, em especial, a avaliação da aderência dos profissionais de saúde às diretrizes e protocolos estabelecidos pelo MS e SES, bem como a gestão dos referidos protocolos (Figura2).

Foram registrados 223 óbitos hospitalares por doenças hipertensivas das 10.608 autorizações de internação hospitalar (AIHs) (Quadro 1). As regiões de saúde de São José do Rio Preto, Fernandópolis e Sul – Barretos apresentaram a maior letalidade hospitalar por doenças hipertensivas em 2019.



Fontes: SESSP/SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS/Estimativas Fundação Seade, 2019 e Vigitel SP 2014

Figura 2. Taxa de internação, em adultos, por doenças hipertensivas, por 100.000 hipertensos, segundo Regiões de Saúde. Rede pública de hospitais, estado de São Paulo, 2019.

Quadro 1. Indicadores de morbidade hospitalar por doenças hipertensivas, na rede pública. Estado de São Paulo, 2019

AIH	Valor total (R\$)	Permanência (dias)	Óbitos	Diárias de UTI	Duração média de internação (dias)	Letalidade (%)
10.608	6.597.938,86	45.983	223	1.930	4,33	2,10

Fonte: SESSP/SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

A taxa de internação por doenças hipertensivas, em 2019, na rede pública, foi de 122,17 internações por 100.000 hipertensos. As maiores taxas de internação por doenças hipertensivas foram observadas nas regiões do Alto Capivari, Pontal do Paranapanema, José Bonifácio e Extremo Oeste Paulista (Figura 2).

Hipertensão é uma comorbidade que pode exacerbar a severidade da infecção pelo SARS-CoV2.⁷

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, até o momento, não está indicada a mudança da terapia anti-hipertensiva com IECA (inibidores da enzima conversora da angiotensina) e BRA (bloqueadores dos receptores da angiotensina) (texto na íntegra a seguir⁸⁻¹⁴).

Posicionamento do Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA/SBC)⁸ sobre inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) e Coronavírus (COVID-19), em 30 de março de 2020

- A.** Considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e demais autoridades sanitárias do país, da Sociedade Brasileira de Cardiologia e das sociedades congêneres internacionais sobre a pandemia de Coronavírus (COVID-19);
- B.** Considerando o conhecimento sobre a ECA2 até a presente data:
1. Uma revisão entre fármacos que aumentam a expressão de ECA2 e desfechos graves em Pacientes com COVID-19 do Instituto Nacional de Cardiologia, Ministério da Saúde.
 2. IECAs e BRAs podem aumentar a expressão ECA2, porém isso não foi demonstrado especificamente no pulmão.
 3. O significado do aumento da expressão da ECA2 na patogênese e na mortalidade não foi demonstrado.
 4. Não há estudo clínico de associação entre o uso de IECA ou BRA e gravidade de doença pulmonar na

COVID-19. As evidências de possível interação são apenas experimentais ou de racional fisiopatológico.

5. Houve grande divulgação da sugestão de potencial malefício, porém este aumento pode ser até mesmo benéfico;

C. Considerando ainda que:

1. Uso do IECA ou BRA no tratamento da hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, nefropatia diabética e no pós-infarto do miocárdio está amplamente demonstrado.
2. A troca de anti-hipertensivos além de exigir monitoramento próximo do paciente, pode levar a visitas indesejadas ao pronto-socorro, por instabilidade da PA, do quadro cardiovascular ou por eventos adversos;

Reiteramos, com base nos dados atuais, posicionamento de 14/03/20, que:

- Não há justificativa para mudança da terapia anti-hipertensiva com IECA ou BRA, devendo ser continuado ou iniciado de acordo com as diretrizes existentes, em pacientes com hipertensão, insuficiência cardíaca ou infarto agudo do miocárdio.
- Serão publicados futuros posicionamentos de acordo com novas evidências científicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão

Arterial. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Volume 107, n. 3, suplementos 3, setembro de 2016.

2. Stoppa SR et al. Prevalência da Hipertensão Arterial, do diabetes mellitus e da adesão

- às medidas comportamentais no município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(10):e00198717
3. Malta DC et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. Bras. Epidemiol.* vol.21 supl.1 São Paulo 2018. Epub Nov 29, 2018.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.*
 5. Malta et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4341-50, 2014.
 6. Souza ALLS et al. Prevalência, Tratamento e controle da Hipertensão arterial em Idosos de uma Capital Brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 112 (3): 271-8.
 7. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, Liu L, Shan H, Lei C, Hui DSC et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* Feb28,2020.doi:10.1056/NEJMoa2002032.[epubaheadof print]
 8. Feitosa A, Miranda RD, Gemelli JR, Jardim TV, Campana E, Moreira Filho O. <http://www.cardiol.br/sbcinforma/2020/departamentos/DHA-20200331-segundo-posicionamento-covid19.html>. Acesso em 29/mai/2020.
 9. Zhou, P., Yang, X., Wang, X. et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 579, 270-3 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>. Acesso em 29/mai/2020.
 10. Patel AB, Verma A. COVID-19 and Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers: What Is the Evidence? *JAMA*. Published online March 24, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4812
 11. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? [published online ahead of print, 2020 Mar 11]. *Lancet Respir Med.* 2020;S2213-2600(20)30116-8. doi:10.1016/S2213-2600(20)30116-8
 12. Perico L, Benigni A, Remuzzi G: Should COVID-19 Concern Nephrologists? Why and to What Extent? The Emerging Impasse of Angiotensin Blockade. *Nephron* 2020. doi: 10.1159/000507305
 13. Gurwitz D. Angiotensin receptor blockers as tentative SARS-CoV-2 therapeutics [published online ahead of print, 2020 Mar 4]. *Drug Dev Res.* 2020;10.1002/ddr.21656. doi:10.1002/ddr.21656
 14. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3Supl.3):1-83.

Obesidade no cenário da COVID-19 no Estado de São Paulo*

Obesity in the scenario of COVID-19 in the State of São Paulo

Adriana Bouças Ribeiro;¹ Marco Antonio de Moraes;¹ Mírian Matsura Shirassu;¹ Mário K. Carrara;^{II} Tatiana Lang D'Agostini;^{III} Regiane Cardoso de Paula^{III}

¹Ações de Alimentação e Nutrição. Observatório de Promoção da Saúde do Estado de São Paulo, Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Centro Vigilância Epidemiológica. ^{II}Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica-ABESO, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-FCM/USP; ^{III}Gabinete do Coordenador. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

A COVID-19, caracterizada como uma grave pandemia, tem desafiado os sistemas de saúde em todo o mundo, apresentando uma relação importante entre suas formas mais graves e a obesidade.

Vários fatores aumentam o risco de complicações/morte de pessoas com obesidade e a infecção pelo novo coronavírus; o excesso de peso tem uma importante relação com outras doenças metabólicas, como diabetes tipo 2 e hipertensão arterial, ambas frequentes em pacientes com a forma mais grave de COVID-19.

É estimado que 5% dos pacientes infectados pelo novo coronavírus necessitarão de terapia intensiva (UTI), situação agravada se o paciente apresentar obesidade; a intubação é mais difícil e, frequentemente, não estão disponíveis aparelhos de imagem que comportem estas pessoas. Por tudo isso, vários especialistas já consideram a obesidade como uma condição para agravamento da COVID-19.¹

A obesidade é simultaneamente reconhecida como uma doença e um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no

país, sendo que as prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira significativa nas últimas décadas em praticamente todo o mundo.²

É caracterizada como uma doença multifatorial que resulta da interação complexa entre fatores genéticos, metabólicos, hormonais, ambientais, comportamentais e culturais. O excesso de peso (definido como um índice de massa corporal [IMC] de 25 kg/m² ou mais) e a obesidade (IMC maior que 30 kg/m²) são a quinta principal causa de morte em nível mundial e, indiscutivelmente, a maior causa de mortalidade evitável a seguir ao consumo do tabaco.³

A obesidade está associada a um risco aumentado de várias doenças: hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, litíase biliar, embolia pulmonar, apneia do sono, distúrbios ginecológicos, osteoartrite, doenças psiquiátricas e certos tipos de câncer (mama, próstata, endométrio e cólon). Os seus custos econômicos representam 2 a 7% dos custos totais de saúde.⁴

A prevalência do excesso de peso e obesidade é um assunto que nos dias de hoje merece especial destaque devido ao

*Revisão De Conteúdo: Tatiana Lang D'Agostini e Regiane Cardoso de Paula. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

alarmante crescimento em diversos países e em diferentes faixas etárias.²

O aumento da prevalência de obesidade encontra explicações nas mudanças comportamentais ocorridas nas últimas décadas, sobretudo devido à alimentação inadequada e ao sedentarismo.⁵

A prevalência de obesidade no Brasil, segundo o inquérito de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel 2018) era 19,8% em adultos acima de 18 anos.⁶

O IMC elevado tem um impacto na mortalidade e ocorrência de câncer, sendo os principais tipos associados em mulheres os de mama, útero e cólon e nos homens cólon, próstata e fígado.⁷

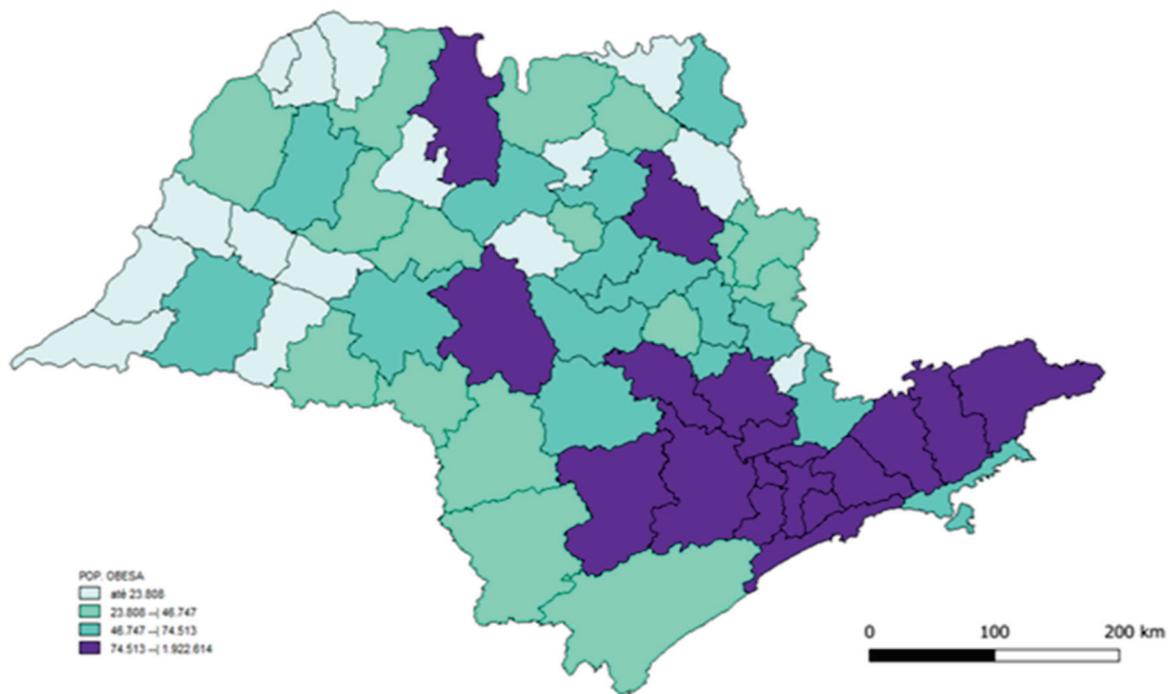
Quanto ao impacto econômico no SUS, a obesidade custa ao Brasil 2,4% do PIB, que

equivale a R\$158,4 bilhões, considerando o PIB brasileiro em 2017.⁸ Custos diretos atribuídos à obesidade e suas comorbidades (ambulatorial e hospitalar): quase R\$1 bilhão/ano (em 2011).⁴

Estima-se que o estado de São Paulo conte com 7.181.565 pessoas de 18 anos e mais com obesidade (20,1% da população adulta) (Vigitel/SP, 2014) (Figura 1).

Foram registrados 09 óbitos hospitalares por obesidade dentre 2.997 AIHs pagas (Quadro 1).

A taxa de internação por obesidade, em 2019, na rede pública, foi de 41,73 internações por 100.000 obesos. As maiores taxas de internação por obesidade foram observadas nas regiões de Piracicaba, Alto Vale do Paraíba, Circuito da Fé/Vale Histórico, Grande ABC e Bauru (Figura 2).



Fontes: Estimativas Fundação SEADE, 2019 e Vigitel/SP 2014

Figura 1. Estimativa de número de pessoas adultas, com obesidade, segundo Região de Saúde. Estado de São Paulo, 2019

Quadro 1. Indicadores de morbidade hospitalar por obesidade, na rede pública. Estado de São Paulo, 2019

AIH	Valor total (R\$)	Permanência (dias)	Óbitos	Diárias de UTI	Duração média de internação dias)	Letalidade (%)
2997	12.550.274,62	9419	9	9	3,14	0,30

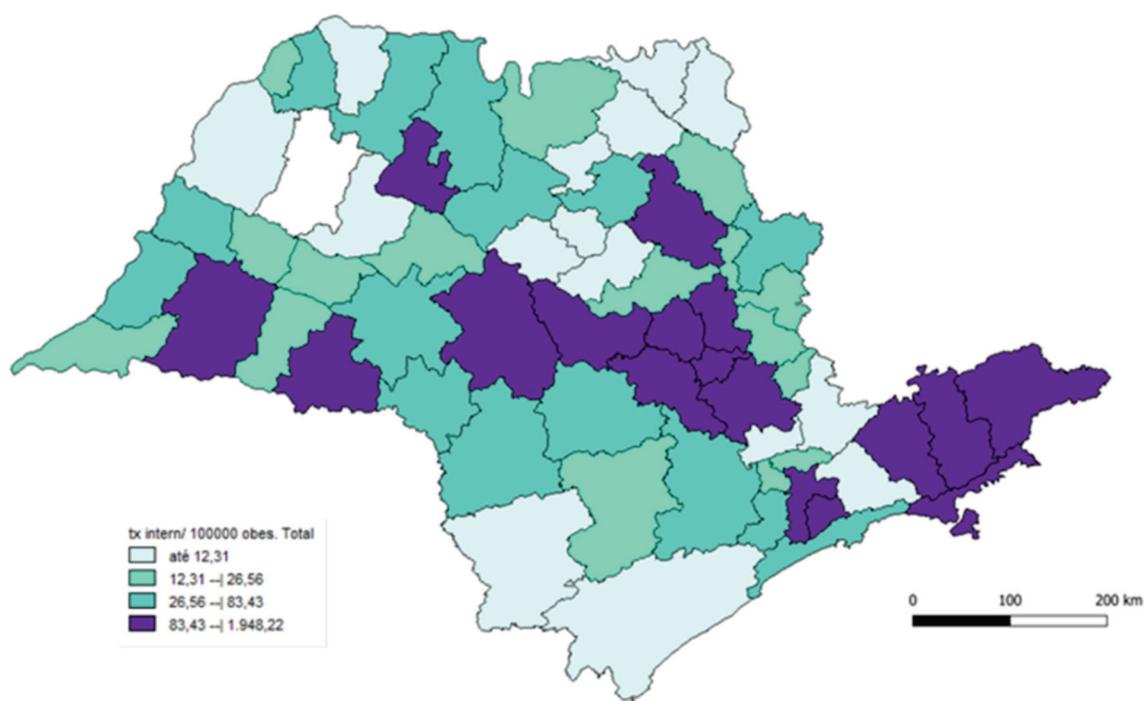
Fonte: SESSP/SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Segundo Mancini et al (2015) a obesidade é uma doença crônica que causa inflamação,⁹ o que acaba por dificultar a resposta imunológica à COVID-19 pelos pacientes com o referido agravo. Atualmente, com a grande expansão dessa doença, muitas pessoas que se recuperarem da COVID-19 terão de lidar com condições crônicas que podem ser agravadas pelo consumo de alimentos não saudáveis (ricos em gorduras saturadas e açúcar). Faz-se necessário, então, estimular um maior consumo de fibras (frutas, verduras e grãos integrais) e gordura insaturada para aumentar a função imunológica.¹⁰

Nesse momento de elevada expansão do novo coronavírus, reforçamos que além de

respeitarem as orientações de isolamento social e higiene, principalmente das mãos, para evitar a contaminação pelo novo coronavírus, a população deve estar atenta também a uma alimentação saudável e à frequente prática de exercícios físicos, dentro de casa, pois esses fatores contribuirão para fortalecer a imunidade assim como a manutenção e/ou a perda de peso.

Estudos recentes têm enfatizado a necessidade de detecção precoce, uma vigilância ampliada e tratamento mais expressivo para pacientes com obesidade e COVID-19, especialmente em países onde a prevalência de obesidade encontra-se elevada, como é o caso do Brasil.^{11,12}



Fonte: SESSP/SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Figura 2. Taxa de internação, em adultos, por obesidade, por 100.000 obesos, segundo Regiões de Saúde. Rede pública de hospitais, estado de São Paulo, 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saxena SK. Medical Virology: from Pathogenesis to Diseases Control. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis and Therapeutics. Springer: Singapore. 2020.223p. <http://www.springer.com/series/16573>. Acesso em 29/mai/2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.: il. Cadernos de Atenção Básica, n. 38.
3. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).
4. Oliveira ML et al. Direct Healthcare Cost of Obesity in Brazil: An Application of the Cost-of-Illness Method from the Perspective of the Public Health System in 2011. PLoS One. 2015; 10(4): e0121160.
5. Ferreira APS, Szwarcwald CL, Damacena GN. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rev Bras Epidemiol 2019; 22: E190024.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
7. Rezende, L. F. M. et al. The increasing burden of cancer attributable to high body mass index in Brazil. Cancer Epidemiol., v. 54, p. 63-70, jun. 2018.
8. McKinsey Global Institute. Overcoming obesity: An initial economic analysis. 2014.
9. Mancini M C, Gelonese B, Salles JEN, Lima JG, Carra MK. Tratado da Obesidade, 2ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
10. Michael J Butler and Ruth M. Barrientos. Brain, Behavior, and Immunity, <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.040>. Acesso em 29/mai/2020.
11. Statistics NCfH. Prevalence of obesity and severe obesity among adults: United States, 2017– 2018. NCHS data brief, no. 360. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, CDC. National Center for Health Statistics. 2020.
12. Markos Kalligeros et all. Association of Obesity with Disease Severity among Patients with COVID-19. Brief Cutting Edge Reports, 2020. <http://doi: 10.1002/oby.22859>. Acesso em 29/mai/2020.

Influenza – Campanha de Vacinação 2020, avaliação preliminar, parte II

Influenza – Vaccination Campaign 2020, preliminary assessment, part II

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

A Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, programada para realização no período de 23 de março a 5 de junho de 2020, encontra-se na última etapa.

1ª etapa iniciada em 23 de março: população da faixa etária de 60 anos e mais, profissionais da saúde e das forças de segurança e salvamento.

- 2ª etapa a partir de 16 de abril: pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, povos indígenas, funcionários do sistema prisional, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos sob medidas socioeducativas, população privada de liberdade, caminhoneiros, profissional do transporte coletivo e trabalhadores portuários.
- 3ª etapa a partir de 11 de maio: em função de fatores técnicos, logístico, somados a sustentabilidade da estratégia de vacinação será executada em duas fases:
 0. 1ª fase iniciada em 11/05: incluídas as crianças de 6 meses a < 6 anos, gestantes, puérperas e pessoas com deficiência.
 0. 2ª fase iniciada em 18/05: professores, adultos de 55 a 59 anos.

A coordenação do Programa Nacional de Imunização – PNI recomenda que as Unidades

Federadas que não atingirão, no período programado, as metas de coberturas vacinais preconizadas prorroguem as ações até 30 de junho de 2020.

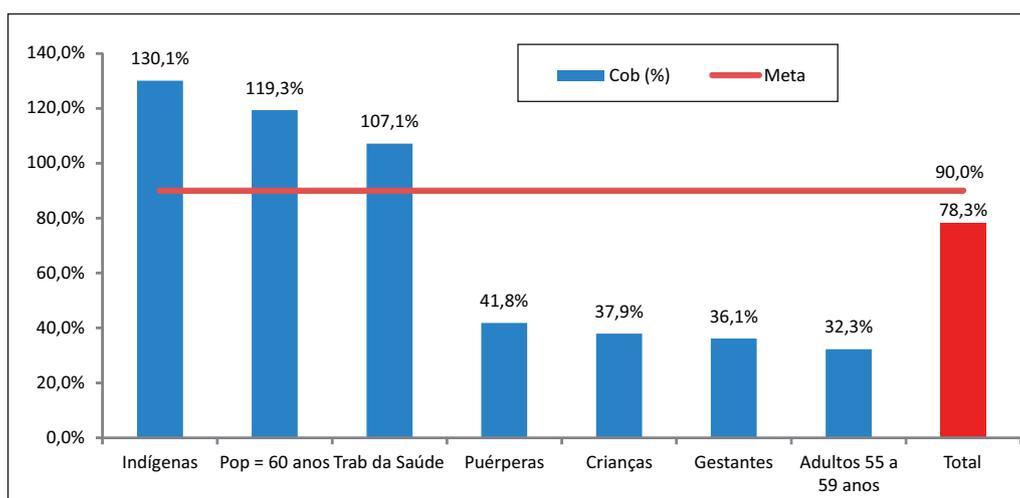
A vacina influenza (fragmentada e inativada) utilizada é trivalente e tem a seguinte composição: A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09, A/South Australia/34/2019 (H3N2) e B/Washington/02/2019 (linhagem B/Victoria), consonante com recomendações da OMS, para a temporada de 2020 no hemisfério sul.

O público alvo, no estado de São Paulo, representa mais de 17,7 milhões de pessoas. A meta é vacinar, pelo menos, 90% de cada um dos grupos prioritários em 70% dos municípios do estado de São Paulo (homogeneidade).

Para as pessoas com comorbidades ou outras condições clínicas especiais, privados de liberdade, pessoas com deficiência funcionários do sistema prisional, professores, forças de segurança e salvamento, caminhoneiros, profissional do transporte coletivo e trabalhadores portuários, será avaliado o número de doses aplicadas no período da campanha por não estar disponível o denominador.

Desde o dia 23 de março até 28 de maio de 2020, foram aplicadas 12.537.620 doses da vacina influenza no estado de São Paulo. As doses aplicadas estão distribuídas da seguinte forma:

- 1.453.805 doses aplicadas nos trabalhadores da saúde (cobertura de 107,1%);
 - 5.774.427 doses aplicadas em pessoas ≥ 60 anos (cobertura de 119,3%);
 - 6.386 doses aplicadas nos povos indígenas (cobertura de 130,1%);
 - 1.155.224 doses aplicadas em crianças de 6 meses a < 6 anos (cobertura de 37,9%);
 - 162.731 doses aplicadas em gestantes (cobertura de 36,1%);
 - 31.032 doses aplicadas em puérperas (cobertura de 41,8%);
 - 651.964 doses aplicadas em adultos de 55 a 59 anos (cobertura de 32,3%);
 - 2.248.502 doses aplicadas nas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais;
 - 160.247 doses aplicadas nas pessoas das forças de salvamento e segurança;
 - 181.228 doses aplicadas na população privada de liberdade;
 - 24.058 doses aplicadas nos funcionários do sistema prisional;
 - 120.659 doses aplicadas em caminhoneiros;
 - 73.013 doses aplicadas em profissionais de transporte coletivo;
 - 7.847 doses aplicadas em trabalhadores portuários;
 - 15.482 doses aplicadas em pessoas com deficiência;
 - 193.987 doses aplicadas em professores;
 - 277.001 doses aplicadas em pessoas sem comorbidades.
- A cobertura vacinal dos grupos elegíveis para análise totaliza 78,3%.



Fonte: SIPNI (Dado provisório acessado em 28/05/2020)

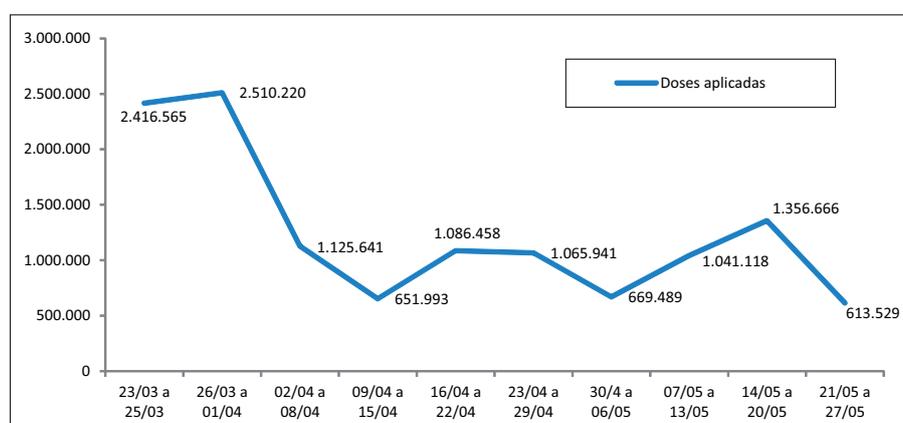
Gráfico 1. Campanha de Vacinação contra a Influenza, cobertura vacinal por grupo prioritário, ESP. 2020.

O total de doses aplicadas da vacina influenza no estado de São Paulo por semana pode ser observado no Gráfico 2. De acordo com a curva apresentada no gráfico, observa-se que houve um incremento de apenas 613.529 doses aplicadas nesta última semana. Os motivos desta diminuição de informação estão sendo investigado.

Na série histórica de cobertura vacinal em crianças (6m a <6 anos de idade) demonstrado

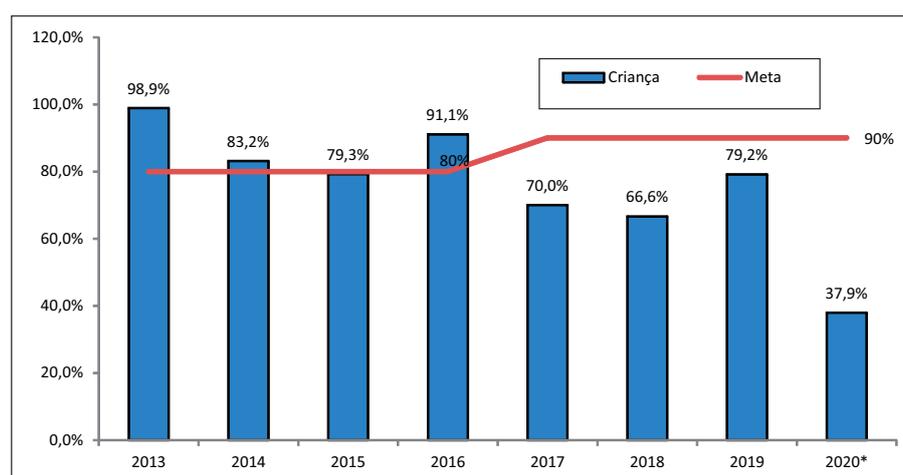
no Gráfico 3, pode-se observar que desde 2017, o estado de São Paulo não atingiu a meta preconizada pelo PNI. Em 2020, no período analisado, a cobertura vacinal atingida foi de 37,9%

O Gráfico 4 mostra a série histórica de cobertura vacinal de gestantes. Pode-se observar que desde 2015, o estado de São Paulo não atingiu a meta preconizada pelo PNI. Em 2020, no período analisado, a cobertura vacinal atingida foi de 36,1%.



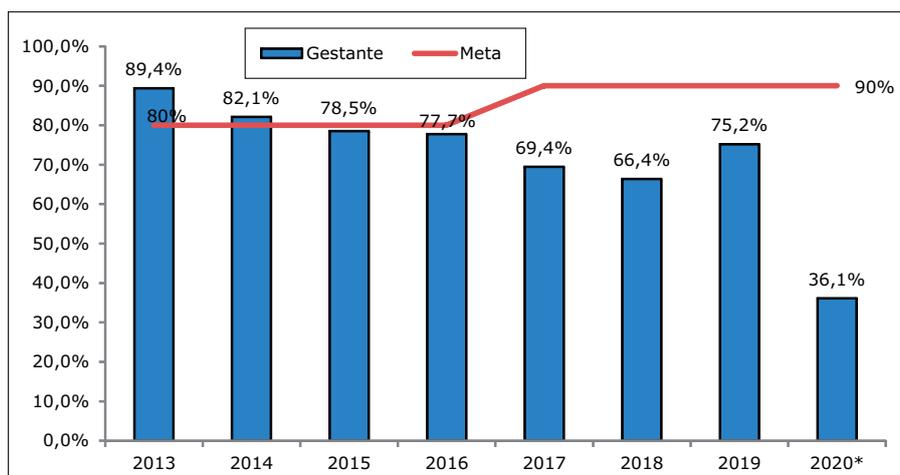
Fonte: SIPNI (Dado provisório acessado em 28/05/2020)

Gráfico 2. Total de doses aplicadas segundo semana da Campanha de Vacinação Contra a Influenza, ESP. 2020



Fonte: SIPNI (Dado provisório acessado em 28/05/2020)

Gráfico 3. Série histórica da cobertura vacinal em crianças, ESP. 2013 a 2020.



Fonte: SIPNI (Dado provisório acessado em 28/05/2020)

Gráfico 4. Série histórica da cobertura vacinal em gestante, ESP. 2013 a 2020

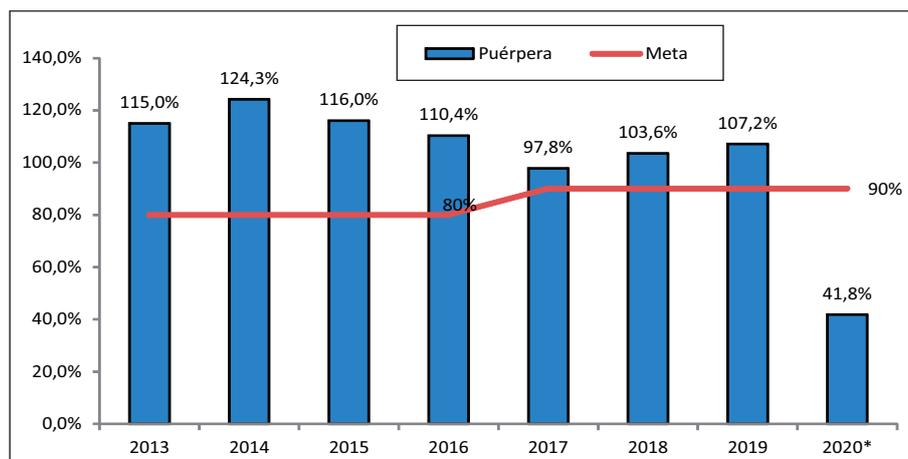
Na série histórica de cobertura vacinal em puérperas demonstrado no Gráfico 5, pode-se observar que em todos os anos analisados, o estado de São Paulo atingiu a meta preconizada pelo PNI. Em 2020, no período analisado, a cobertura vacinal atingida foi de 41,8%,

Nenhum município atingiu a meta de cobertura vacinal para crianças e gestantes (90% da população residente). Para puérperas, apenas 149 municípios atingiram ou ultrapassaram a meta acumulada para o período de 90% (homogeneidade de 23,1%), sendo que 18 localidades estão com cobertura de 0,0% e 7 com índices menores do que 9,0% (figura 1). Os

motivos destas menores coberturas e ausência de informação estão sendo investigados.

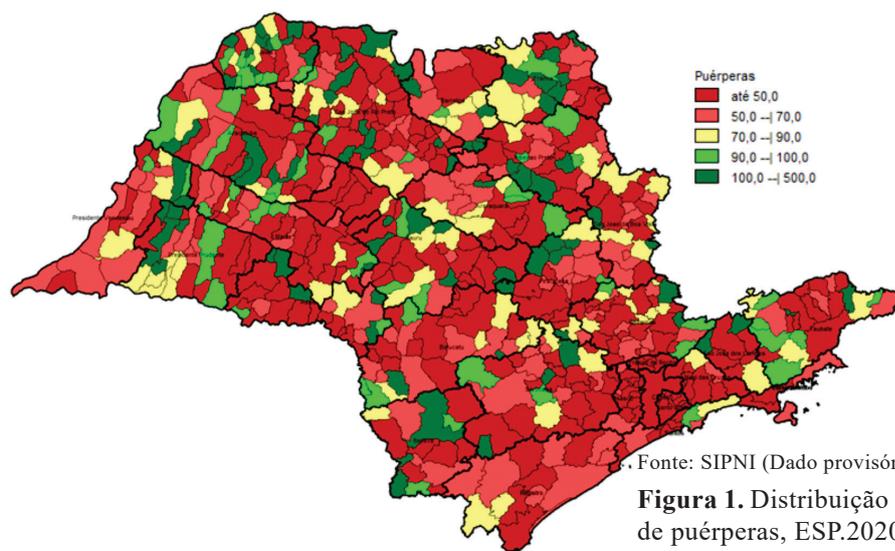
A baixa adesão no grupo de crianças, gestantes, puérperas e pessoas entre 55 e 59 anos motivou a prorrogação da campanha no estado de São Paulo para 30 de junho de 2020.

Analisando as doses aplicadas da vacina influenza em pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais (Quadro 1), a maior demanda (47,1%) é de pessoas com doença respiratória, seguida das pessoas com doença cardíaca crônica (22,5%).



Fonte: SIPNI (Dado provisório acessado em 28/05/2020)

Gráfico 5. Série histórica da cobertura vacinal em puérperas, ESP. 2013 a 2020



Fonte: SIPNI (Dado provisório acessado em 28/05/2020)

Figura 1. Distribuição espacial de cobertura vacinal de puérperas, ESP.2020

Apenas um município paulista não tem produção registrada de doses aplicadas em pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais.

Já foram distribuídas 16.562.700 doses da vacina influenza para as 27 GVE e para capital. O recebimento das vacinas Contra Influenza liberadas pelo PNI foi por meio de grades semanais e, algumas vezes, de forma fracionada em duas ou três entregas, o que gerou um esforço dos profissionais do Centro de Distribuição e Logística (CDL) Prof^o

Edmundo Juarez na elaboração de cronograma de doses a serem distribuídas para às regionais estaduais, e toda logística de distribuição onde mantém os imunobiológicos preservados e seguros em seu transporte, armazenamento e manuseio. Nas duas últimas semanas de maio o estado não recebeu grade da vacina influenza do nível federal, o que forçou remanejamento de doses entre alguns municípios.

Detalhamentos dos dados apontados encontram-se nos Boletins Campanha Influenza em www.cve.saude.sp.gov.br/imunizacao.

Quadro 1. Doses aplicadas da vacina influenza nas pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, ESP. 2020

Grupos	Doses	%
Doença respiratória crônica	1.060.161	47,1%
Doença cardíaca crônica	506.631	22,5%
Diabetes	316.301	14,1%
Imunossupressão	128.528	5,7%
Doença neurológica crônica	90.107	4,0%
Obesos	49.150	2,2%
Doença renal crônica	45.934	2,0%
Doença hepática crônica	22.453	1,0%
Trissomias	20.201	0,9%
Transplantados	9.036	0,4%
Total	2.248.502	100,0%

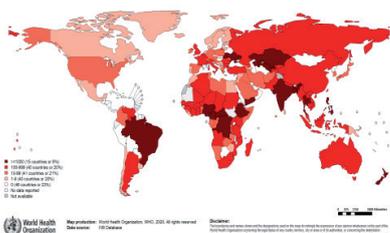
Fonte: SIPNI (Dado provisório acessado em 28/05/2020)

Dados epidemiológicos

Situação Epidemiológica do Sarampo no estado de São Paulo
Epidemiological Situation of Measles in the State of São Paulo

Divisão de Doenças Respiratórias. Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

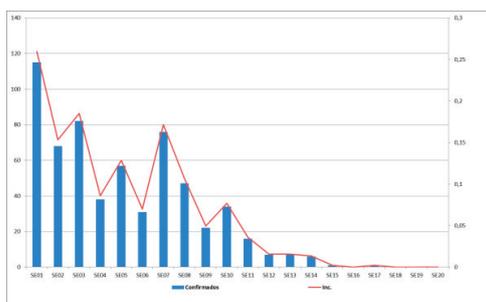
SARAMPO - BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO VOL I Nº23 ANO 2020



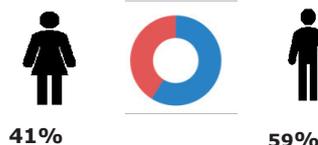
Segundo a **Organização Mundial da Saúde**, diferentes países em **todas as regiões** do mundo reportam mais de 28.000 casos da doença em 2020. Nas **Américas**, de acordo com a **Organização Pan-Americana da Saúde**, foram registrados 3.139 casos de sarampo em oito países, neste ano. No **Brasil**, em 2020, o país registra mais de 2.000 casos da doença, em 19 estados. Em 2020, o **ESP** registrou, até o momento, 608 casos confirmados e um óbito.

SARAMPO: Estado de São Paulo (ESP), 2020

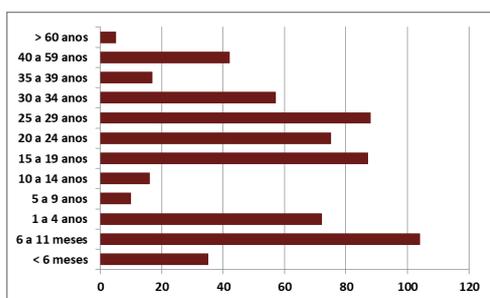
Nº de casos e Taxa de incidência acumulada



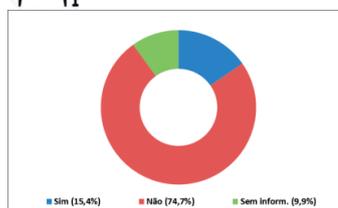
% casos por gênero



Nº de casos por faixa etária



Hospitalização



1 óbito - 1 ANO, COM CONDIÇÃO DE RISCO; SEM HISTORICO VACINAL

Imunização Rotina



COBERTURA VACINAL (CV): 77,3%
HOMOGENEIDADE DA CV 35,3%

Fonte: SinanNet, SiPNI dados em 12/05/2020

Dados epidemiológicos

Novo Coronavírus (COVID-19) – Situação Epidemiológica em 31 de maio
New Coronavirus (COVID-19) – Epidemiological Situation on May 31

Novo Coronavírus (COVID-19)

Situação Epidemiológica

Atualização: 31/05/2020 08:31:00

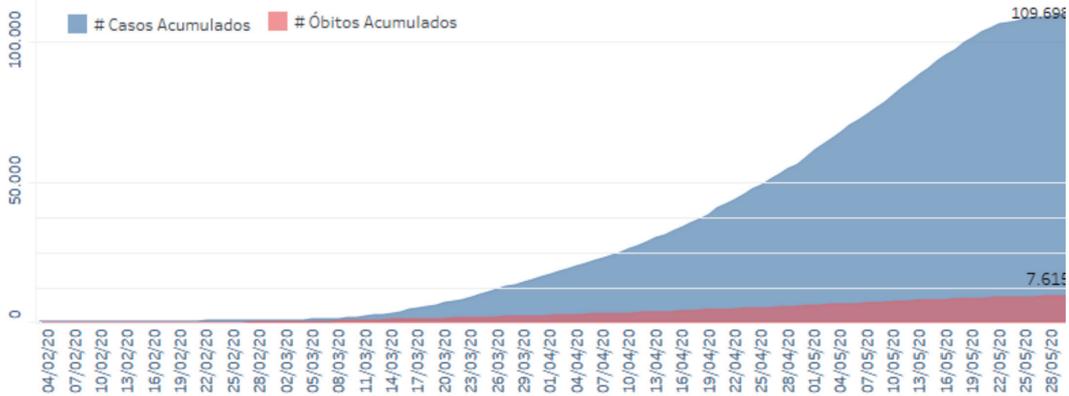
Situação em números de COVID-19 (casos confirmados e óbitos)

Mundial	Óbitos Mundiais	Estado de São Paulo	Óbitos Estado de São Paulo
5.808.794 *	360.305 *	109.698 ‡	7.615 ‡

*FONTE: Situation report - Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Data: 29/05/2020

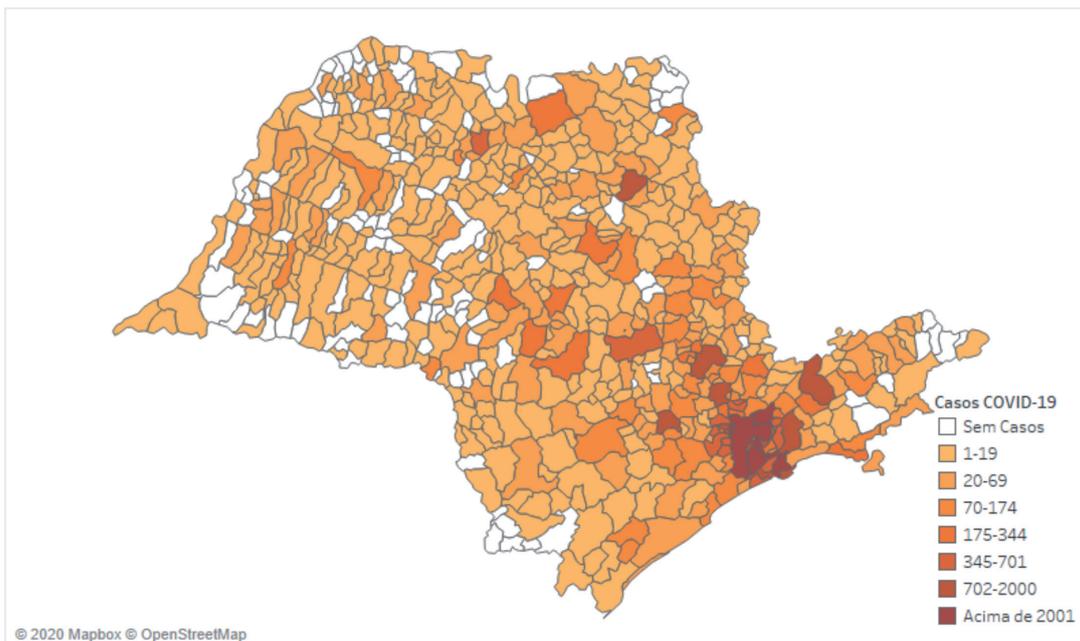
‡ FONTE: CVE/CCD/SES-SP

Casos e óbitos confirmados para COVID-19, acumulados até 31/05/2020. Estado de São Paulo



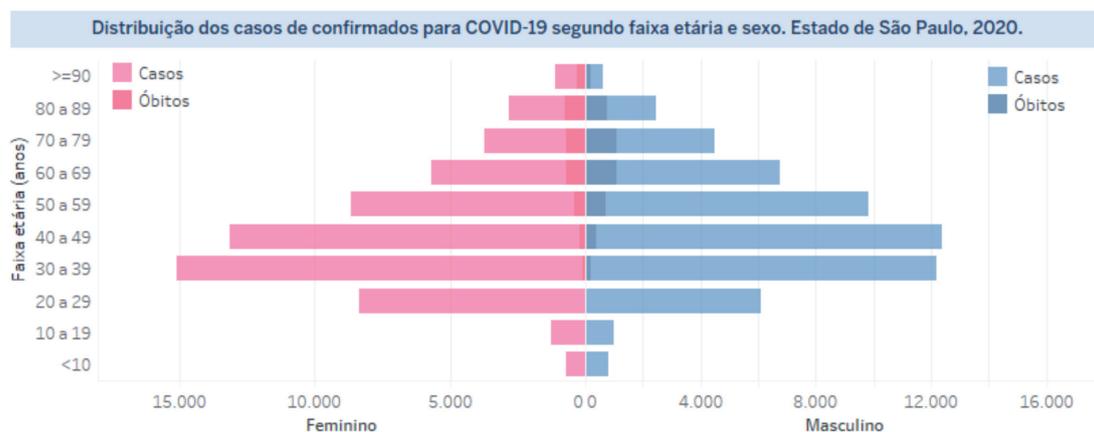
FONTE: SIVEP-Gripe, RedCap e e-SUS VE

Casos de COVID-19 por município de residência, Estado São Paulo



© 2020 Mapbox © OpenStreetMap

FONTE: SIVEP-Gripe, RedCap e e-SUS VE



FONTE: SIVEP-Gripe, RedCap e e-SUS VE.

Distribuição dos óbitos de SRAG confirmados para COVID-19, segundo faixa etária e presença de comorbidades.

Faixa etária	Fatores de risco					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
<1 ano	4	0,1	0	0,0	4	0,1
01-04 anos	3	0,0	2	0,0	5	0,1
05-09 anos	1	0,0	0	0,0	1	0,0
10-19 anos	16	0,2	6	0,1	22	0,3
20-39 anos	243	3,2	118	1,5	361	4,7
40-59 anos	1224	16,1	447	5,9	1671	21,9
60-79 anos	2942	38,6	613	8,0	3555	46,7
80 + anos	1709	22,4	287	3,8	1996	26,2
Total	6.142	80,7	1.473	19,34	7.615	100

FONTE: SIVEP-Gripe

Óbitos por COVID-19 por fatores de risco* Estado de São Paulo

Cardiopatia	58,6%
Diabetes Mellitus	43,0%
Doença Neurológica	11,1%
Doença Hematológica	11,0%
Obesidade	11,0%
Pneumopatia	7,2%
Imunodepressão	6,7%
Doença Renal	3,3%
Asma	2,3%
Doença Hepática	2,2%
Síndrome de Down	0,4%
Puérpera	0,2%
Gestante	0,1%

*o somatório excede o n total de pessoas com fatores de risco devido às múltiplas respostas.
Fonte: SIVEP-Gripe, dados sujeitos a alteração.

Links úteis:

<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/homepage/destaques/alerta-infeccao-pelo-novo-coronavirus>
<http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
<https://docs.google.com/spreadsheets/d/14quQPFErG-hlpsrNgYcX85vW7JMMK5X2vNZrafRcH8c/edit#gid=699928721>

Dados epidemiológicos

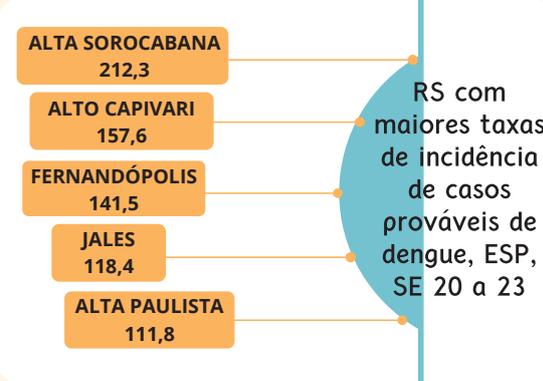
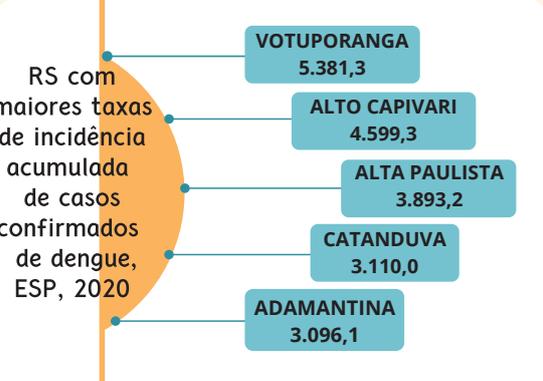
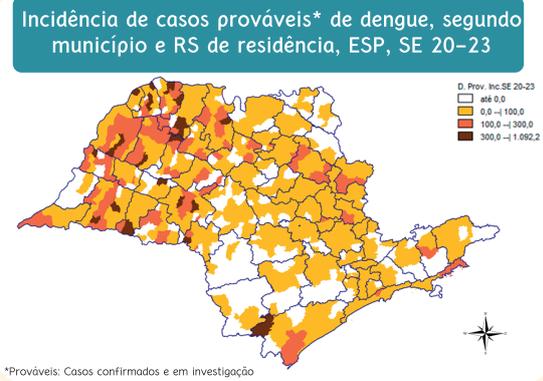
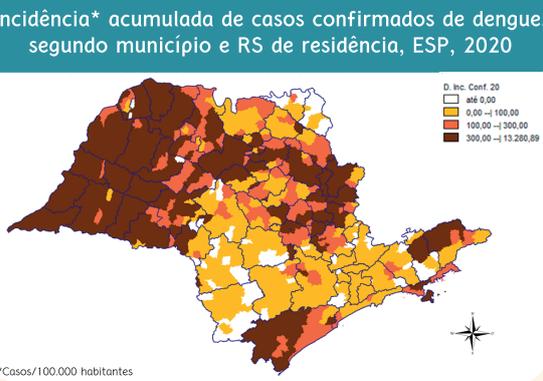
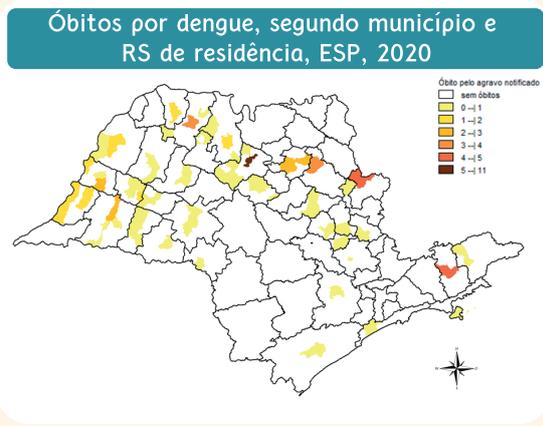
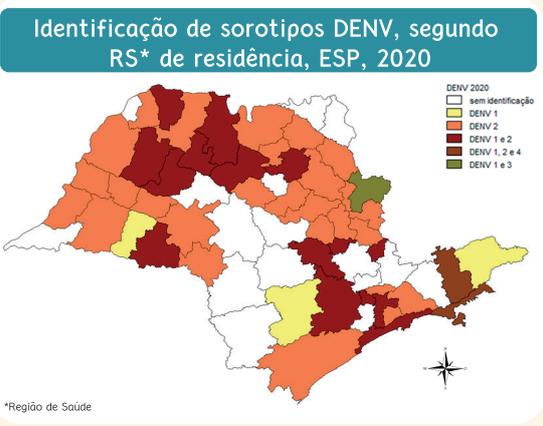
Boletim de Dengue, Chikungunya e Zika, semana epidemiológica 01 a 23 de 2020, Estado de São Paulo

Dengue, Chikungunya and Zika Bulletin, epidemiological week 01 to 23, 2020, State of São Paulo

Divisão de Dengue, Chikungunya e Zika. Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, Brasil.

Fonte: Sinan Online e Sinan Net, 08/06/2020

DENGUE	Notificados - 314.329 Confirmados - 166.582 Óbitos - 94	CHIKUNGUNYA	Notificados - 1.183 Confirmados - 39	ZIKA	Notificados - 695 Confirmados - 14
---------------	---	--------------------	---	-------------	---------------------------------------



*Dados sujeito a alteração

Resumo

Distribuição de sorotipos, perfil de suscetibilidade antimicrobiana e caracterização molecular de cepas de *Streptococcus pneumoniae* isoladas de doença pneumocócica invasiva nos períodos pré e pós a introdução da vacina pneumocócica 10-valente no Brasil

Samanta Cristine Grassi Almeida; Maria Cristina de Cunto Brandileone (orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Ciências. Coordenadoria de Controle de Doenças Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil – 2018

RESUMO

A doença pneumocócica invasiva (DPI) é uma das principais causas de morbidade e letalidade afetando especialmente crianças e idosos, resultando em um problema de saúde pública. O Brasil introduziu a vacina pneumocócica conjugada 10-valente (PCV10) no programa nacional de imunização infantil em 2010. Os estudos de efetividade e de impacto da PCV10 no Brasil foram realizados 3 a 5 anos após a introdução da vacina e mostraram redução nos casos de DPI causada pelos sorotipos vacinais e aumento de sorotipos não incluídos na vacina. Portanto, estudos realizados em um período de tempo mais longo após vacinação são fundamentais para se observar a sustentabilidade do aumento dos sorotipos não vacinais ao longo dos anos. O objetivo deste estudo foi investigar as características de *S.pneumoniae* (distribuição de sorotipos, perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos e identificação das linhagens genéticas dos sorotipos prevalentes) nos períodos pré-PCV10 (2005-2009), pós-PCV10-imediato (2010-2013) e pós-PCV10-tardio (2014-2017), sendo o período pós-PCV10 composto de 7 anos de avaliação. Isolados de DPI foram obtidos através da vigilância laboratorial nacional para *S. pneumoniae*. Os isolados foram encaminhados ao Instituto Adolfo Lutz pelos LACENs e por outras instituições públicas e privadas. Os isolados foram sorotipados por Quellung, o perfil de suscetibilidade antimicrobiana foi determinado pelos testes de disco-difusão e concentração inibitória mínima por microdiluição e a caracterização molecular foi realizada por MLST. A % change foi utilizada para calcular as diferenças na prevalência dos sorotipos e da resistência antimicrobiana por período de estudo. As sequências-tipo foram determinadas na página da web MLST e os complexos clonais pelo programa eBURST. Um total de 11.136 isolados invasivos foi estudado fenotipicamente. Uma amostragem de 688 isolados foi selecionada para a identificação das linhagens genéticas. No período pós-PCV10-tardio foi observada uma redução de 69,6% de DPI pelos sorotipos vacinais e, em paralelo, um aumento de 105,8% dos sorotipos não incluídos na PCV10. O aumento dos sorotipos não-PCV10 foi relacionado principalmente aos sorotipos 3, 6C, 8, 12F e 19A. Detectamos uma elevação de 304,6% na resistência à eritromicina no período pós-PCV10-tardio. O estudo molecular identificou 33 CC e 182 STs. No período pós-PCV10, clones internacionalmente disseminados foram identificados [ST180 (Clone Holanda3-31), ST53-12574 (Clone Holanda833) e ST218 (Clone Dinamarca12F-34)], e duas principais STs foram relacionadas à resistência aos antimicrobianos, a citar a ST320/19A, presente desde o pré-PCV10 e a ST386/6C detectada no pós-PCV10. O monitoramento das características de *S. pneumoniae* em um período de tempo longo após a introdução da PCV10 confirmou a proteção da vacina contra a DPI pelos sorotipos vacinais e detectou a alta prevalência de sorotipos não incluídos na PCV10. O estudo molecular identificou uma disseminação de clones internacionais no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: *Streptococcus pneumoniae*. Isolamento e purificação. Resistência microbiana a antibióticos. Vacina pneumocócica.

Distribuição de sorotipos, perfil de suscetibilidade antimicrobiana e caracterização molecular de cepas de *Streptococcus pneumoniae* isoladas de doença pneumocócica invasiva nos períodos pré e pós a introdução da vacina pneumocócica 10-valente no Brasil/Almeida SCG e Brandileone MCC (orientadora)

Abstract

Serotype distribution, antimicrobial susceptibility profile and molecular characterization of strains of Streptococcus pneumoniae isolated from invasive pneumococcal disease in the periods before and after the introduction of the 10-valent pneumococcal vaccine in Brazil

Samanta Cristine Grassi Almeida; Maria Cristina de Cunto Brandileone (orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Ciências. Coordenadoria de Controle de Doenças Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil – 2018

ABSTRACT

Invasive pneumococcal disease (IPD) is one of the leading causes of morbidity and lethality affecting especially children and the elderly, resulting in a public health problem. Brazil introduced the 10-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV10) in the national program of childhood immunization in 2010. The effectiveness and impact studies of PCV10 in Brazil were carried out 3 to 5 years after the introduction of the vaccine and showed a reduction in cases of IPD caused by vaccine serotypes and increase in non-vaccine serotypes. Therefore, studies conducted over a longer period of time after vaccination is essential to observe the sustainability of the increase in non-vaccine serotypes over the years. The aim of this study was to investigate the characteristics of *S. pneumoniae* (distribution of serotypes, antimicrobial susceptibility profile and genetic lineages identification of prevalent serotypes) in the pre-PCV10 (2005-2009), immediate-postPCV10 (2010-2013) and late-post-PCV10 (2014-2017) periods, the postPCV10 period being composed of 7 years of evaluation. Isolated of DPI were obtained through national laboratory surveillance for *S. pneumoniae*. The isolates were sent to the Institute Adolfo Lutz by LACENs and other public and private institutions. The isolates were serotype by Quellung, the antimicrobial susceptibility profile was determined by disc-diffusion and minimum inhibitory concentration microdilution assays and the molecular characterization were performed by MLST. %change was used to calculate differences in the prevalence of serotypes and antimicrobial resistance per study period. The sequences-type were determined at MLST website and clonal complexes were defined by the program eBURST. A total of 11,136 invasive isolates were phenotypically studied. A sample of 688 isolates was selected for the identification of the genetic lineages. In the latepost-PCV10 period, a 69.6% reduction in IPD was observed by vaccine serotypes and, in parallel, a 105.8% increase in non-PCV10 serotypes. The increase in non-PCV10 serotypes was mainly related to serotypes 3, 6C, 8, 12F and 19A. We detected a 304.6% increase in resistance to erythromycin in the late-post-PCV10 period. The molecular study identified 33 CC and 182 STs. In the post-PCV10 period, internationally disseminated clones were identified [ST180 (Clone Netherlands3-31), ST53-12574 (Clone Netherlands8-33) and ST218 (Clone Denmark12F34)], and two major STs were related to antimicrobial resistance, to be cited the ST320/19A, present since the pre-PCV10 and the ST386/6C detected post-PCV10. Monitoring the characteristics of *S. pneumoniae* a long-term period after the introduction of PCV10 confirmed the protection of the vaccine against IPD by the vaccine serotypes and detected the high prevalence of non-PCV10 serotypes. The molecular study identified the great spread of international clones in Brazil.

KEYWORDS: *Streptococcus pneumoniae*. Isolation and purification. Microbial resistance to antibiotics. Pneumococcal vaccine.

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 ou entomológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças, agravos, vetores 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 Helsinki 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>

