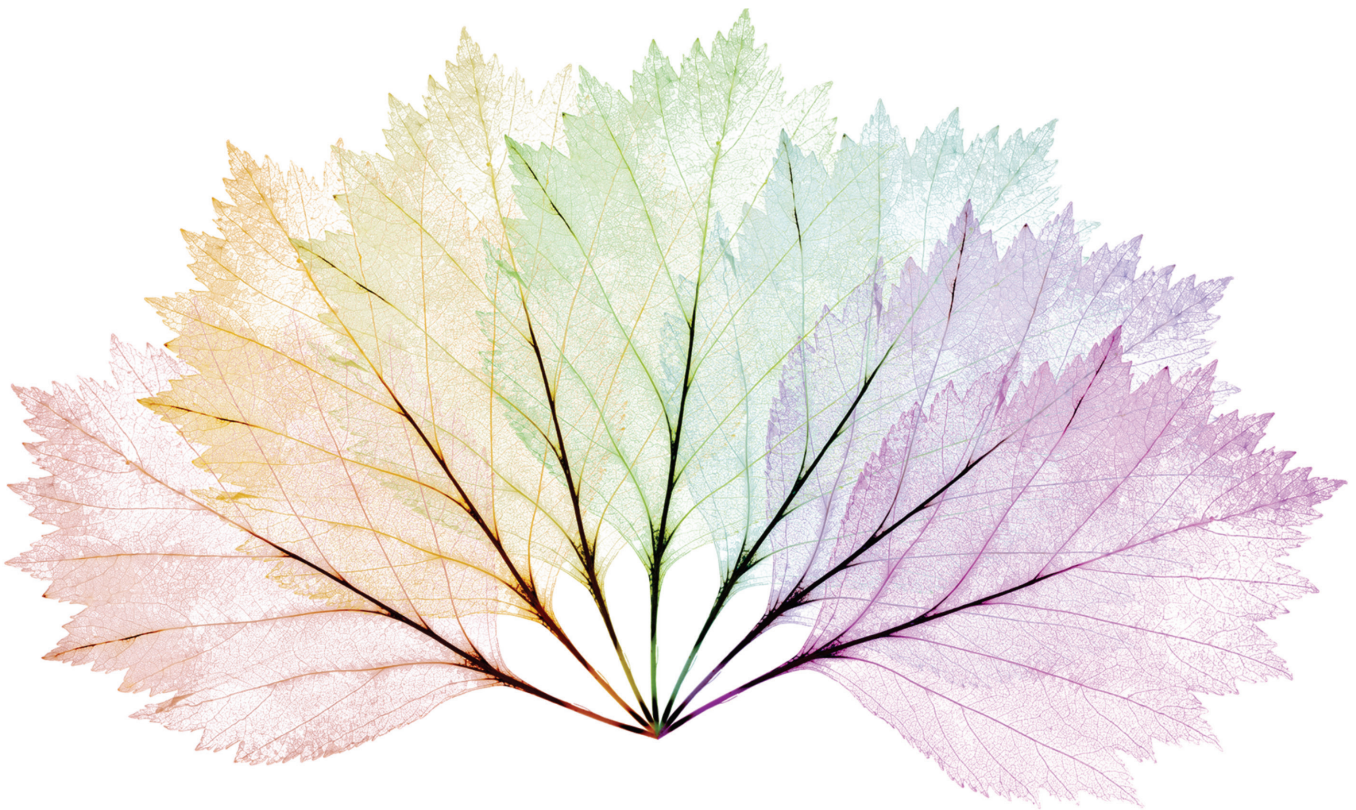


ISSN 1806 - 423 - X
ISSN 1806 - 4272 - online

BEPA

15 anos



Boletim Epidemiológico Paulista

Volume 16 número 181 janeiro/2019

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 16 Nº 181

janeiro de 2019

Nesta edição

Editorial.....	1
Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014 <i>Notifications of violence against adult women in the State of São Paulo in 2014.....</i>	3
Orientações Técnicas para o Diagnóstico Rápido e Laboratorial da Infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais <i>Technical guidelines for rapid and laboratory diagnosis of HIV infection, syphilis, and viral hepatitis.....</i>	19
Encontros de Experiências Exitosas sobre Gestão de Qualidade e Desenvolvimento Institucional <i>Meetings of Successful Experiences on Quality Management and Institutional Development.....</i>	27
Janeiro Roxo, mês de alerta para a hanseníase <i>Purple January, month of leprosy alert.....</i>	47
Agradecimentos aos pareceristas <i>Acknowledgement to peer-reviewers.....</i>	49
Estudo bibliométrico da produção científica sobre contaminação fúngica de plantas medicinais <i>Bibliometric study of the scientific production on fungal contamination of medicinal plants.....</i>	51
Instruções aos Autores <i>Author's Instructions.....</i>	53

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

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

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

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

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

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

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

Os artigos publicados são de
responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução parcial
ou total desta obra, desde que
citada a fonte e que não seja
para venda ou fim comercial.

Para republicação deste material,
solicitar autorização dos editores.

Editor Geral: Marcos Boulos

Editor Executivo: Clelia Aranda

Editores Associados:

Dalton Pereira Fonseca Junior – SUCEN/SES-SP

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

Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP

Luciana Hardt – IP/CCD/SES-SP

Maria Clara Gianna – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP

Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP

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

Comitê Editorial:

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP

Angela Tayra – CRT/Aids/CCD/SES-SP

Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – IB/SES-SP

Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP

Rubens Antônio da Silva – SUCEN/SES-SP

Juliana Galera Castilho – IP/CCD/SES-SP

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

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

Coordenação Editorial:

Kátia Rocini

Sylia Rehder

Maria de Fátima Costa Pires

Lilian Nunes Schiavon

Mirthes Ueda

Revisão:

Kátia Rocini

Projeto gráfico/editoração:

Marcos Rosado

Maria Rita Negrão

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

Consultores Científicos:

Alexandre Silva – CDC Atlanta

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

Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP

Expedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP-SP

Gerusa Figueiredo – IMT/USP-SP

Gonzalo Vecina Neto – FSP-USP

Gustavo Romero – UnB/CNPQ

Hiro Goto – IMT/USP-SP

José Cássio de Moraes – FCM/SC-SP

José da Rocha Carneiro – Fiocruz-RJ

José da Silva Guedes – IB/SES-SP

Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/CCD/SES-SP

Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP

Paulo Roberto Teixeira – OMS

Ricardo Ishak – CNPQ/UF-Pa

Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz – CCD/SES-SP

Roberto Focaccia – IER/SES-SP

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>



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

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

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



Editorial

O Professor Vicente Amato Neto graduou-se pela Faculdade de Medicina da USP em 1951 e foi o primeiro médico residente da especialidade de infectologia no Brasil, tendo cumprido seu treinamento na Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da FMUSP. Dedicou sua longa e ativa vida

profissional às Doenças Infecciosas e Parasitárias e à Medicina Tropical, envolvendo-se em atividades de pesquisa, de ensino em todos os níveis da formação médico-científica e de extensão universitária.

Criou vários Serviços de Infectologia, como do Hospital de Clínicas da Unicamp – onde foi Professor –, do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo – que continua formando médicos infectologistas para o Brasil – e liderou a Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas de São Paulo de 1976 a 1997. Esteve à frente da formação de diversos médicos especialistas, hoje líderes em serviços médicos e acadêmicos em várias regiões do país.

Sua profícua produção intelectual na área tem como destaques a caracterização da forma aguda e da transmissão transfusional da Doença de Chagas, a caracterização clínica da toxoplasmose adquirida, aspectos diagnósticos e terapêuticos das enteroparasitoses e as imunizações. Esteve à frente do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, como Diretor, entre 1985 e 1988.

Participou como protagonista, no início da pandemia da infecção pelo HIV, indo a público defender a prevenção e criticar o preconceito existente, e de momentos críticos da vida nacional, como na doença que acometeu o então Presidente Tancredo Neves, quando era o responsável pela área clínica.

Ocupou-se, ainda, da gestão de políticas públicas em nossa área de atuação, como Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (1987-92) e como Secretário de Estado da Saúde de São Paulo (1992-93).

Foi sócio-fundador e Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e da Sociedade Brasileira de Imunizações, tendo sido Presidente das duas.

Saindo da formalidade, o Amato tinha algumas paixões na vida – jogar futebol, tendo, desde a época de acadêmico, montado um time que perdura até hoje, o “time do Amato”;

jogava todos os sábados no campo da Atlético, que, aliás, tem seu nome e uma estátua em sua homenagem; era o dono do time, da bola, das camisas que distribuía antes dos jogos para aqueles que ele considerava titular, marcava os jogos e brigava com os adversários como se fossem inimigos. Era um palmeirense fanático a ponto de não assistir aos jogos para evitar sofrimento, participando ativamente da vida do Clube, era um “palpiteiro” bastante respeitado pela diretoria. Adorava escrever e dar entrevistas, o que fazia muito bem, pelo conhecimento, pela facilidade de transmissão para a Sociedade em geral. Escrevia para boa parte dos jornais; dizia que sonhava ser jornalista, publicou livros científicos e leigos com histórias curiosas da Medicina.

Mas, a principal característica do Amato era o de ser um garimpeiro de talentos; sabia incentivar, propunha linhas de ação para todos os que com ele trabalhavam e “abria” as portas para atingirem seus projetos.

Professor Amato deixa a esposa, Sra. Miriam Sabbaga Amato; os filhos Vicente e Valdir, este último Professor Associado do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da FMUSP; a nora Patrícia e o neto Vicentinho.

Caro amigo, descanse em paz com a certeza de que seu legado frutificou e seus ideais serão levados adiante por todos nós.

Nota:

A Coordenadoria de Controle de Doenças presta uma singela homenagem ao professor, médico, pesquisador e ex-secretário de estado da saúde. Atribui seu nome à Sala de Comunicação Estratégica da Vigilância em Saúde, que passa a ser denominada “Dr. Vicente Amato Neto”. Trata-se de um dos equipamentos de grande relevância para a saúde pública, por ser um espaço equipado para videoconferências, vídeo-aulas, interligando a Secretaria de Estado da Saúde com o Ministério da Saúde, os diversos municípios paulistas e demais instâncias do SUS. Esse espaço também se destina à instalação de gabinetes de crises e salas de situação nas emergências em saúde pública.

Marcos Boulos
Editor

Artigo original

Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014

Notifications of violence against adult women in the State of São Paulo in 2014

Claudia Vieira Carnevalle¹; Teresa Cristina Gioia Schimidt^{II}; Marco Antonio de Moraes¹; Mirian Matsura Shirassu¹; Dalva Maria de Oliveira Valencich¹

¹Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. ^{II}Núcleo Técnico de Humanização do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

RESUMO

Estudo descritivo, exploratório, de caráter quantitativo, realizado com o objetivo de apresentar os dados epidemiológicos da violência doméstica, sexual e/ou outras violências que atingiram a mulher adulta no ano 2014 no Estado de São Paulo. Os dados foram extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan), a partir das fichas de notificação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. A proporção de 81,7% das violências foi verificada na zona urbana, sendo a residência (66,4%) o local de maior ocorrência. As taxas de violência entre as faixas etárias variaram entre 0,029 a 0,039 por 100 mil habitantes do sexo feminino; sendo as mulheres casadas ou em união consensual e ainda as negras as mais atingidas. O homem foi o maior representante provável da autoria dos atos de violência (64,8%), sendo a suspeita da associação com consumo de álcool demonstrado em 30% dos casos. O comportamento violento e repetitivo atingiu 41,4% revelando que a reincidência é uma realidade a ser enfrentada. O vínculo/grau de parentesco do provável autor da agressão pertenceu ao grupo companheiro, em todos os tipos de violência, exceto na sexual. O estupro constituiu-se na forma mais incidente de violência sexual, sendo realizada a profilaxia de DST (45,2%), HIV (44,7%), Hepatite B (30,8%) e contracepção de emergência (29,5%). O aborto legal foi necessário para 2,6% dos casos. A violência contra a mulher afeta aspectos físicos, econômicos, reprodutivos e comportamentais que podem contribuir na geração de doenças ou consequências fatais, extrapolando o âmbito da saúde e revelando a necessidade do cuidado ampliado e intersetorial.

PALAVRAS-CHAVE: Violência de Gênero. Violência Contra a Mulher. Violência. Sistema de Informação em Saúde.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out to characterize cases of violence against adult women reported in São Paulo State in 2014. The data were collected from the Information System of Compulsory Notifiable Conditions (Sinan Net), a national system defined by Ministry of Health, using the software Tabwin to data analysis. Cases of violence occurred mainly in the urban area, representing 81.7%. The residential area was more frequently, with 66.4% of cases. The violence rates between age groups ranged from 0.029 to 0.039 per 100 thousand inhabitants. Married women or in consensual union were the most affected group. Analyzing race, black women were the most affected. In 64.8% of cases, man was the probable aggressor, and the association with alcohol consumption was suspected in 30% of cases. Violent and repetitive behavior reached 41.4% of cases, revealing how recidivism is a reality to be faced. The bond of the likely perpetrator of aggression was the partner in all types of violence, except sexual violence. Abuse was the most prevalent form of sexual violence. Prophylaxis was done to STD (45.2%), HIV (44.7%), Hepatitis B (30.8%) and emergency contraception (29.5%). Legal abortion was necessary for 2.6% of cases. In conclusion, violence against women affects physical, economic, reproductive and behavioral aspects. It can cause diseases or fatal consequences, extrapolating the scope of health and revealing needs for expanded and intersectoral care.

KEYWORDS: Gender violence. Violence against women. Violence, Health Information System.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social, histórico, multicausal, complexo e controverso, que acompanha toda a experiência da humanidade. É representada por ações individuais ou coletivas capazes de gerar danos físicos, emocionais, éticos e/ou morais, atingindo a si próprio ou a outras pessoas, trazendo uma série de ambiguidades que acabam por interferir no modo de reconhecer, compreender e cuidar da problemática.¹

O fenômeno mantém-se presente na humanidade ao longo do tempo e inúmeras tentativas são aplicadas pelos sistemas religiosos, legais e até coletivos de minimizar e/ou prevenir sua ocorrência.²

Neste estudo, assume-se como conceito de violência o determinado pela Organização Mundial da Saúde (2002) que a descreve como sendo o “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma

comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.³

No Brasil, a violência assumiu um caráter endêmico e converteu-se em um problema de saúde pública, haja vista o grande quantitativo de pessoas envolvidas, bem como a tipologia e a magnitude aguda e crônica que as atingem.

Embora existam estimativas imprecisas, sabe-se que o custo da violência é altíssimo. O valor associado ao custo mensurável é evidenciado pelo aumento dos gastos com o uso dos serviços de saúde, consumo de tecnologia assistencial e de reabilitação. Já os custos não mensuráveis englobam situações cuja dor e sofrimento psicológico são gerados diretamente às vítimas e, ainda, estendem-se aos que com elas convivem, tratam e assistem.²

Apesar de haver uma variedade de estudos na área da saúde sobre a violência, eles não se esgotam e continuam a necessitar de mais aprofundamentos sobre a temática, seja na vertente explicativa (reflexões filosóficas e teóricas), seja na operacional (identificação de transtornos biológicos, emocionais e físicos que acometem suas vítimas e a influência na dinâmica do bem-estar e qualidade de vida dos envolvidos).

Defende-se que a violência possa ser evitada e suas consequências reduzidas, desde que a abordagem seja interdisciplinar, embasada no conhecimento científico disponível e na valorização de intervenções peculiares e precisas para cada caso em específico. No âmbito da saúde pública, as soluções para seu enfrentamento pautam-se em quatro pontos: analisar o montante de dados ligados ao

tipo, extensão, características, consequências nos níveis local, regional, nacional e até internacional; determinar as causas e fatores que influenciam, desencadeiam e modificam sua ocorrência; planejar, implementar, monitorar, avaliar as intervenções de cunho preventivo e, ainda, disseminar as informações incluindo os custos e a eficácia das ações realizadas em seus diferentes cenários.²

No Brasil, o monitoramento da violência sob o foco da vigilância epidemiológica é feito pela análise dos dados de declaração de óbito e autorização de internação em hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), derivados, respectivamente, do Sistema de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), desde 2006. Este foi implantado para complementar as análises epidemiológicas já existentes, ofertando maiores detalhes a respeito das características da vítima, circunstâncias do evento e do provável autor da violência, mas que existem e permanecem ainda silenciados em nossa sociedade, como são os de violência sexual e doméstica.⁴

O Sistema VIVA contínuo (Sinan) e VIVA Inquérito está estruturado em duas modalidades de vigilância e com sistemas de informação específicos com fichas próprias para a coleta de dados: Vigilância de Violência Interpessoal/Autoprovocada (VIVA Sinan - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada) e Vigilância de Violências e Acidentes em Unidades Sentinelas de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito - Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência).⁵

É essencial citar que o registro de violência interpessoal/autoprovocada é uma medida de notificação compulsória, em todos os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violência homofóbica em todas as idades. Já para caso de violência extrafamiliar/comunitária, a notificação é obrigatória quando atinge crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, indígenas, deficientes e pertencentes à população LGBT.⁶

Já os dados provenientes do sistema VIVA Inquérito têm como foco a análise da tendência das violências e acidentes e a determinação do perfil de violências (interpessoal e autoprovocada) e dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros) atendidos em unidades de urgência e emergência.⁷

A distribuição de violência interpessoal e autoprovocada não é uniforme. Existem características, como a questão de gênero, que tornam algumas pessoas mais susceptíveis e vítimas que outras, inclusive, justificando o recorte do atual artigo. Em 2010, o total de notificações de violência no Estado de São Paulo, conforme o sistema VIVA/Sinan, foram 21.690, sendo a mulher a mais acometida, representando 70% dos casos notificados.⁸

É interessante citar que os estudos de gênero desenvolvidos procuram em certa medida ampliar o conhecimento sobre a dinâmica das relações entre homens e mulheres que revelam desigualdades de condições de vida e empoderamento. Tais situações acabam por culminar em um cenário associado à violência, problema reconhecido como de saúde pública, que requer ser estudado, divulgado e enfrentado.⁹

Este artigo tem como objetivo principal apresentar os dados epidemiológicos da violência notificada no VIVA Sinan que atingiu a mulher no ano de 2014, no estado de São Paulo, e assim disponibilizar informações sobre o comportamento desses agravos visando subsidiar ações de enfrentamento de determinantes e condicionantes das causas externas.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório e de caráter quantitativo. Os dados coletados referem-se ao ano de 2014 no estado de São Paulo e foram extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan). Esclarece-se que foi utilizada a Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, padronizada nacionalmente.

O estudo diz respeito às violências em mulheres adultas na faixa etária de 20 a 59 anos.

Foi realizada uma análise descritiva das características sociodemográficas dos casos (raça/cor, escolaridade, idade e situação conjugal), dos tipos de violências, das violências sexuais (forma de violência, procedimentos no setor saúde e consequências produzidas) e do provável autor da agressão.

Tipos de Violências:¹⁰

- Violência autoprovocada/auto infligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios.
- Violência doméstica/intrafamiliar é exercida contra pessoas de ambos os

sexos e todas as idades, independente do tipo ou natureza da violência.

- Violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos.
- Violência sexual, quando exercida contra pessoas de ambos os sexos e todas as idades.
- Tráfico de seres humanos, quando exercido contra pessoas de ambos os sexos e todas as idades.
- Trabalho infantil, é vedado o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 (dezoito) e qualquer trabalho a menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos (EC nº 20 de 1998).
- Intervenção legal, quando exercida contra pessoas de ambos os sexos e todas as idades.
- Violência financeira/econômica ou patrimonial, quando exercida nas situações em que a lei obriga a notificação de violências, ou seja, contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.
- Negligência/abandono, nas situações em que a lei obriga a notificação de violências, ou seja, contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Esse objeto de notificação também se aplica às pessoas com graus severos de deficiência ou transtorno mental em função de sua grande vulnerabilidade.

- Violência Física são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.
- Violência Psicológica/Moral é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.
- Tortura: é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental

A tentativa de suicídio:

- a notificação é imediata, considerando a importância da tomada rápida de decisão, como encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um novo caso de tentativa de suicídio se concretize.

A violência sexual:

- a notificação imediata, visa agilizar o atendimento da pessoa e seu acesso às medidas de profilaxia às doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. No caso de meninas ou mulheres, visa também ao acesso imediato à contracepção de emergência.

Apesar das recomendações referentes ao preenchimento serem apenas para listar o principal tipo de violência, existe a possibilidade de selecionar outros tipos, como para as variáveis (tipo de violência, relação com o agressor e consequências da violência). Assim para os dados das tabelas apresentados neste trabalho com essas informações, não haverá a soma que totalizará 100%.

Foram utilizadas, como denominadores para o cálculo da taxa raça/cor, as estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no ano de 2014.

RESULTADOS

A seguir, descrevem-se os resultados obtidos na coleta de dados extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de janeiro 2011, determinou que a notificação de violência interpessoal fosse compulsória a todas as unidades de saúde. Atualmente, a notificação consta da Lista de Notificação compulsória estabelecida no anexo 1 do anexo V, Portaria de Consolidação nº 4 de 28/09/2017 (publicada em 03/10/2017).

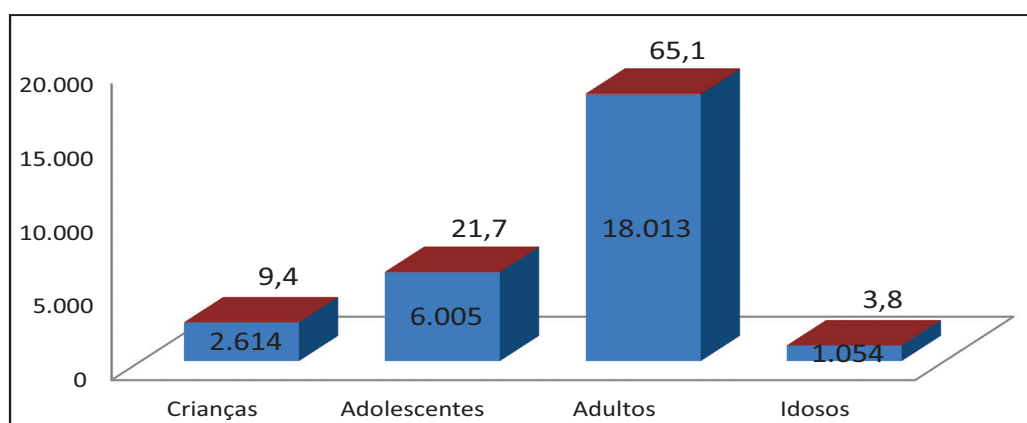
Os dados da Tabela 1 apresentam o número de notificações no Estado de São Paulo e revelam um incremento entre 2011 e 2012, seguido por discreto declínio em 2013 e estabilização em 2014.

Os dados de notificação de violências em 2014 foram estratificados em crianças (0-9 anos), adolescentes (10-19 anos), mulheres adultas (20-59 anos) e mulheres idosas (60 e mais anos). Os resultados revelaram que, no período estudado, houve um número significativo entre as adultas (Gráfico 1).

Tabela 1. Distribuição de casos notificados de violências, segundo total de violências e sexo feminino, estado de São Paulo, 2011 a 2014

	2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	N	%
casos no sexo feminino	21.031	67	29.850	67,5	27.894	68,9	27.686	67,6
Total de casos	31.408	100	44.205	100	40.568	100	40.987	100

Fonte: Núcleo Estadual VIVA /SES-SP - SinanNET



Fonte: Núcleo Estadual VIVA /SES/SP - Sinan Net

Gráfico 1. Frequência e distribuição percentual dos casos de violências, segundo sexo feminino e etapa do ciclo de vida, estado de São Paulo, 2014

Os dados da Tabela 2 mostram as faixas etárias de acordo com o número de notificações, escolaridade, raça-cor situação conjugal dessas mulheres. Destaca-se que os dados de escolaridade podem não representar o perfil das mulheres que sofreram violências, uma vez que o percentual de campos ignorado/

branco representam 36,3 dos casos. Quanto à situação conjugal, as mulheres casadas/união consensual apresentam uma sequência de 42,2%, seguidas das solteiras com 30,8%. No caso dos dados identificados como 'não se aplica' infere-se erro no preenchimento, pois trata-se de mulher adulta.

Tabela 2. Distribuição dos casos de violências em mulheres adultas, conforme a faixa etária, escolaridade, raça/cor e situação conjugal, estado de São Paulo, 2014

Características dos casos	Frequência (n = 18013)	Porcentagem
Faixa etária (anos)		
20 a 29 anos	6.986	38,8
30 a 39 anos	5.972	33,2
40 a 49 anos	3.462	19,2
50 a 59 anos	1.593	8,8
Escolaridade		
Analfabeto	117	0,6
Ensino fundamental incompleto	3.306	18,4
Ensino fundamental completo	1.595	8,9
Ensino médio incompleto	1.385	7,7
Ensino médio completo	3.807	21,1
Educação superior incompleta	510	2,8
Educação superior completa	750	4,2
Ignorado/Em branco	6.543	36,3
Raça/Cor*		
Branca	10.090	56
Parda	4.432	24,6
Preta	1.238	6,9
Amarela	80	0,4
Indígena	19	0,1
Ignorado/Em branco	2.154	12
Situação conjugal		
Casado/União Consensual	7.607	42,2
Solteiro	5.549	30,8
Separado	1.696	9,4
Viúvo	266	1,5
Não se Aplica	175	1
Ignorado/Em branco	2.720	15,1
Total	18.013	100

*autoreferida

Fonte: Sinan Net - Núcleo Viva SES/SP

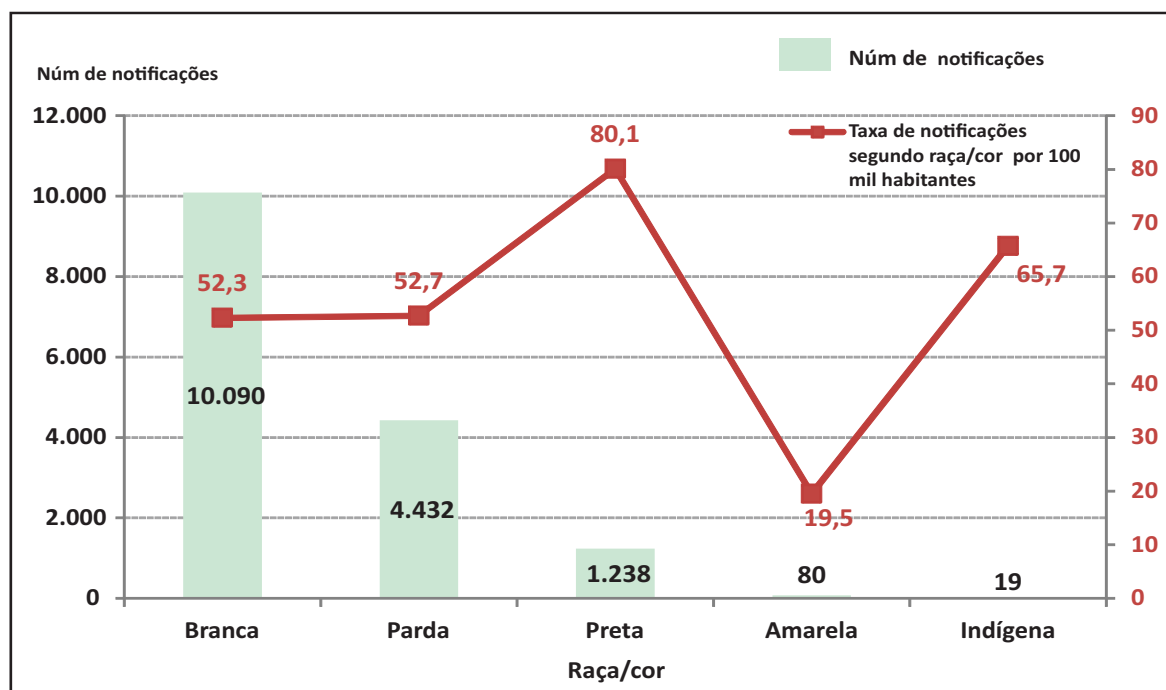
Apesar das mulheres negras (preta e parda) representarem 31,5% dos casos notificados analisados neste estudo, ao avaliar as taxas segundo distribuição das raças na população (estimativa PNAD 2014), observamos valores mais elevados na população preta seguida da indígena e parda. (gráfico 2)

Os homens foram os autores das violências interpessoais contra as mulheres em 11.670 representando 64,8%. Os casos notificados concentraram-se na zona urbana (14.708 - 81,7%), sendo a residência o principal local de ocorrência (11.962 - 66,4%), seguido pela via pública (2.717 - 15,1%). A suspeita de associação do ato de violência com o consumo de álcool pelo agressor representou 30,0% do total de notificações.

As notificações dos casos de violência com alguma relação com o trabalho representam 2,3% com 421 casos.

Na Tabela 3, constam os dados referentes ao tipo de violência cometida contra as mulheres, bem como o vínculo/grau de parentesco do provável agressor. Ressalta-se que uma mesma mulher pode ter sofrido um ou mais tipos de violência e, ainda, por mais de um tipo de agressor, motivo pelo qual os valores percentuais não são somados na tabela.

As seguintes condições para cada uma das cinco categorias distintas do provável agressor foram consideradas: *companheiro* (cônjuge, namorado(a), ex-cônjuge, ex-namorado(a) e relacionamento extraconjugal); *familiar* (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmão, irmã, filho(a), tio(a), primo(a)); *conhecido* (amigos, conhecidos, relação institucional, patrão, chefe e cuidador); *estranho* (desconhecido) e *outros* (policial agente da lei/agente carcerário).



Estimativa populacional baseada no PNAD 2014
Fonte: SinanNET - Núcleo Viva SES-SP

Gráfico 2. Taxa de notificação de violências em mulheres adultas, segundo raça, estado de São Paulo, 2014

Tabela 3. Distribuição dos casos de violências em mulheres adultas, conforme o tipo de violência e o vínculo/grau de parentesco do provável agressor, estado de São Paulo, 2014

Tipo de Violência	Provável Agressor					Subtotal
	Companheiro	Familiar	Conhecido	Estranho	Outros	
Física	7.752	1.219	1.640	1.085	49	11.745
	-66	-10,4	-14	-9,2	-0,4	-100
Psicológica/moral	3.791	435	485	307	13	5.031
	-75,4	-8,6	-9,6	-6,1	-0,3	-100
Outra violência	118	15	21	38	1	193
	-61,1	-7,8	-10,9	-19,7	-0,5	-100
Sexual	233	33	156	467	9	898
	-25,9	-3,7	-17,4	-52	-1	-100
Tortura	322	41	31	51	2	447
	-72	-9,2	-6,9	-11,4	-0,4	-100
Financeira/econômica	172	25	11	51	0	447
	-76,4	-11,1	-4,9	-7,6	0	-100
Negligência/Abandono	52	29	2	2	0	85
	-61,2	-34,1	-2,4	-2,4	0	-100

Fonte: SinanNET - Núcleo Viva SES-SP

Os dados da Tabela 4 expõem as diferentes formas de violência sexual, os procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas no atendimento em serviço de saúde e as consequências geradas pela violência propriamente dita. Ressalta-se que uma mesma mulher pode ter sofrido uma ou mais formas de violência sexual, como também ter recebido um ou mais

procedimentos e, ainda, sofrer mais de um tipo de consequência, motivos pelos quais os valores totais e percentuais não são somados na tabela.

As notificações denominadas como lesão autoprovocada compreendem as tentativas de suicídio, bem como as autoagressões, representando 2.776 casos (15,4% do total de casos).

Tabela 4. Distribuição dos casos de violência sexual em mulheres adultas, de acordo com a forma de violência e os procedimentos realizados após seu atendimento no serviço de saúde, estado de São Paulo, 2014

Características	Frequência(n = 898)	Porcentagem
Forma de Violência Sexual		
Estupro	751	83,6
Assédio sexual	127	14,1
Atentado violento ao pudor	34	3,8
Outras	19	2,1
Exploração sexual	16	1,8
Procedimentos no Serviço de Saúde		
Profilaxia DST	406	45,2
Profilaxia HIV	401	44,7
Coleta de Sangue	370	41,2
Profilaxia Hepatite B	277	30,8
Contracepção de Emergência	265	29,5
Coleta de Secreção Vaginal	151	16,8
Aborto Legal	23	2,6
Consequências Produzidas		
Estresse Pós-Traumático	229	25,5
Transtorno Comportamental	56	6,2
Transtorno Mental	32	3,6
Gravidez	32	3,6
DST	23	2,6
Aborto	19	2,1
Outras Consequências	12	1,3
Tentativa de Suicídio	05	0,6

Fonte: SinanNET - Núcleo Viva SES-SP

DISCUSSÃO

Sabe-se que a violência contra as mulheres atinge vários aspectos que englobam a violação dos direitos à saúde, à vida, à integridade física, à privacidade, à autonomia e outros, gerando um forte impacto negativo na qualidade de vida e reforçando a desigualdade de gênero.¹¹

O número de notificações de violências, quando comparada com o existente em

2010 para os demais anos, sofre incremento contínuo a partir de 2011, quando a notificação foi alterada legalmente e passou a ser obrigatoriedade para além das unidades sentinela.⁵ No entanto, a maior parte dos atos de violência contra as mulheres não é informada às autoridades ou detectada pelos serviços de saúde. Estas informações são enriquecidas por meio de pesquisas transversais com essa população, permitindo

o conhecimento mais detalhado da natureza e da extensão da problemática.¹²

No Brasil, estima-se que mais de 13 milhões de mulheres sofreram, durante o decorrer da vida, algum tipo de violência. As adultas representam 19%, a estatística mundial refere 35%. Em ambos os casos o valor é inferior ao alcançado pelo Estado estudado, que atingiu 65,1%.¹³ A convivência com o agressor é uma realidade dura e ainda é mantida para 31% das que já sofreram violência.¹³

As mulheres casadas/união consensual e as solteiras apresentaram o maior número de notificações. Entre as mais velhas e casadas são cometidos abusos e maus tratos por agressores conhecidos, geralmente seus maridos/companheiros atuais ou anteriores. Mas, ressalta-se que há uma maior propensão em não fazer denúncia dos agressores quando estes são conhecidos das mulheres. É comum estas, além de sofrerem e sentirem vergonha, terem dependência financeira, preocupação com a criação dos filhos, ou mesmo medo ou submissão por saberem que seus agressores exercem algum tipo de domínio e atitudes ameaçadoras.¹⁴ Tal situação leva essas mulheres a se calarem, não procurando por assistência médica e social, motivo que reforça os índices de notificação serem abaixo da realidade.¹⁵

Quando a mulher é agredida, internaliza o medo, visto o processo educativo repressor que inibe a possível iniciativa de denunciar o autor de sua agressão e/ou buscar estratégias de mudança para sua vida, o que a aprisiona no cenário de violência.

O rompimento da relação com o agressor requer tempo e, ainda, há necessidade de um intenso trabalho de resgate de valores pessoais.

No entanto, sabe-se que a autonomia decisória está pautada, em grande parte, na conquista da independência econômica e psicológica, daí, os profissionais que estão em contato ajudá-la e não a julgarem.¹⁶

A associação do ato de violência com o consumo de álcool (pelo agressor) em nosso estudo foi de 30% e é uma realidade verificada em outros estudos, sendo nos finais de semana com evidência ainda maior.¹⁷ Na Austrália, 36% dos homens que cometeram homicídios contra sua parceira íntima estavam sob influência do álcool naquele momento. Outro dado que reforça os achados deste estudo é o relatado por 65% das mulheres da África do Sul de que seus parceiros tinham consumido bebidas alcólicas antes da agressão.¹⁸ De fato, o consumo de álcool afeta diretamente as funções cognitivas e físicas do indivíduo, reduzindo o autocontrole e deixando-o com menor capacidade de negociação; ainda exacerba outros problemas existentes, criando tensões e conflitos conjugais, mas também reforça a ideia de que o álcool pode ser usado como justificativa para o comportamento violento.

Estudos indicam que o ambiente doméstico constitui o principal local de ocorrência da violência, podendo alcançar proporções como 70,1% (Paraná) e 89,3% (São Paulo).¹⁹ Desta forma, há uma perda considerável no entendimento de que os espaços privado e familiar sejam sinônimo de segurança às mulheres. Na maioria das vezes, o companheiro ou outro membro da família é o agressor dessas mulheres, inclusive há referência relativa à repetição da mesma.¹⁹ Nossos dados evidenciam a ocorrência no domicílio em 66,4% e o agressor como companheiro ou familiar em cerca de 40% dos casos.

Em 2013, pesquisa encomendada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres verificou que 54% dos entrevistados afirmaram conhecer, pelo menos, uma mulher agredida por seu parceiro e 56% conheciam, pelo menos, um homem que agrediu a sua.²⁰

Todavia, a violência contra a mulher engloba também as desvantagens sociais e econômicas sofridas por ela, há ainda a existência de leis discriminatórias com interpretação com vieses de gênero nos processos de violência propriamente dita, fazendo com que ela seja vítima potencial de risco, tanto dentro como fora de casa.²⁰

De fato, a violência contra a mulher expressa-se em tipos distintos, sendo a física mais facilmente identificada em parte pelas lesões corporais visíveis, como é o caso das regiões da cabeça, face e pescoço por sua vulnerabilidade. Geralmente, são provocadas por trauma, queimaduras e mordeduras, capazes de gerar lacerações dos tecidos moles e duros, hematomas, injúrias da cavidade oral (fraturas dentais, maxilar e mandibular), contusão nasal, dentre outras.

Outro aspecto relaciona-se aos episódios de violência no trabalho apontado como um dos problemas que mais afligem o Brasil na atualidade. A relação entre trabalho e violência concretiza-se pela infração dos princípios fundamentais e direitos do trabalho, que inclui situações de afronto à civilidade, ameaça de desemprego ou rebaixamento. A referida condição traz forte negatividade às mulheres, visto promover efeitos deletérios de sua condição de saúde e desfavorecer o próprio desenvolvimento pessoal.²¹ Em nosso estudo o registro desta ocorrência foi de 2,3% do total de casos.

Ao longo da vida, as mulheres são expostas e vivenciam diversos cenários de vitimização de violência, dentre os quais a violência sexual. É necessário salientar que tal violência não é composta somente por atos sexuais, como o estupro, perpetrados na maior parte das vezes de forma clandestina, sem testemunhas, mas, sobretudo, em situações de atentado ao pudor, assédio sexual, como o uso de sentenças de duplo sentido, pejorativas e obscenas e, ainda, exploração e tráfico sexual, ratificada pelo aproveitamento da condição de vulnerabilidade maior entre as jovens, como ocorre, em especial, na prostituição por turismo sexual nacional e internacional.²²

Os resultados deste estudo apresentam 898 casos de violência sexual (5,0%) do total de violências contra mulheres, merecendo menção que dos 700 casos de estupro, 400 casos receberam quimioprofilaxia para DST e HIV e 265 casos receberam contracepção de emergência. Esclarece-se que os atendimentos devem ser realizados em tempo oportuno, de acordo com os protocolos de profilaxia, demonstrando que as mulheres podem chegar aos serviços de saúde após o período para realização de tais procedimentos.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer multiplicidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes, exigindo atenção do profissional e, ainda, clareza, exatidão e detalhes nos registros por ele efetuados no prontuário. Além disso, quando houver traumatismo físico, deve-se considerar a necessidade de profilaxia para tétano.

A violência sexual traduz a desigualdade de gênero e, o profissional deve ser prudente

e responsável durante o atendimento prestado a essas mulheres, realizando o mesmo balizado na individualização, integralidade e valorizando o contexto específico ora posto àquela mulher. Salienta-se que não basta normatizar procedimentos, há de se encontrar estratégias que possam de certa maneira alinhar os conhecimentos existentes com ações preventivas, livres de julgamentos ou valores morais que quase sempre atrapalham no cuidado. Isto porque cada caso atendido requer a definição de fluxo assistencial específico, há de se traçar um plano terapêutico individual, de acordo com as necessidades requeridas em cada situação.

Afirma-se que a violência contra as mulheres tende a afetar a saúde de distintas formas, incluindo problemas como aspectos físicos (doença ginecológica, cardíaca e transmissíveis), reprodutivas (gravidez indesejada, aborto ou parto prematuro), cognitivos (atenção, concentração) e sociocomportamentais (depressão, isolamento social, abuso de álcool, tabaco e outras drogas, distúrbio alimentar e de sono) e, além destes, gerar consequências fatais, como homicídios e suicídios.²³ Ratifica-se que a violência extrapola a área da saúde, pois exerce forte influência nos serviços sociais e de bem-estar, bem como nos sistemas de economia, justiça e segurança em todas as esferas.¹²

CONCLUSÃO

Apesar de conhecermos que existe subnotificação e de que campos obrigatórios contidos nas fichas foram mal preenchidos ou negligenciados, observamos tendência de incremento de notificação ao longo nos anos de casos de violências contra a mulher.

Pode-se afirmar que a mulher sofreu todos os tipos de violência, contudo, a física e a psicológica foram as mais prevalentes seguida da sexual. Predominantemente, foi praticada dentro da própria residência, na zona urbana, por companheiros ou ex-companheiros. A suspeita da associação da ação de violência com o consumo de álcool (pelo agressor) representou 30,0% do total de violências notificadas. O comportamento violento repetitivo abarcou 41,4% dos casos, revelando o quanto a reincidência é realidade.

A importância da notificação de qualquer suspeita ou confirmação da violência tem se fortalecido nas últimas décadas. Notificar é um ato profissional que vai além da revelação de zelo ou respeito aos preceitos éticos e legais, revestindo-se de valor estratégico capaz de contribuir para o desencadeamento de ações de prevenção e proteção, fomentar ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada à violência, traduzindo-se, como instrumento de garantia de direitos e de proteção social às mulheres de todas as idades.

O conhecimento do perfil da violência contra a mulher constitui uma ferramenta de suma importância para além do planejamento, execução e avaliação de ações de cuidado de saúde às vítimas. Engloba a análise dos fatores determinantes do processo de saúde-doença, a atuação preventiva do referido agravo e o aumento da visibilidade de outros setores para além da saúde.

Ratifica-se neste artigo a relevância de medidas políticas de intervenção jurídica, social e de bem-estar, como ações de caráter interdisciplinar e intersetorial necessárias

para fornecer um atendimento qualificado, integralizado e humanizado e, ainda, compor e

fortalecer as redes de assistência à saúde, bem como, o fomento a favor da cultura da paz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12^a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
2. Dalberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 11(Supl):1163-78.
3. World Health Organization (WHO). World Report on Violence and Health World Health Organization. Genebra; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA em Serviços Sentinela. Brasília/DF; 2006a.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 22p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhaNotificacaoViolenciasMS2017_NucleodaPaz.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4 GM/MS de 28 de setembro de 2017, anexo 1 do anexo V - Lista Nacional de Notificação Compulsória. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.356/GM, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Publicada no Diário Oficial da União Seção 1 - número 120 de 26/06/2006. Brasília/DF, 2006b.
8. Moraes MA, Valencich DMO, Carnevalle CV, Shirassu MM, Monteiro Junior CC, Skazulka ET, et al. Violência Sexual: um problema de Saúde Pública. *Boletim Epidemiológico CVE*. 2012; 2(8):118-27.
9. Duarte MC, Fonseca RMGS, Souza V, Pena ED. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(2):325-32.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Instrutivo Notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
11. Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2016 dez. 10]. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/areas-tematicas/violencia>.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (Trad.) [Internet]. São Paulo; 2015 [citado 2013 dez 13]. Disponível em: <http://nevusp.org>

- org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf
13. Brasil. Senado Federal. Secretaria de Transparência. DataSenado. Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 dez. 12]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf.
 14. Vieira LB, Padoin SMM, Oliveira IES, Paula CC. Intencionalidade de mulheres que decidem denunciar situação de violência. Acta Paul Enferm. 2012; 25(4):423-9.
 15. Pires GE, Gomes EM, Duarte AD, Macedo AF. Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. Oral Sci. 2012; 4(1):10-7.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Temático: prevenção de violência e cultura de paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
 17. La Flair LN, Bradshaw CP, Storr CL, et al. Intimate partner violence and patterns of alcohol abuse and dependence criteria among women: a latent class analysis. J Stud Alcohol Drugs 2012;73(3):351-60
 18. World Health Organization (WHO). Intimate partner violence and alcohol. [Internet] Genebra; 2006 [citado 2016 dez. 19]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimat
 - Raimondo ML, Labronici LM, Larocca LM. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial. Cogitare Enferm. 2013;18(1):43-9.e.pdf.
 19. Raimondo ML, Labronici LM, Larocca LM. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial. Cogitare Enferm. 2013;18(1):43-9. Garcia LP, Silva GDM. Mortalidade de Mulheres por agressões no Brasil: perfil e estimativas corrigidas – 2011 a 2013.
 20. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). . [Internet] Brasília; 2016 [citado 2016 dez 16]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6260/1/td_2179.pdf.
 21. Oliveira RP, Nunes MO. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. Saúde Soc. 2008; 17(4):22-34.
 22. Patricio JA. Violência contra as mulheres: processos e contextos de vitimização. Forum Sociológico, 2014, série II, n.25. [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan. 03]. Available from: <http://sociologico.revues.org/902>.
-



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

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

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

Informe técnico

Orientações Técnicas para o Diagnóstico Rápido e Laboratorial da Infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais

Technical guidelines for rapid and laboratory diagnosis of HIV infection, syphilis, and viral hepatitis

Márcia Jorge Castejon; Rosemeire Yamashiro; Carmem Aparecida de Freitas Oliveira; Edilene Peres Real da Silveira; Elaine Lopes de Oliveira; Adriana Parise Compril; Regina Célia Moreira^{II}

^IInstituto Adolfo Lutz - Centro de Imunologia. ^{II}Instituto Adolfo Lutz - Centro de Virologia. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

As orientações técnicas têm como objetivo colocar à disposição das Unidades de Saúde da Rede Pública do Estado de São Paulo as informações sobre o fluxo de encaminhamento de amostras para diagnóstico laboratorial das infecções pelo HIV, sífilis e hepatites virais A, B e C.

Os ensaios sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites virais B e C devem ser realizados em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013,¹ que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV,² da Portaria GM/MS nº 2.012, de 19 de outubro de 2016,³ que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis⁴ e da Portaria SVS/MS nº 25, de 01 de dezembro de 2015,⁵ que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais,⁶ respectivamente. Ressaltamos que os métodos que realizam a detecção de anticorpos não são recomendados para o diagnóstico em crianças menores de 18 meses de idade, sendo necessária a realização de testes moleculares.

A presente versão foi elaborada por profissionais do Instituto Adolfo Lutz (IAL),

baseada na experiência em diagnóstico laboratorial das infecções pelo HIV, sífilis e hepatites virais.

HISTÓRICO

Tendo em vista a consolidação e o aprimoramento das políticas de saúde pública, o disposto na Política Nacional de Vigilância em Saúde (Resolução CNS 588/2018)⁷ e as atribuições e competências do IAL, como Laboratório Central de Saúde Pública no estado de São Paulo, foi iniciado o processo de descentralização dos exames de triagem sorológica para HIV, sífilis e hepatites A, B e C nas regiões de Araçatuba, Bauru, Marília, Piracicaba/Rio Claro, Presidente Prudente, São José do Rio Preto e Taubaté.

Neste contexto, a Rede Regional do IAL nestas regiões será fortalecida no seu papel de Laboratório de Referência em HIV, Sífilis e Hepatites A, B e C nas suas respectivas áreas de abrangência, realizando testes confirmatórios e atendendo às demandas da Vigilância Epidemiológica na investigação de casos notificados. Além disso, o IAL irá incrementar ações para o controle da qualidade analítica⁸⁻¹⁰ envolvendo a triagem sorológica destes agravos realizada nos Laboratórios da sub-rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de São Paulo.

Diagnóstico empregando Teste Rápido (TR)

Embora os TR não façam parte da rotina do Laboratório de Saúde Pública, é importante tecer algumas considerações sobre sua utilização no Brasil. De acordo com o preconizado pelos Manuais Técnicos para diagnóstico das infecções pelo HIV, sífilis e hepatites virais, os TR são fundamentais para a ampliação do acesso ao diagnóstico e aumentam a resolubilidade do sistema. Além disso, permitem imediata intervenção médica nos casos que requerem tratamento. Constituem também uma ferramenta importante no cenário epidemiológico brasileiro, pois a maior parte dos indivíduos é diagnosticada na fase crônica da doença.

Recomenda-se que o TR seja realizado em local que permite fornecer o resultado durante o período da visita do indivíduo (consulta médica, atendimento em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), atendimento em domicílio, atendimento em Unidade de Testagem Móvel - UTM, organização não governamental etc.); uma vez diagnosticado como portador da infecção, este deve ser encaminhado prontamente para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS ou para um Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Os fluxogramas para a realização do diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites virais B e C por meio de TR definidos pelo Ministério da Saúde estão relacionados a seguir.

- HIV – Portaria SVS/MS nº 29/2013

Fluxograma 1/HIV – dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostras de sangue total;

Fluxograma 2/HIV – um teste rápido utilizando fluido oral (TR1-FO) seguido por um teste rápido utilizando sangue (TR2).

A amostra de sangue pode ser obtida por punção da polpa digital ou por punção venosa.

- Sífilis – Portaria GM/MS nº 2012/2016

Fluxograma 3/Sífilis – emprega um teste rápido treponêmico como primeiro teste, seguido por um teste não treponêmico para a confirmação do diagnóstico.

Nos casos em que o teste não treponêmico (detecta anticorpos não específicos para *Treponema pallidum*) seja não reagente, recomenda-se a utilização de um terceiro teste laboratorial treponêmico (detecta anticorpos específicos para *Treponema pallidum* como FTA-Abs, TPPA, TPHA ou MHA-TP). Todos os testes devem ser realizados em uma mesma amostra quando obtida por punção venosa, inclusive o teste rápido. Nas situações em que o teste rápido for realizado com amostra obtida por punção digital e seja reagente, uma segunda amostra deverá ser coletada por punção venosa para conclusão do fluxograma.

- Hepatites virais – Portaria SVS/MS nº 25/2015

Fluxograma 1/HBV- investigação inicial da infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) utilizando um teste rápido (TR – HBsAg);

Fluxograma 4/HCV - investigação inicial da infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) utilizando um teste rápido (TR – anti-HCV).

MÉTODOS LABORATORIAIS CONVENCIONAIS

Estratégias para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV

Os fluxogramas propostos com testes utilizados em laboratório oferecem opções

que podem ser selecionadas dependendo da capacidade do laboratório.

No diagnóstico de HIV, a testagem laboratorial é realizada em duas etapas - triagem e confirmatória - em amostras de soro ou plasma.

A seguir são listados os Fluxogramas preconizados pelo Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV.

Fluxograma 3/HIV - triagem com imunoensaio de 4ª geração e confirmação com teste molecular como teste complementar;

Fluxograma 4/HIV - triagem com imunoensaio de 3ª geração e confirmação com teste molecular como teste complementar;

Fluxograma 5/HIV - triagem com imunoensaio de 3ª geração e confirmação com Western blot, imunoblot ou imunoblot rápido como teste complementar;

Fluxograma 6/HIV - triagem com imunoensaio de 4ª geração e confirmação com Western blot, imunoblot ou imunoblot rápido como teste complementar.

Estratégias para o diagnóstico laboratorial da sífilis

No diagnóstico laboratorial da sífilis, de acordo com o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis, podem ser utilizados os Fluxogramas a seguir.

Fluxograma 1/Sífilis – teste inicial não treponêmico confirmado por teste Treponêmico;

Fluxograma 2/Sífilis – diagnóstico laboratorial reverso de sífilis baseado em testes imunológicos automatizados, no qual emprega-se um teste treponêmico como primeiro teste, seguido por um teste não treponêmico para a confirmação do diagnóstico.

Estratégias para o diagnóstico laboratorial das hepatites A, B e C

De acordo com o Manual Técnico, os casos de infecção pelo vírus da hepatite A (HAV) estão na maior parte das vezes associados a condições precárias de saneamento básico e higiene. Também já foram relatados casos de transmissão sexual. Sendo assim, recomenda-se que a investigação seja realizada utilizando a pesquisa pelo anticorpo IgM contra o HAV (anti-HAV IgM).

Para as hepatites B e C são preconizados os fluxogramas a seguir.

Fluxograma 2/HBV - diagnóstico da infecção pelo HBV utilizando na triagem o teste HBsAg e teste molecular (HBV-DNA) na confirmação;

Fluxograma 3/HBV – diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite B utilizando os testes de triagem HBsAg e anti-HBc total e teste molecular (HBV-DNA) na confirmação;

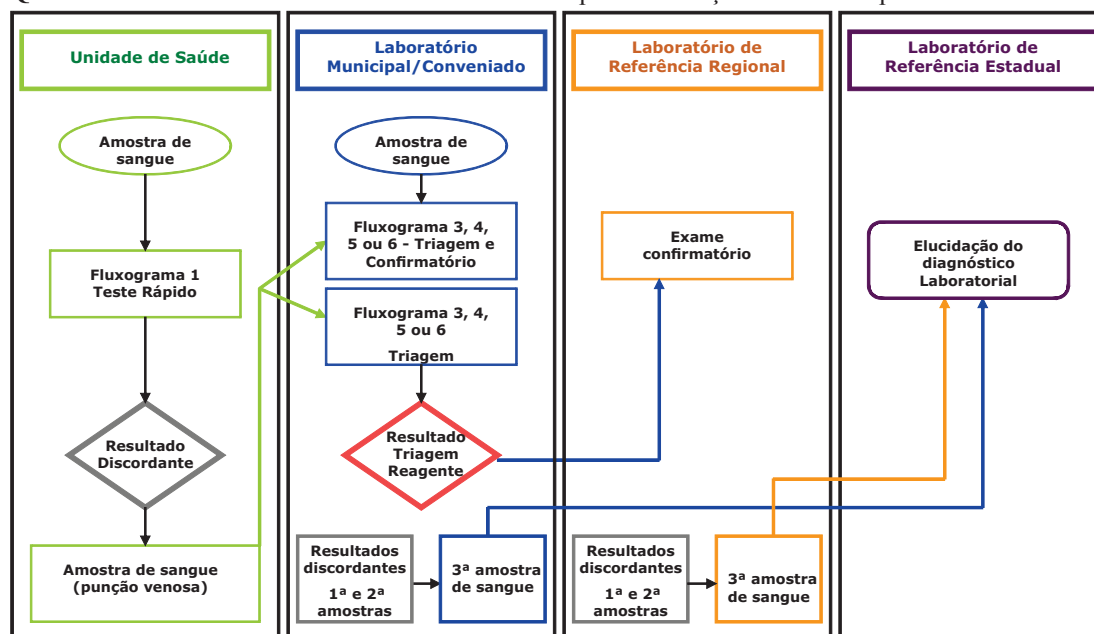
Fluxograma 5/HCV - diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite C utilizando na triagem o teste para detecção do anti-HCV e teste molecular (HCV-RNA) na confirmação.

Fluxo de Encaminhamento de Amostras e Realização dos Exames na Rede Regional do IAL

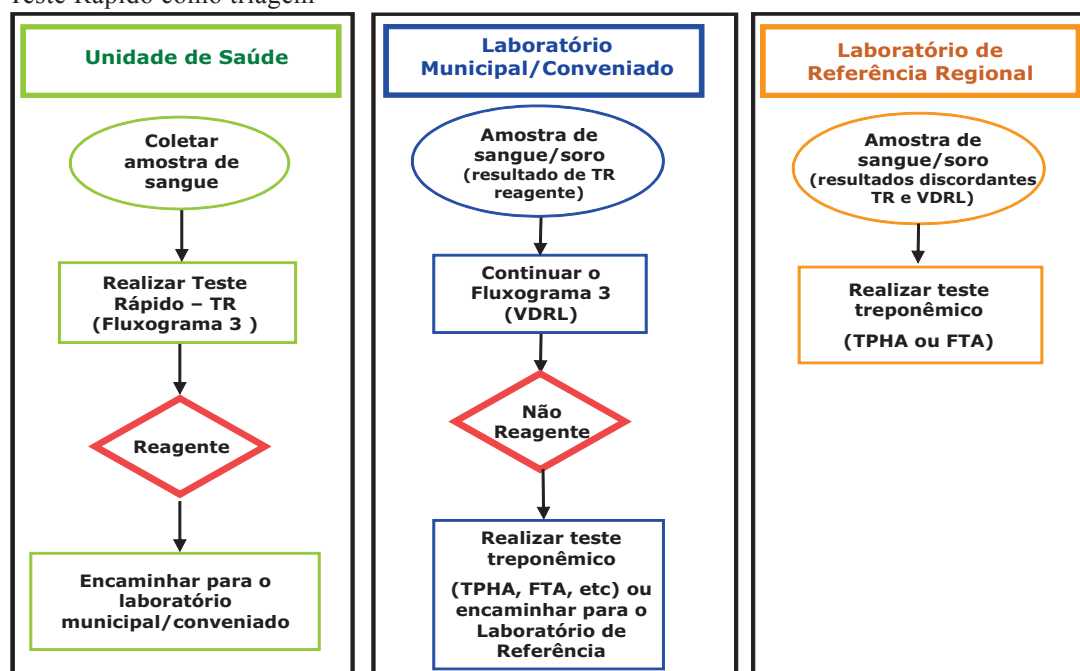
Os procedimentos referentes aos fluxos de encaminhamento das amostras de sangue para realização do diagnóstico da infecção pelo

HIV (Quadro 1), da sífilis (Quadros 2, 3 e 4) e das hepatites virais B e C (Quadros 5 e 6) estão sumarizados abaixo.

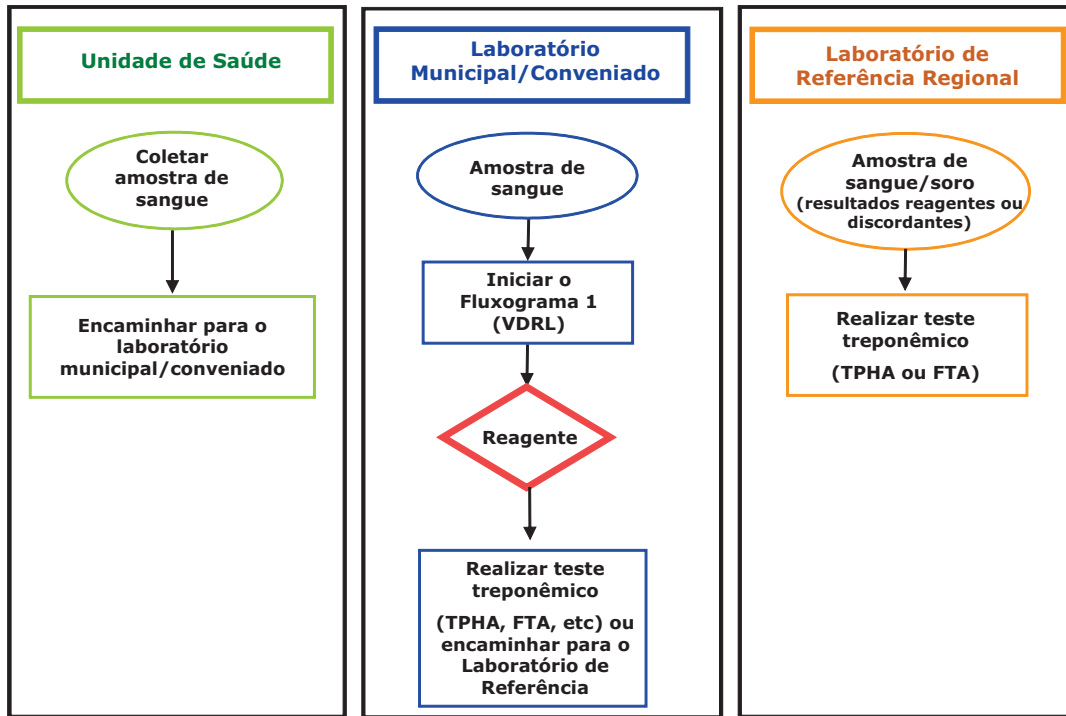
Quadro 1. Fluxo de encaminhamento de amostras para realização de exames para HIV



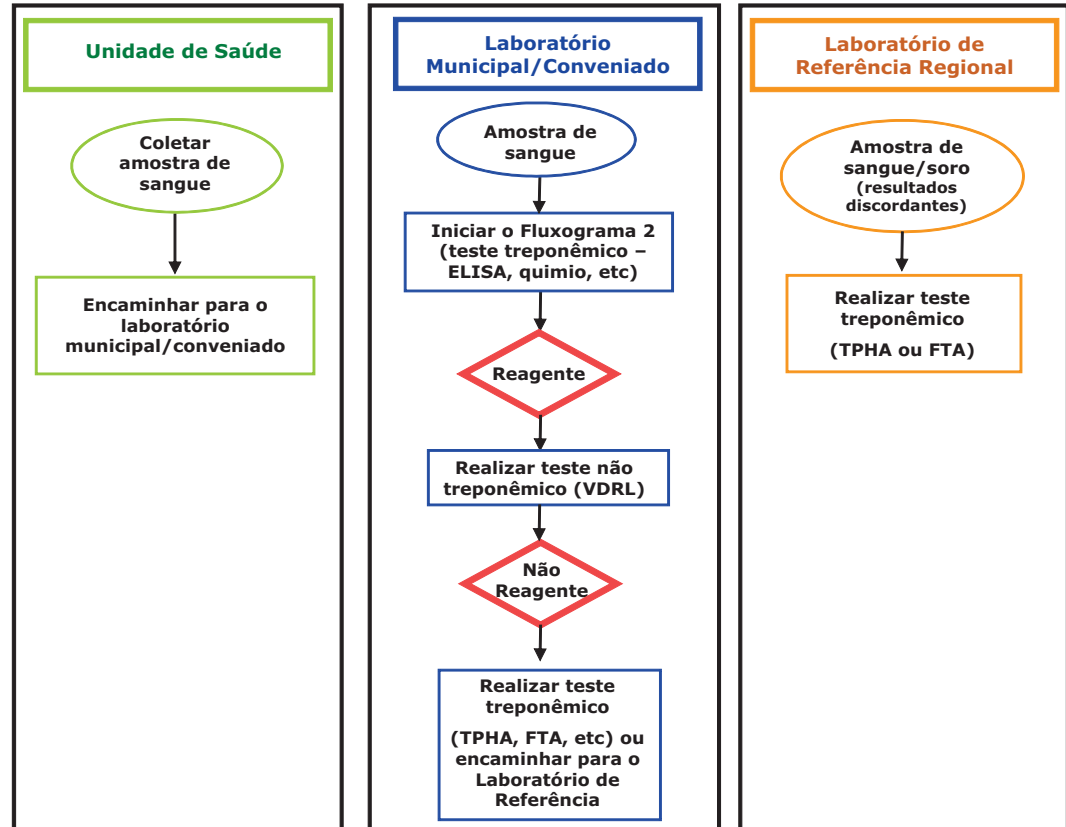
Quadro 2. Fluxo de encaminhamentos de amostras para realização de exames para sífilis, utilizando Teste Rápido como triagem



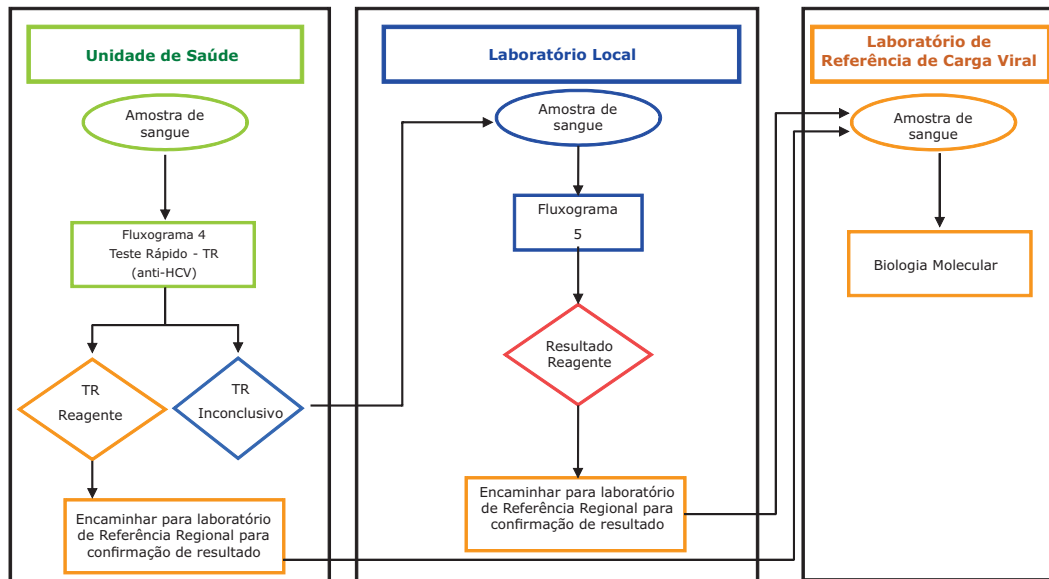
Quadro 3. Fluxo de encaminhamentos de amostras para realização de exames para sífilis, utilizando VDRL como triagem



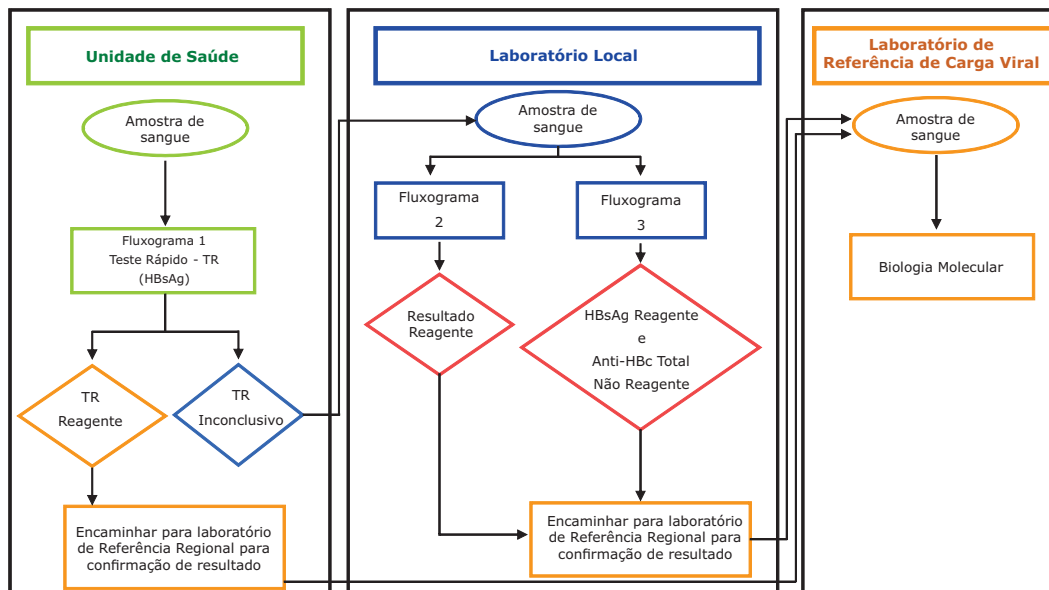
Quadro 4. Fluxo de encaminhamentos de amostras para realização de exames para sífilis, utilizando Teste Treponêmico como triagem



Quadro 5. Fluxo de encaminhamento de amostras para realização de exames para HBV



Quadro 6. Fluxo de encaminhamento de amostras para realização de exames para HCV



Importante ressaltar que para os ensaios confirmatórios, as amostras devem estar acompanhadas da interpretação do resultado do TR ou do teste laboratorial constando informações a respeito do kit de reagentes diagnóstico utilizado e número do lote.

Para garantir a qualidade dos exames confirmatórios ou elucidação diagnóstica, as amostras de sangue dos pacientes enca-

minhadas aos Laboratórios de Referência (Regional ou Estadual) deverão estar acompanhadas das seguintes informações:

- Nome e registro de identificação do paciente no laboratório;
- Data da coleta da amostra;
- Dados do exame anterior: data de emissão do laudo, nome do exame,

tipo de amostra, nome do kit de reagentes diagnóstico e metodologia, unidade de medição, valores de referência e interpretação do resultado.

Para os casos de elucidação diagnóstica a amostra deve ser encaminhada em tubo primário e, sempre que possível, acompanhada das amostras que obtiveram resultados discordantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças e dá outras providências. [Acesso em 5 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico de HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. [Acesso em 6 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.012, de 19 de outubro de 2016. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências. [Acesso em 5 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. 2016. 52 p. : il. [Acesso em 5 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 25, de 1 de dezembro de 2015. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais em Adultos e Crianças e dá outras providências. [Acesso em 6 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais/Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 123 p.: il. [Acesso em 6.dez. 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018; Seção 1:87. [Acesso em 06.dez. 2018]. [Acesso em 6.dez. 2018]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

8. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Manual técnico para implementação do controle de qualidade interno nos procedimentos laboratoriais para diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV no estado de São Paulo. São Paulo: IAL; 2007. [Acesso em 5 dez. 2018]. Disponível em: bvsalud.org
 9. Castejon MJ, Yamashiro R, Oliveira CAF. Manual técnico: programa de controle de qualidade interno em ensaios sorológicos para HIV/Aids. São Paulo: Instituto Adolfo Lutz, 2016. [Acesso em 5 dez. 2018]. Disponível em: ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=6092.
 10. Castejon MJ, Yamashiro R, Oliveira EL, Silveira EPR, Oliveira CAF. Manual do participante: Controle de qualidade interno (CQI) em ensaios de imunoblot rápido HIV e de quimioluminescência anti-treponêmico. São Paulo: Instituto Adolfo Lutz, 2016. [Acesso em 5 dez. 2018]. Disponível em: ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=6126.
-
-

Relato de encontro

Encontros de Experiências Exitosas sobre Gestão de Qualidade e Desenvolvimento Institucional

Meetings of Successful Experiences on Quality Management and Institutional Development

Eliana de Fátima Paulo; Elisa Maria N.C.P. de Azevedo; Marcia de Souza Moraes; Ricardo Kerti M. Albernaz

Grupo de Planejamento e Avaliação. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

No Sistema Paulista de Vigilância em Saúde a gestão da qualidade e o desenvolvimento institucional é uma das prioridades para o quadriênio 2016 – 2019, com inclusão, no eixo III, do Plano Estadual de Saúde (PES), Diretriz 1 – Fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde (diretriz de gestão da Vigilância em Saúde) de um objetivo: Objetivo 2 - Implantar Gestão da Qualidade em Vigilância em Saúde em todas as instituições.

Várias estratégias e ações de qualificação da Gestão e da Vigilância em Saúde que são desenvolvidas pelas áreas e instituições nem sempre são reconhecidas como tal e certamente perde-se a oportunidade de que estas sejam soluções para questões comuns.

O processo para atingir este objetivo está em diferentes estágios nos órgãos da Vigilância em Saúde estadual, devido às especificidades e necessidades de cada um deles. Partindo desta premissa, e devido ao seu papel de monitoramento e acompanhamento, o Grupo de Planejamento e Avaliação (GPA), da Coordenadoria de Controle de Doenças/Secretaria de Estado da Saúde CCD/SES realizou dois encontros com o objetivo de promover integração e divulgação das experiências bem sucedidas na implantação da Gestão da Qualidade e Desenvolvimento Institucional entre as instituições da CCD.

Os encontros foram realizados nos dias 9 e 16 de outubro de 2018, no Auditório José Adhemar, e transmitidos ao vivo pelo canal do YouTube da CCD, o que permitiu o acompanhamento e interação em tempo real de todas as regionais e instituições da Vigilância em Saúde do Estado, em mais de 100 pontos.

Na oportunidade foram apresentadas 8 experiências exitosas, 6 das instituições da Coordenadoria: CVE, CVS, IAL, CRT, Instituto Pasteur e Sucen e duas experiências de qualificação na gestão: do Comitê de Mortalidade Materno e Infantil do município de Santana do Parnaíba e da Coordenação de Recursos Humanos (CRH) da SES:

- Programa Bebê passo a passo: Programa de Enfrentamento da Mortalidade Infantil. Secretaria Municipal da Saúde de Santana do Parnaíba/Comitê Municipal de Mortalidade Materna Infantil e Fetal;
- Implantação e utilidade do Sistema Gestor de atividades em Vigilância Epidemiológica (Gavep). Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) “Prof. Alexandre Vranjac”;
- Sistemas de Informação como ferramenta de tomada de decisão.

Superintendência de Controle de Endemias/Sucen;

- Política da Gestão de Qualidade no Centro de Vigilância Sanitária e na área de medicamentos. Centro de Vigilância Sanitária (CVS);
- Curso de desenvolvimento gerencial em Serviços de Saúde na SES – 2019. Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH);
- Parceria serviço – Universidade na implementação da resposta às IST/Aids. Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids/CRT DST/Aids;
- Aplicação da Norma ISO 17025 no Sistema de Gestão da Qualidade. Instituto Adolfo Lutz/IAL;

- Gerenciamento de Resíduos de Saúde no Instituto Pasteur. Instituto Pasteur.

Todas as instituições participaram da atividade presencial e, pelo canal da CCD, houve participação das regionais (113 acessos).

A socialização e o compartilhamento destas experiências possibilitará tanto que as ações e medidas desenvolvidas pelas instituições e seus resultados possam servir como possibilidades de intervenção – ou modelo para a concreta qualificação das ações de Vigilância em Saúde – quanto que a gestão da qualidade seja efetivamente implantada em todas as áreas da Vigilância em Saúde do Estado de Saúde.

Novos encontros estão sendo programados para 2019 e outras áreas certamente ficarão estimuladas a compartilhar suas experiências.

O Uso de Sistemas de Informação para a Tomada de Decisões

Antonio Henrique Alves Gomes; Gerson Laurindo Barbosa

Superintendência de Controle de Endemias. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

A importância da informação na tomada de decisões nos dias atuais é fato amplamente discutido e aceito. As informações geradas nas diversas atividades desenvolvidas pelos órgãos de prestação de serviços, nas diversas esferas de governo, podem e devem compor o arsenal disponível para a tomada de decisões, definição de estratégias e retroalimentação das atividades que as geram. Para tanto, devem estar dispostas de forma organizada e disponível aos responsáveis pelas decisões estratégicas desses programas. Um dos papéis a ser assumido pelo estado nesse contexto é o de gestor dos sistemas de informação, concebidos de forma compartilhada entre os níveis de governo e que permita a cada um, dentro de suas atribuições previstas pelo SUS, fazer uso dessas informações, de modo a melhorar a qualidade e eficiência do trabalho prestado à população.

Seguindo essas premissas, a Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) vem, ao longo dos anos, desenvolvendo sistemas de informação para uso nos programas sob sua responsabilidade, visando propiciar uma ferramenta útil, de fácil manuseio pelos usuários e com foco especialmente voltado para o gestor municipal, executor da maior parte das ações de controle de vetores.

Dada a importância das arboviroses no Estado de São Paulo, tanto em abrangência quanto em número de casos, e ainda considerando o montante de recursos consumidos em seu controle, tomaremos como exemplo o sistema

Sisaweb, onde é feito o registro e análise das informações geradas nesse programa.

O sistema na versão web foi desenvolvido e implantado em 2010 e atualizado em 2018, com os municípios aderindo a essa nova versão ao longo do ano. Um dos gargalos observados nas versões anteriores diz respeito à digitação dos dados no sistema, dado o grande volume de boletins gerados pelas atividades de campo. Visando minimizar esse problema e dar maior agilidade ao sistema, possibilitando uma análise mais rápida e detalhada do trabalho executado, foi desenvolvida uma versão mobile, que dispensa a digitação, pois os dados coletados no campo são automaticamente inseridos no sistema.

Dada a dificuldade de envolvimento de representações de todos os municípios na concepção do sistema, foi criado um canal para que os usuários possam, além de esclarecer dúvidas sobre o funcionamento do sistema, trocar experiências, apontar problemas e fazer sugestões para a sua melhoria. Além disso, todos os tópicos criados ficam disponíveis para todos os usuários, de modo que alguém com uma dúvida em um tema, pode pesquisar o que já foi comentado sobre ele.

Por ser desenvolvido em plataforma web, o sistema está disponível para qualquer tipo de equipamento com acesso a internet, sem necessidade de instalação de nenhum tipo de software específico. A análise das informações registradas pode ser feita mediante da emissão de relatórios tabulares – formato tradicional de

disponibilização de informações, geração de gráficos e mapas, através do próprio sistema.

Como a ocorrência de casos de arboviroses tem uma importância especial tanto na definição de estratégias de trabalho como na análise conjunta desses fatores – trabalho realizado e casos registrados – buscando entender o processo, o sistema possibilita a visão conjunta dessas variáveis, dispostas espacialmente.

Para usuários com interesses em outras análises, o sistema possibilita ainda a exportação em formato CSV, que pode ser utilizada para análises em pacotes estatísticos, criação de bases de dados específicas ou simples manipulação em planilha eletrônica. Exportações em KML podem ser utilizadas para intercâmbio com softwares de geoprocessamento, bem como visualização em outros aplicativos de geração de mapas.



Figura 1. Versão Mobile

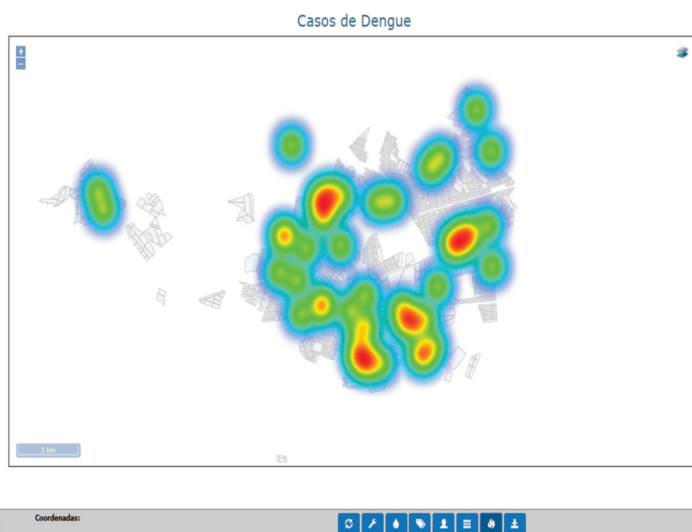


Figura 3. Geração de mapa com informação de casos e vetor

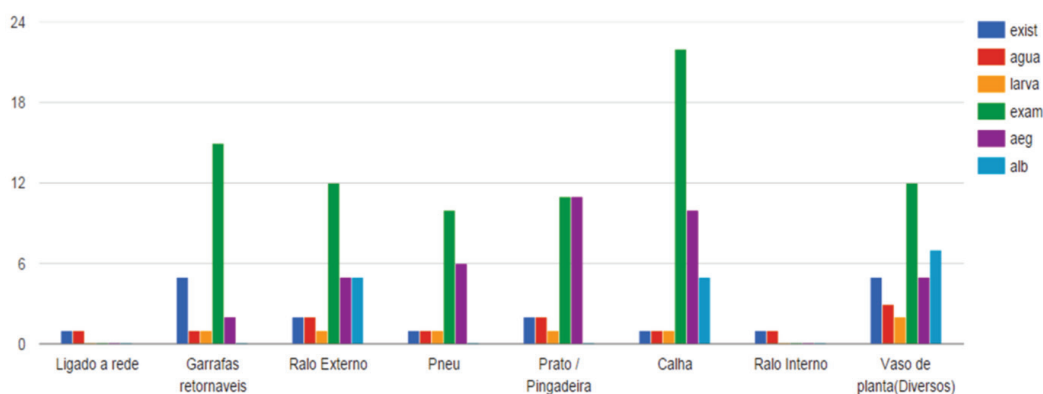


Figura 2. Visualização em Gráfico

Aplicação da Norma ABNT NBR ISO/IEC 17025:2017 no Sistema de Gestão da Qualidade – Instituto Adolfo Lutz

Regina Gomes de Almeida; Alice Sakuma; Carmen Silvia Kira; Daniela Moraes Santiago e Rosilene de Almeida

Instituto Adolfo Lutz. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

O Instituto Adolfo Lutz, com o objetivo de prestar bons serviços, busca constantemente avaliar suas atividades e adotar um conjunto de procedimentos para adequar seus processos às normas de qualidade. Esta conduta visa garantir a melhoria contínua da qualidade dos processos, com rigor científico nos exames, análises e ensaios executados, por meio do atendimento aos critérios estabelecidos na legislação vigente, desenvolvimento do capital humano, sustentabilidade, tecnologia de ponta com valor agregado e superação das expectativas dos clientes.

Na Política da Qualidade, a instituição assume o compromisso de submeter o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do Instituto Adolfo Lutz aos critérios da Norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas “ABNT NBR ISO/IEC - 17025” – Requisitos gerais para a competência de laboratórios de ensaio e calibração em todas as suas atualizações.

A escolha do sistema mais adequado às atividades da organização passou por diversas etapas: contínuas avaliações, tanto interna como externamente, consultorias externas e capacitações das equipes. A Gerência da Qualidade realiza constante acompanhamento da evolução do conhecimento divulgado nacionalmente de normas ABNT e mantém a instituição informada sobre documentos do sistema de gestão da qualidade, para que apliquem os procedimentos na sua rotina e garantam a qualidade dos resultados.

A Instituição tem uma diversidade de atividades por isso além das Normas citadas também cumpre os requisitos da Norma ABNT NBR ISO/IEC - 17043, nas atividades de organização de Ensaios de Proficiência, da ABNT NBR ISO/IEC 17034 para os produtores de Material de referência e cumpre os requisitos da OMS para laboratórios de controle de qualidade de produtos farmacêuticos.

A Norma ABNT NBR ISO/IEC – 17025 se baseia no conceito de risco (necessidade de identificação e abordagem de riscos e oportunidades) e tem foco maior em processos e menos em requisitos documentais, isto é, o foco está no resultado que se espera com a implementação do requisito.

São requisitos:

- Requisitos gerais (imparcialidade e confidencialidade): abordagem de riscos oriundos das atividades da organização, riscos oriundos da forma de governança, contratos, marketing; riscos oriundos dos relacionamentos do pessoal, excesso de familiaridade do pessoal com o cliente etc., gestão da informação do cliente, por meio de compromissos legalmente válidos.
- Requisitos de estrutura (entidade legal, gerência, responsabilidades): o laboratório deve definir o rol de

- atividades laboratoriais para as quais atende a norma e ter uma gerência da qualidade que assegure a implementação de processos e procedimentos e a responsabilidade com o cliente;
- Requisitos de recursos (pessoal, condições ambientais, rastreabilidade metrológica, compras de produtos e serviços): requer monitoramento do pessoal; instalações; condições ambientais; aquisição de equipamentos; serviços e materiais segundo critérios dos procedimentos e contratação de serviços externos.
 - Requisitos de processo: revisão de pedidos e contratos; garantia da qualidade dos resultados; relato de resultados; tratamento de reclamações;
 - Requisitos de gestão: gestão de documentos, controle de registros, riscos e oportunidades, melhoria, ações corretivas, auditorias internas e análise crítica do sistema de gestão e a elaboração dos Planos de Ação Institucionais integrados ao Planejamento, Administração e áreas Técnicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABNT NBR/ISO/IEC 17025
Requisitos gerais para competência de laboratórios de ensaio e calibração
 2. ABNT NBR ISO/IEC 17043
Avaliação de conformidade – Requisitos gerais para ensaios de proficiência
 3. ABNT NBR ISO 17034 Requisitos gerais para a competência de produtores de material de referência.
-
-

Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do Instituto Pasteur

Keila Iamamoto Nogi

Instituto Pasteur. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

A nova equipe da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do Instituto Pasteur (CGRSS-IP) vem atuando desde 2014. O trabalho iniciou com a regularização da coleta dos resíduos recicláveis e dos resíduos químicos perigosos. Priorizou-se o trabalho em relação aos resíduos químicos perigosos, devido à urgência na regularização do descarte. Assim, realizou-se um trabalho para identificar quais resíduos químicos eram gerados, qual a quantidade descartada, qual a periculosidade dos resíduos químicos, como estava sendo realizado o acondicionamento, a segregação e o descarte.

A partir do conhecimento dos resíduos químicos gerados e da quantidade descartada, foi possível a regularização do CADRI (Certificado de Movimentação de Interesse Ambiental), que é um documento emitido pela Cetesb e que autoriza o transporte dos resíduos químicos perigosos até o local de

disposição final. Foram realizadas visitas técnicas às áreas laboratoriais, com o intuito de conhecer o fluxo dos descartes dos resíduos em geral nessas áreas. Tais visitas possibilitaram verificar a necessidade de correção e harmonização de procedimentos, de estabelecer um fluxo institucional para descarte dos resíduos em geral, e de aprimorar a rastreabilidade. Desta forma, a CGRSS-IP vem trabalhando em tais questões, orientando quanto aos procedimentos que necessitavam de correção e harmonização, buscando a aquisição de embalagens adequadas para o acondicionamento, a segregação e o descarte, e padronizando etiquetas que identificam as embalagens para descarte. Como consequência desse trabalho, teremos uma maior garantia de um descarte adequado dos resíduos gerados, maior segurança para os funcionários, além do cumprimento às exigências da legislação vigente.

Sistema da Garantia da Qualidade no Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Ana Luiza Chieffi; Tamires de Lira Tavares; Rosangela de Jesus Lima

Divisão de Produtos Relacionados à Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) tem sido objeto de avaliações a fim de ter suas funções regulatórias qualificadas por organizações internacionais como: Organização Mundial da Saúde (OMS); Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); União Europeia (UE), em 2013 e 2018 na fabricação de insumos farmacêuticos ativos (IFA); entre outras. Essas qualificações se dão por meio de auditorias para verificação da harmonização e padronização das ações de Vigilância Sanitária.

Como procedimentos preparatórios para as auditorias, em 2010 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) constituiu “Grupo de Trabalho (GT) Tripartite”¹ com objetivo de elaborar documentos e Procedimentos Operacionais Padrões (POP) para harmonização do processo de inspeção sanitária para verificação do cumprimento das boas práticas de fabricação (BPF) entre os entes do sistema (Visas Estaduais e Visas Municipais). O resultado dos trabalhos do GT Tripartite foi a publicação da RDC Anvisa nº 47/2011,² atualizada pela RDC Anvisa 34/2013.³ Esta RDC foi o primeiro documento no âmbito do SNVS que trata de um Sistema da Gestão da Qualidade (SGQ) para as ações de Vigilância Sanitária.

A adoção de um SGQ por todos os entes do SNVS garante a harmonização e a consistência das ações executadas e conseqüentemente o reconhecimento do Brasil como um país que

atende aos padrões regulatórios estabelecidos internacionalmente.

Em 2013 o CVS/SP, incentivado pela instituição dos documentos da qualidade no SNVS e frente à necessidade de preparação para receber a auditoria da UE, elaborou e aprovou os documentos da Gestão da Qualidade em Vigilância Sanitária. Este trabalho resultou na publicação de Manual da Qualidade, Programa de Capacitação e 14 POP, sendo estes relacionados a elementos gerais do SGQ, bem como a operacionalização das atividades de inspeção em fabricantes de medicamentos, IFA e Produtos para a Saúde.

A auditoria da UE teve como finalidade estreitar as relações internacionais para exportação de IFA para Europa. O Brasil foi aprovado com condições na auditoria da UE, que incluem assegurar que os SGQ de estados e municípios sejam operantes. O processo de auditoria foi um catalisador para iniciar mudança no processo de trabalho da Vigilância Sanitária. Neste sentido, a Anvisa elaborou estratégia de planejamento com a definição da frequência, duração e escopo das inspeções para verificação do cumprimento das BPF baseada no risco sanitário atribuído aos fabricantes,⁴ publicada como POP pelo GT Tripartite.

Em continuidade aos trabalhos de Gestão da Qualidade, em 2018, foi publicada a Portaria CVS nº 05/2018,⁵ que oficializa o

SGQ no âmbito do CVS com o objetivo de aprimorar a qualidade da prestação de serviços de vigilância sanitária à população e ao setor regulado pelo Sistema de Vigilância Sanitária Sevisa; elaborar e revisar procedimentos dos processos de trabalho para garantir a eficácia das ações de Vigilância Sanitária; aprimorar a qualidade e organizar os processos institucionais de trabalho – técnicos e administrativos – do CVS.

Atualmente o SGQ do CVS conta com os documentos:

- Manual da Qualidade
- Procedimentos relacionados:
 - a elementos gerais do SGQ;
 - as atividades de inspeção em fabricantes de medicamentos, IFA, gases medicinais e produtos para saúde baseados em

planejamento com a definição da frequência, duração e escopo das inspeções para verificação do cumprimento das BPF baseadas no risco sanitário atribuído aos fabricantes;

- as atividades de inspeção em importadoras, distribuidoras, armazenamento e/ou transportadora de medicamentos;
- a farmacovigilância;
- Programa de Qualificação, Capacitação e Treinamento

O Sistema da Gestão da Qualidade do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) está em operação, focalizado na harmonização das condutas e procedimentos relacionados aos produtos relacionados à saúde. O grande desafio do CVS para o próximo ano será ampliar as ações do SGQ as outras áreas do CVS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 511, de 14 de abril de 2010. Instituir Grupo de Trabalho Tripartite com o objetivo específico de definir e elaborar procedimentos e demais documentos necessários a padronização do processo de inspeção sanitária na indústria de medicamentos, composto pelos seguintes membros.
2. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC 47, de 21 de setembro de 2011. Revogada pela Resolução da Diretoria Colegiada RDC 34, de 08 de julho de 2013. Institui os procedimentos, programas e documentos padronizados, a serem adotados no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), para padronização das atividades de inspeção em Boas Práticas de Fabricação (BPF) de medicamentos, e cria o sistema CANAIS.
3. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC 34, de 8 de julho de 2013. Institui os procedimentos, programas e documentos padronizados, a serem adotados no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), para padronização das

- atividades de inspeção em empresas de medicamentos, produtos para a saúde e insumos farmacêuticos e envio dos relatórios pelo sistema CANAIS.
4. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Compilado De Procedimentos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. 2018. Revisão 009.
- Superintendência de Inspeção Sanitária, Anvisa.
5. CVS. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS - 5, de 15 de maio de 2018. Dispõe sobre o Sistema de Gestão da Qualidade no âmbito do Centro de Vigilância Sanitária e dá outras providências.
-
-

Consolidação da Rede de Cuidados de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais

Rosa de Alencar Souza¹; Maria Clara Gianna¹; Sirlene Caminada²; Vilma Cervantes¹; Carmen Silvia Bruniera Domingues¹; Joselita Maria Magalhães Caraciolo¹; Mariliza Henrique Silva¹; Juliana Yamashiro²; Norma Farias²; Ângela Tayra¹; Ivone Aparecida de Paula¹; Paula Oliveira Sousa¹; Jean Carlos de Oliveira Dantas¹; Débora M Coelho²; Artur Olhovetchi Kalichman¹; Mara Cristina Vilela¹; Ana Maroso Alves³; Ana Paula Loch³; Carolina Adania³; Mylva Fonsi¹; Tania Regina Corrêa de Souza¹; Karina Wolffnbuttel¹; Fabíola Santos Lopes¹; Analice Oliveira¹; Maria Inês Batistella Nemes³

¹Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. ²Programa Estadual de Hepatites Virais. ³Faculdade de Medicina da USP-Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, Brasil.

A necessidade de aprimorar o cuidado às IST/Aids e Hepatites virais frente às diretrizes para a incorporação de novas tecnologias de prevenção, ampliação da oferta de testes para o diagnóstico e tratamento precoce fez com que a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) iniciasse um processo para a implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids e hepatites virais, com a publicação da Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015, para qualificar a Atenção Básica, fortalecer os serviços especializados e reorganizar a assistência Hospitalar para as IST/HIV/Aids e HV.

Para viabilizar a implementação desta rede de cuidados foi criado, por meio de Deliberação CIB - 67, de 2014, o Grupo Técnico Bipartite Central (GTB). O GTB elaborou termo de referência com as diretrizes gerais, apoiou e monitorou o processo de implementação da rede de cuidados.

O Projeto para “Qualificação da Rede de Cuidados em IST, HIV/Aids e Hepatites Virais em Regiões Prioritárias dos Estados de Santa Catarina e São Paulo” denominado Qualirede, é parte importante deste esforço para qualificar e implementar a Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais no estado. Foi desenvolvido em uma ampla parceria envolvendo o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo, pesquisadores de outras universidades, os programas Estaduais de IST/Aids e Hepatites Virais de SP e SC, a coordenação de Atenção Básica da SES-SP e os Departamentos de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais e, de Atenção Básica, do Ministério da Saúde.

No estado de São Paulo, o projeto apoiou a elaboração de planos regionais de qualificação e implementação da rede em quatro Regiões de Saúde (Grande ABC, Alto Tietê, Baixada Santista e Registro). Utilizou o modelo Qualirede de contínuo do cuidado – que incorpora as etapas de promoção, prevenção e adesão ao modelo tradicional – e desenvolveu uma metodologia para orientar a consolidação da rede para o Estado.

Entre os principais resultados do projeto Qualirede destacamos:

1. Formação dos Grupos Técnicos Regionais (GTR) com coordenação conjunta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica e representação dos municípios e da sociedade civil.
2. Articulação da Rede no âmbito das Regiões de Saúde com pactuação em Comissões Intergestores Regionais (CIR).

3. Elaboração de Planos Regionais de Qualificação da Rede de Cuidado.
4. Fortalecimento da articulação entre os serviços especializados e a Atenção Básica.
5. Disponibilização de indicadores locais sobre a atenção em Sífilis na Gestação, HIV/Aids e Hepatite C subsidiando o planejamento regional.
6. A importância do apoio presencial aos GTR pelos profissionais dos programas de IST/Aids e hepatites virais.

Esses resultados subsidiaram o estabelecimento de diretrizes e atividades

necessárias para a consolidação da rede de cuidados para os próximos anos.

Como avanços deste processo destacamos a produção de agenda regional com atividades previstas em 20 regiões de saúde, ampla participação dos Departamentos Regionais de Saúde e das interlocuções dos programas de IST/Aids e Hepatites virais, formação de Grupos Técnicos Regionais com importante participação das instâncias estadual e municipais. Entretanto, ainda temos muitos desafios, vislumbramos na consolidação da rede de cuidados em IST/Aids e Hepatites Virais um dos mais importantes pilares para o controle das IST, infecção pelo HIV/Aids e Hepatites Virais no estado de São Paulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. QualiRede Qualificação da Rede de Cuidados em IST, HIV/aids e Hepatites Virais disponível em: <https://www.qualirede.org>
 2. Manual de Apoio a Consolidação da Rede de Cuidados para Resposta à Sífilis Congênita, ao HIV/Aids e às Hepatites Virais, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2018, disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/ualdeapoioaconsolidacaodarededecuidados.pdf>
 3. Deliberação CIB - 67, de 2014, N°234–DOE de 11/12/14 – Seção 1–p.64.
 4. Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015, N° 35 – DOE de 24/02/15 – Seção 1 – p.33.
-
-

O Programa de Desenvolvimento Gerencial na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Relato de uma experiência

Haino Burmester; Ana Beatriz Braga de Carvalho; Cristina Rossi de A. Alonso; Juliana Souza Ferreira; Maria Aparecida Novaes

Coordenadoria de Recursos Humanos. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

No atual contexto, é cada vez mais premente a necessidade de melhoria dos serviços prestados pelo setor público aos cidadãos. No setor de saúde, tão integrado quanto complexo, essa questão se evidencia ainda mais. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), responsável pela implantação de políticas de saúde em âmbito estadual, deve assumir a responsabilidade pelo processo e criar condições para que os serviços sejam cada vez mais eficientes e eficazes. O caminho para que a melhoria de prestação dos serviços de saúde se efetive envolve a qualificação da sua gestão.

A SES-SP, considerando a necessidade de fornecer aos servidores o aprimoramento e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes úteis ao exercício de suas funções e instrumentalizá-los para a aplicação de ferramentas e técnicas apropriadas ao alcance dos objetivos institucionais, criou, para as Unidades da Administração direta, o Curso de Desenvolvimento Gerencial em Serviços de Saúde (CDGESS), destinado a todos os servidores ocupantes de cargos de assessoria e comando ou funções de confiança sob coordenação da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH).

A CRH é responsável pela coordenação da gestão de pessoas de um quadro de mais de 48 mil servidores, dos quais aproximadamente 5000 estão em cargos de assessoria e direção, orienta as políticas de recursos humanos

da SES-SP desenvolvendo mecanismos que permitem agilizar os processos de trabalho. As ações da CRH são voltadas para o público interno da SES-SP e orientadas por uma política de gestão de pessoas que engloba: os sistemas de trabalho (o aspecto objetivo e formal da gestão de pessoas); capacitação e desenvolvimento das pessoas que trabalham na SES-SP; e qualidade de vida para a força de trabalho tanto no seu ambiente laboral como fora dele. Para garantir o desempenho dos processos de gestão de pessoas, a CRH tem em sua estrutura três departamentos: Grupo de Apoio ao Desenvolvimento Institucional, Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos e o Grupo de Gestão de Pessoas.

Através do Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos (GSDRH) a Coordenadoria promove o curso de Gestão em Serviços de Saúde na SES/SP, com a finalidade de aprimorar o profissional experiente, certificar suas boas práticas e ações inovadoras de gestão e habilitar, também, aspirantes a gestor para assumir cargos/funções.

A versão atual do Curso teve início com o trabalho de um grupo de representantes do Gabinete do Coordenador da CRH e do GSDRH, com a avaliação do contexto e identificação das necessidades de formação para os gestores da SES-SP.

A partir do diagnóstico de que Gestão de pessoas é feita pelo gestor, não pela

área de RH e os Gestores devem assumir o protagonismo na gestão de suas equipes, foi estruturado o primeiro programa em 2017 com o conteúdo voltado para o aprimoramento das boas práticas em gestão de pessoas e baseado nos eixos da política. Em 2018 o curso foi ampliado para Gestão de Serviços de Saúde objetivando desenvolver gestores e futuros gestores da SES com base no modelo de gestão pública do Programa GES Pública.

A versão atual do Curso é composta por 4 etapas:

- Etapa I – Introdutória - na modalidade de Educação à Distância (EAD), de caráter obrigatório

- Etapa II – Intermediária - na modalidade semipresencial
- Etapa III – Desenvolvimento de Competências Específicas - na modalidade semipresencial (não obrigatório, mas condicionado a certificação da Etapa I)
- Etapa IV – Desenvolvimento Avançado - na modalidade EAD (não obrigatório, mas condicionado a certificação da Etapa).

Foram capacitados 108 gestores e elaborados 106 projetos aplicativos, objetivando raciocínio e análise crítica acerca do seu contexto local e melhorias da sua prática de gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Resolução SS 64, de 19 de setembro 2018 Institui no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde o Curso de Desenvolvimento Gerencial em Serviços de Saúde – CDGESS e dá outras providências Diário Oficial do Estado de São Paulo 20 set 2018 ; 128 (177) – 37.
 2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. Programa GESPÚBLICA, Modelo de Excelência em Gestão Pública, Brasília; MP, SEGEP, 2014. Versão 1/2014.
-
-

Programa Bebê Passo a Passo - Enfrentamento da Mortalidade Infantil no Município de Santana de Parnaíba

Kazuyo Uenaka dos Santos Pereira¹; Valquiria de Conto¹; Atsuko Kawai¹; Natália Caldeira Pontes Lima¹; Katia Kohler¹; Heloísa Morishita¹; Thais Cardoso Benedetti¹; Suelene Machado Santana¹; Rosana Lappo¹; Lucia Maria Pissolatti da Silva¹; Claudia Vasco de Paula Misorelli¹; Juliana Mascara Garcia¹; Solange da Silva Rodrigues¹; José Carlos Misorelli^{II}

¹Membro da Coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Santana de Parnaíba; ^{II} Secretário de Saúde do Município de Santana de Parnaíba. São Paulo, Brasil.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), é um dos indicadores mais sensíveis da situação de saúde e condições de vida da população.

A Rede Municipal de Saúde conta com serviços capazes de promover assistência de qualidade ao pré-natal, puerpério e ao primeiro ano de vida e notou-se uma diminuição na mortalidade infantil entre os anos de 2000 e 2015: de 18,74 para 8,96. Tal temática motivou a Rede Municipal de Saúde de Santana de Parnaíba a buscar melhores índices para o Município.

O Prefeito definiu como meta de governo reduzir a mortalidade infantil, promover a prevenção, estimular ações de cooperação e o trabalho parceiro entre as Secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social, Fundo de Solidariedade e Comunicação, consolidando políticas públicas de assistência, priorizando a gestante e crianças, reduzindo a mortalidade materna, infantil, fetal e proporcionando o bem-estar da família.

DESENVOLVIMENTO

O Programa Bebê Passo a Passo, elaborado com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, infantil e fetal na cidade de Santana de Parnaíba, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, se estabeleceu como uma

Política Pública entre as unidades das Secretarias Municipais, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (figura 1).



Fonte: CVMMIF do Município de Santana de Parnaíba

Figura 1. Logo do Programa Bebê Passo a Passo

Inicialmente, o objetivo era esclarecer o trabalho do comitê de mortalidade para as outras secretarias e elaborar um plano de ação conjunto que foi apresentado ao Prefeito, Secretários, Vereadores, Conselho Municipal de Saúde e população em geral.

O grupo gestor intersecretarial, designado “Liga da Vida” (figura 2), avalia e monitora as ações do Programa, a saber:

- Captação precoce da gestante ao pré-natal, para garantia da realização das consultas, exames, vacinas e outros procedimentos necessários;
- Teste Rápido de VDRL e HIV na primeira consulta de pré natal;
- Implantação do medicamento fosfomicina trometamol (Monuril®) para tratamento em dose única da infecção urinária na gestante;
- Solicitação de USG Morfológico de segundo trimestre para todas as gestantes;
- Garantia de Pré Natal de Alto Risco;
- Planejamento Familiar oferecendo todos os métodos anticoncepcionais (hormonais, barreira, DIU e cirúrgico);
- Palestras com equipe multidisciplinar em todas as UBS;
- Avaliação e tratamento odontológico para todas as gestantes;
- Monitoramento e busca ativa, realizada pelas UBS e Secretaria Municipal de Saúde das gestantes faltosas, recém-nascidos e crianças menores de um ano que passam nas unidades de urgência e emergência;
- Auxílio transporte para todas as gestantes com o fornecimento do Cartão Mãe Parnaibana para realização do pré-natal e assistência aos seus filhos até os 60 dias após o parto;
- Implantação do Programa Jovem Mãe: atendimento especializado para a adolescente gestante;
- Implantação do Programa VRG: Atendimento psicossocial especializado à gestante em vulnerabilidade e risco social;
- Implantação do DIU Mirena para as puérperas adolescentes;
- Distribuição de repelente para todas as gestantes;
- Atendimento prioritário aos recém-nascidos e crianças menores de um ano a consultas, exames, vacinas e encaminhamento para especialidades quando necessário. Garantia de acesso ao Ambulatório de Pediatria de Alto Risco e Especialidades (Ampare);
- Elaboração de material educativo visando o cuidado integral das gestantes, mães e filhos.



Fonte: CVMMIF do Município de Santana de Parnaíba

Figura 2. Logo da “Liga da Vida”

Programa Saúde Escolar em parceria com a Secretaria de Educação:

- Reflexão e sensibilização sobre as consequências da gravidez na adolescência e na comunidade escolar;
- Prevenção do abandono escolar da aluna gestante;
- Palestras para prevenção de: Doenças Sexualmente Transmissíveis, do consumo de álcool e drogas realizadas pela Saúde Escolar.

A Secretaria Municipal de Assistência Social e Fundo Social de Solidariedade implantaram:

- Prioridade na concessão de vagas para gestantes em situação de vulnerabilidade social e/ou risco para geração de renda, inserindo-as em cursos de capacitação já existentes na Secretaria, capacitando e elevando sua autoestima;
- Discussão conjunta de casos de gestantes e crianças menores de 01 ano em vulnerabilidade entre os assistentes sociais da Saúde e da Assistência Social;
- Priorização no atendimento às gestantes e crianças menores de 01 ano em situação de vulnerabilidade ou risco social;
- Vaga em creche para as mães em situação de vulnerabilidade ou risco social;
- Prêmio “Mamãe Bebê Nota 10”, que consiste em uma sessão de ensaio fotográfico, um álbum de fotos e outros produtos oferecidos às gestantes que completarem o pré-natal e os bebês que completarem 01 ano sem apresentar faltas às consultas, vacinas e exames agendados.

RESULTADOS

Dados preliminares desde a implantação do programa:

- Realização do Fórum de Enfrentamento à Mortalidade Infantil, para apresentar o resultado inicial, índice de mortalidade infantil de 2016: 9,32 e 2017: 8,33 e premiação da primeira turma de Mamães e Bebês Nota 10;
- Fortalecimento da articulação e confiança na atuação intersecretarial para atendimento integral das gestantes e crianças menores de um ano com discussão de casos, ações conjuntas, a diminuição do tempo de espera para consultas às gestantes, RN e crianças;
- A busca ativa implicou na diminuição do absenteísmo da gestante e da criança com a realização de 974 ligações para captação e identificação de dificuldades na inserção na rede de assistência.
- No período entre janeiro a outubro de 2018, 847 gestantes foram avaliadas pelo Serviço Social; 189 gestantes (22,41%) foram consideradas com algum tipo de vulnerabilidade psicossocial. Estas gestantes passaram a receber atendimento especializado por meio de ações articuladas entre a rede sócio-assistencial e de saúde com vistas à diminuição das vulnerabilidades apresentadas.
- Implantação da busca ativa dos menores de 1 ano atendidos na rede de

urgência, emergência e faltosos das UBS;

- Não houve abandono escolar das gestantes adolescentes;
- Implantação do DIU Mirena® nas puérperas adolescentes;
- Tratamento em dose única para ITU com Monuril® na gestação em 63 casos;
- Melhora da produção do cuidado em saúde da gestante e da criança. Aumento da responsabilização do atendimento às gestantes e menores de 1 ano por parte da equipe técnica e administrativa;

- Aumento da integralidade no atendimento à gestante e à criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Foram organizados os protocolos, priorizados a gestante e os menores de um ano, diagnosticadas vulnerabilidades e promovida a integração entre as secretarias, cada uma com sua própria contribuição. O grupo da Liga da Vida, composto por equipe multidisciplinar, reúne-se mensalmente desde o início do projeto para elaborar as diretrizes, melhorar ações, monitorar, manter o projeto ativo, fortalecê-lo e consolidá-lo como política pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medronho RA et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2009.
2. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade infantil. 2012. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>. Acesso em: 22 out. 2018.
3. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>. Acesso em: 22 out. 2018.
4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos
- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.
5. Population Reference Bureau (PRB). Cuadro de Datos de La Población Mundial 2014. Disponível em: <http://www.prb.org/pdf14/2014-world-population-data-sheet_spanish.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.
6. the world bank group. Mortality rate, infant (per 1,000 live births). 2016. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?view=chart>. Acesso em: 21 set. 2018.
7. Bittencourt SDA. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade; Rio de Janeiro, 2013.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília; Ministério da Saúde, 2005.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. 3 ed. Brasília; Ministério da Saúde, 2007.
 10. Cascão AM e col. Protocolos de codificações especiais em mortalidade. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2013.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno. Brasília; Ministério da Saúde, 2011.
-
-



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

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

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

Notícia

*Janeiro Roxo, mês de alerta para a hanseníase**Purple January, month of leprosy alert*


Campanha de Combate à Hanseníase
HANSENÍASE TEM CURA!
 Formigamento, manchas na pele que não coçam e não doem,
 pode ser hanseníase

saiba mais em www.cve.saude.sp.gov.br

CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "Prof. Alexandre Waackner"
CCD COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
SIP GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE SAÚDE

Ao suspeitar dos sintomas, deve-se procurar um serviço de saúde.

O tratamento é gratuito e disponibilizado em todo o território nacional.

Atualmente, o Brasil ocupa a segunda posição entre os países com mais casos de hanseníase, atrás somente da Índia. Por ano, são registrados perto de 30 mil casos nos vários estados brasileiros. Cerca de 6% deles acometem crianças e adolescentes, somando aproximadamente 2 mil pacientes. Destes, 7% (140, em média) são diagnosticados com alguma sequela relacionada à doença.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o último domingo do mês de janeiro como o Dia Mundial de Combate à Hanseníase. No Brasil, a mobilização conhecida como “Janeiro Roxo” foi instituída por Lei Federal e, em 2019, 28 de janeiro ficou definido como o Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase. A data reforça o compromisso em controlar a hanseníase, oferecer o diagnóstico e o tratamento corretos, difundir informações e desfazer o preconceito.

Durante todo o mês, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Doenças Negligenciadas, juntamente com as Coordenações Estaduais de Controle da Hanseníase, o Departamento de Hanseníase da Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH) e a Fundação Paulista contra a Hanseníase da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), promovem campanha e ações educativas para a população.

Segundo o coordenador do Departamento de Hanseníase da SBD, Dr. Egon Daxbacher, a transmissão do *M. leprae* ocorre por meio de contato próximo e contínuo com o paciente não tratado.

“Apesar de ser uma doença da pele, é transmitida através de gotículas que saem do nariz, ou através da saliva do paciente. Afeta primordialmente a pele, mas pode afetar também os olhos, os nervos periféricos e,

eventualmente, outros órgãos. Ao penetrar no organismo, a bactéria inicia uma luta com o sistema imunológico do paciente. O período em que a bactéria fica escondida ou adormecida no organismo é prolongado, e pode variar de dois a sete anos”, explica o médico.

A hanseníase pode provocar graves incapacidades físicas se o diagnóstico demorar ou se o tratamento for inadequado. Os primeiros sinais da hanseníase são manchas claras, róseas ou avermelhadas no corpo, que ficam dormentes e sem sensibilidade ao calor, frio ou toque. Podem aparecer placas, caroços e/ou inchaços. Quando afeta os nervos, pode causar formigamento, sensação de choque, dormência e queimaduras nas mãos e pés por falta de sensibilidade, além de falta de força e problemas nos olhos.

O atendimento da hanseníase compreende equipe multiprofissional, tendo o médico dermatologista um importante papel no diagnóstico, e envolve a avaliação clínica do paciente, com aplicação de testes de sensibilidade, palpação de nervos, avaliação da força motora etc. Se o dermatologista desconfiar de alguma mancha ou caroço no corpo do paciente, poderá fazer uma biópsia da área ou pedir um exame laboratorial para medir a quantidade de bacilos. É importante convencer os familiares e pessoas próximas a um paciente a procurarem uma Unidade Básica de Saúde para avaliação, quando for diagnosticado um caso de hanseníase na família. Dessa forma, a doença não será transmitida nem pela família nem pelos parentes próximos e amigos.

Agradecimentos aos pareceristas
Acknowledgement to peer-reviewers

Iniciamos mais um ano de publicação do BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista registrando nossos mais sinceros agradecimentos aos pareceristas que, em 2018, foram de fundamental importância para a continuidade desta publicação. Reconhecemos o tempo do qual dispuseram, a compreensão com os prazos da edição e o rigoroso crivo, que colaboraram para manter a qualidade e aprimorar cada vez mais este periódico.

Adriana Bouças Ribeiro

Adriana Luchs

Adriano Pinter

Arnaldo Sala

Dalton Pereira Fonseca Junior

Dalva Marli Valério Wanderley

Eduardo Mello de Capitani

Edvaldo Loureiro

Eliana Suzuki

Eunice Aparecida Bianchi Galati

Fábio Kummrow

Fredy Ovallos

Geraldine Madalosso

Jacinto da Costa Silva Neto

Juarez Antonio Simões Quaresma

Luiz Eloy

Marcos Vinicius

Marcos Virmond

Márcia Regina Buzzar

Maria Aparecida Nicoletti

Mary Lise Carvalho Marzliak

Rodrigo Angerami

Rogério Cordeiro

Sérgio de Andrade Nishioka

Silvia Regina Saldiva

Tania Di Giacomo do Lago



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

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

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

Resumo

Estudo bibliométrico da produção científica sobre contaminação fúngica de plantas medicinais

Thais Calixto da Silva; Maria de Fátima Costa Pires (orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Ciências. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil, 2017.

RESUMO

Os fungos e as plantas medicinais sempre participaram da história da humanidade, por isso conhecer a produção científica sobre a contaminação fúngica de plantas medicinais foi o objetivo deste estudo. Foram consultadas as fontes de informação PubMed/MEDLINE, Portal BVS, Web of Science, Scopus e Embase utilizando os termos “contaminação fúngica” e “plantas medicinais”, no período de 1960 a 2016. Enquadraram-se nos critérios de inclusão 204 artigos. A fonte de informação que apresentou mais publicações sobre o tema foi a Scopus com 29%. Dentre os países mais produtivos encontrou-se a Índia, o Brasil, a China e os EUA. As Instituições de Ensino e Institutos Públicos de Pesquisa foram os maiores produtores de artigos sobre o tema. As instituições mais produtivas foram o Pasteur Institute of Iran, as Universidades Tarbiat Modares, a Universidade de São Paulo e Universidade de Belgrado. Dezesete autores foram responsáveis por 32,8% das publicações, sendo Masoomeh Shams-Ghahfarokhi, Mehdi Razzaghi-Abyaneh e Mohammad-Bagher Rezaee os mais produtivos. Foi encontrado um alto grau de colaboração/parceira entre os autores. O sub tema de pesquisa mais estudado foi “Controle de qualidade de plantas medicinais e fitoterápicos”. A Revista Food Additives & Contaminants foi a que mais publicou artigos sobre o tema. Onze artigos podem ser considerados como de referência ao tema pesquisado. Em relação à análise da vida média do artigo, observou-se a existência de obras clássicas no tema “contaminação fúngica de plantas medicinais”. A espécie de planta medicinal mais estudada foi o alcaçuz, inclusive em relação à contaminação fúngica. O tomilho foi a planta medicinal que teve o maior número de amostras pesquisadas quanto à sua atividade antifúngica. A espécie de fungo mais estudada foi *Aspergillus flavus*. Em relação às micotoxinas, as aflatoxinas foram as mais pesquisadas. Ao analisar a distribuição das publicações por década, verificou-se um crescimento médio de 110 vezes no período, o que mostra que a produção sobre o tema continua em evidência.

PALAVRAS-CHAVE: Bibliometria. Plantas medicinais. Contaminação. Fungos.

Abstract

Bibliometric study of the scientific production on fungal contamination of medicinal plants

Thais Calixto da Silva; Maria de Fátima Costa Pires (orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Ciências. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil, 2017.

ABSTRACT

Fungi and medicinal plants have always participated in the history of mankind, so knowing the scientific production on the fungal contamination of medicinal plants was the objective of this study. The sources of information PubMed/MEDLINE, VHL Portal, Web of Science, Scopus and Embase were consulted using the terms “fungi/fungal contamination” and “medicinal plants”, from 1960 to 2016. Two hundred and four articles were included in the inclusion criteria. The source of information that presented more publications on the subject was Scopus with 29%. Among the most productive countries were India, Brazil, China and USA. The Institutions of Education and Public Institutes of Research were the major producers of articles on the subject. The most productive institutions were the Pasteur Institute of Iran, the Universities Tarbiat Modare, the University of São Paulo and the University of Belgrade. Seventeen authors accounted for 32.8% of the publications, with Masoomeh Shams-Ghahfarokhi, Mehdi Razzaghi-Abyaneh and Mohammad-Bagher Rezaee being the most productive. A high degree of collaboration/partnership between the authors was found. The most studied research sub-theme was “Quality control of medicinal and phytotherapeutic plants”. The magazine Food Additives & Contaminants was the most published articles on the subject. Eleven articles can be considered as reference to the researched topic. In relation to the analysis of the average life of the article, classic works on the theme “fungal contamination of medicinal plants” were observed. The most studied species of medicinal plant was licorice, even in relation to fungal contamination. Thyme was the medicinal plant that had the highest number of samples researched for its antifungal activity. The most studied species of fungus was *Aspergillus flavus*. In relation to mycotoxins, aflatoxins were the most researched. When analyzing the distribution of publications per decade, there was an average growth of 110 times in the period, which shows that the production on the subject remains in evidence.

KEYWORDS: Bibliometrics. Medicinal plants. Contamination. Fungal.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

O BEPA. **Boletim Epidemiológico Paulista, criado em 2004**, é uma publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), responsável pelo planejamento e execução das ações de promoção à saúde e prevenção de quaisquer riscos, agravos e doenças, nas diversas áreas de abrangência do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP).

Missão

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

Arbitragem

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

Processo de revisão

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

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

Tipos de artigo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apresentação dos trabalhos

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

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar, em MÉTODOS, que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de 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>



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

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

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

