

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

Boletim Epidemiológico Paulista

BEPA 119

Volume 10 Número 119 novembro/2013

Nesta edição

Editorial..... 1

Dengue no Estado de São Paulo: Situação epidemiológica e ações desenvolvidas em 2013
Dengue in the State of São Paulo: Epidemiological situation and activities developed in 2013..... 3

Instituto Lauro de Souza Lima – a trajetória de Asilo para Instituto de Pesquisa
Lauro de Souza Lima Institute – The trajectory of an asylum towards a research institute..... 15

Levantamento da malacofauna limnica na área do Pesqueiro Itapecerica, Itapecerica da Serra, São Paulo, Brasil
Survey of the malacofauna limnic in the arof the pesqueiro Itapecerica, Itapecerica da Serra, São Paulo, Brazil..... 23

Instruções aos Autores
Author's Instructions..... 25

Expediente



COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Av. Dr Arnaldo, 351

1º andar – sala 133

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:

Aglae Neri Gambirasio – ICF/CCD/SES-SP

Hélio Hehl Caiaffa Filho – HC/FMUSP

Ana Freitas Ribeiro – CVE/CCD/SES-SP

Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP

Luciana Hardt – IP/CCD/SES-SP

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

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

Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP

Moisés Goldbaum – Sucen/SES-SP

Comitê Editorial:

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP

Angela Tayra – CRT/AIDS/CCD/SES-SP

Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – IB/SES-SP

Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP

Dalva Marli Valério Wanderley – SUCEN/SES-SP

Juliana Galera Castilho – IP/CCD/SES-SP

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

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

Patrícia Sanmarco Rosa – ILSL/SES-SP

Coordenação Editorial:

Syilia Rehder

Maria de Fátima Costa Pires

Lilian Nunes Schiavon

Constantino José Fernandes Jr

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

Revisão:

Kátia Rocini

Projeto gráfico/editoração:

Marcos Rosado

Maria Rita Negrão

Consultores Científicos:

Albert Figueiras – Espanha

Alexandre Silva – CDC Atlanta

Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP

Expedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP

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

Gonzalo Vecina Neto – FSP/USP

José Cássio de Moraes – FCM-SC/SP

José da Silva Guedes – IB/SES-SP

Gustavo Romero – UnB/CNPQ

Hiro Goto – IMT/SP

José da Rocha Carvalheiro – Fiocruz-RJ

Luiz Jacintho da Silva – FM/Unicamp

Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP

Paulo Roberto Teixeira – OMS

Ricardo Ishak – CNPQ/UF Pará

Roberto Focaccia – IER/SES-SP

Vilma Pinheiro Gawyszewsk – OPAS

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo:

Lilian Nunes Schiavon

Eliete Candida de Lima Cortez

Sandra Alves de Moraes

Centro de Documentação – CCD/SES-SP

CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Disponível em:

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



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

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

Editorial

Este número do BEPA, atendendo a sua missão de divulgar em tempo real aspectos sanitários relevantes e atuais com que se defrontam os sanitaristas paulistas, contempla, entre seus artigos, “Dengue no Estado de São Paulo: situação epidemiológica da dengue e ações desenvolvidas em 2013”. Contrariando leituras mais tradicionais da teoria de transição epidemiológica, as doenças transmissíveis ocupam espaço importante na morbimortalidade que acomete as populações humanas. Os desafios são muitos, representados por novas entidades mórbidas e pelas novas velhas epidemias, como é o caso da dengue, que se estabeleceu no Estado a partir de 1990/91. No artigo, cuja leitura é obrigatória para quem lida com a doença ou com aquelas de natureza infecciosa, traça-se um perfil detalhado sobre a ocorrência da dengue em 2013 e as respectivas ações desencadeadas.*

*Como toda epidemia, implica a mobilização coordenada e integrada de todas as instâncias da saúde e a descrição feita revela as atividades desenvolvidas em cada uma delas, destacando-se o apoio prestado às diferentes regiões do Estado. Além das atividades próprias de cada uma das instâncias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, registram-se os programas de capacitação e treinamento de pessoal oferecidos pelo nível central, procurando articular as esferas estaduais e municipais no controle da dengue. Este não é um trabalho simples, traduzido na característica da epidemia que atinge estrutura urbana muito distinta daquela do começo do século passado, com novos ingredientes e variáveis a desafiar os conhecimentos existentes. As ações descritas e operadas nos setores da Vigilância Epidemiológica, da Vigilância Sanitária, da Assistência, da Vigilância Laboratorial, do Controle Vetorial e da Comunicação e Mobilização constituem-se em elementos primorosos para a revisão continuada e permanente do planejamento e dos planos de controle. Assim, a constituição do Grupo Executivo de Dengue no Estado de São Paulo** é um dos fóruns ressaltados onde se propicia ambiente favorável para buscar entender do processo epidêmico e traçar as respectivas correções de planos e políticas.*

Não se pode, todavia, deixar de enfatizar o último dos aspectos salientados no artigo, qual seja a Comunicação e Mobilização. Em termos de mobilização a integração de membros dos diversos setores da sociedade associados aos setores governamentais é a resposta que se procura para dar conta da complexidade apresentada pela doença exigindo ações inter-setoriais. Do ponto de vista de comunicação, não obstante as campanhas estaduais, com significativa participação municipal, os resultados têm se mostrado igualmente difíceis e desafiadores.

A leitura do artigo, assim como todo o material componente deste número do BEPA, espera-se possa contribuir para entender a epidemia e estimular nossos pesquisadores a desvendar os desafios postos, que não são exclusivos de nossa realidade, mas dizem respeito a este mundo, hoje globalizado, haja vista, no caso, que o vetor e o vírus não se restringem e nem respeitam fronteiras territoriais.

Moisés Goldbaum

Coordenador do Grupo Executivo de Dengue no Estado de São Paulo, Professor Sênior do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, Pesquisador 1D do CNPq.

*Donalísio MR. O Dengue no espaço habitado. 1999, São Paulo. Hucitec, Funcraf.

**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS-125 de 28/11/2013. DOE de 29/11/2013, Seção 1, p. 58.



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

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

Artigo original

Dengue no Estado de São Paulo: Situação epidemiológica e ações desenvolvidas em 2013

Dengue in the State of São Paulo: Epidemiological situation and activities developed in 2013

Grupo Executivo de Dengue*

Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil

RESUMO

São apresentadas as informações epidemiológicas da dengue no Estado de São Paulo em 2013, ano de maior incidência em toda a história da transmissão da doença no território, com 208.914 casos confirmados, sendo 99,8% da forma clássica. Dentre os 446 casos graves, a letalidade foi de 16,1%. Confirmou-se a co-circulação dos sorotipos DENV-1 e DENV-4, respectivamente, 54,1 e 43,7% dos isolamentos, ao lado da discreta detecção (6,6%) de DENV-2. Indicadores entomológicos do primeiro trimestre do ano apontaram que 83% das regiões possuem valores compatíveis com risco de estabelecimento de transmissão de dengue, concretizado pela detecção da autoctonia em 544 (84,3%) municípios. É enfatizado o trabalho de integração das áreas envolvidas no Programa Estadual de Vigilância e Controle de dengue no acompanhamento das ações desenvolvidas, a elaboração do Plano Estadual de Vigilância e Controle de Dengue para o período de julho/2013 a junho 2014, que estabelece ações, indicadores de avaliação e metas, de acordo com a situação epidemiológica, a interlocução com as instâncias regionais na instalação e funcionamento das salas de situação, consolidando um espaço de análise que subsidie a adoção oportuna de atividades pertinentes de intervenção no nível local.

PALAVRAS-CHAVE: Dengue. Vigilância Epidemiológica. Vigilância Entomológica. Diagnóstico Laboratorial. Controle.

Resolução SS-125 de 28/11/2013. DOE de 29/11/2013, Seção 1, p. 58.

ABSTRACT

Herein is presented the epidemiological information of Dengue in the State of São Paulo in 2013. This was the year with the highest incidence of disease transmission in the territory in the entire history, with 208,914 confirmed cases, 99.8 % of them of classical form. Among the 446 most serious cases, the mortality rate was 16.1%. It has been confirmed the co-circulation of serotypes DENV - 1 and DENV - 4 , respectively , 54.1 and 43.7 % of the isolates , and low detection (6.6%) of the DENV - 2 . Entomological indicators for the first quarter of the year showed that 83% of regions had compatible values to the risk of establishing dengue transmission. This risk became real once the autochthony was detected in 544 (84.3%) counties. It is emphasized the integration of all the areas engaged in the Program for Surveillance and Dengue Control in São Paulo in the follow up of the measures implemented. Activities such as the development of the Plan for Surveillance and Dengue Control between the period of July/2013 until June 2014; the establishment of actions, indicators of evaluation and goals, according to the epidemiological situation; the dialogue with regional teams for the installation and operation of a space of analysis, that subsidizes the adoption of an appropriate intervention at the local level, were intensified.

KEYWORDS Dengue. Epidemiological Surveillance. Entomological Surveillance, Laboratory Diagnosis, Control.

INTRODUÇÃO

A dengue é considerada a arbovirose mais importante em Saúde Pública. Atinge um número elevado de indivíduos em cada ciclo epidêmico, além de apresentar um amplo espectro de manifestações clínicas, desde infecções leves ou assintomáticas até complicações, como hemorragia e choque.

O vírus dengue apresenta quatro sorotipos DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, e a infecção por um deles confere imunidade específica para o sorotipo causador da infecção.

No Estado de São Paulo, após um episódio circunscrito de transmissão em 1987, uma epidemia importante de dengue se estabeleceu

no verão de 1990/1991. A partir de então a circulação viral se intensificou, afetando a maioria das cidades e, ao longo dos anos, a doença passou a se caracterizar como uma doença endêmica.

O vetor principal, *Aedes aegypti*, está presente nas áreas urbanas de 602 (93,3%) municípios paulistas e apresenta picos de infestação nos meses de verão e início de outono.

Nos últimos anos, visando maior efetividade, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo vem incentivando o planejamento conjunto das ações de responsabilidade das diversas áreas envolvidas no controle da dengue. Neste sentido, os diversos componentes da vigilância em saúde têm trabalhado de forma

integrada para o acompanhamento e avaliação das ações delineadas no Plano Estadual de Saúde – PES (Eixo III – Vigilância em Saúde).

Uma das medidas adotadas foi a definição do ano-dengue, período entre as semanas epidemiológicas 27 (julho) a 26 (junho) do ano seguinte, dada a sazonalidade da transmissão no Estado, com maiores incidências no verão e outono e acentuado declínio no início do inverno.

Também foram estabelecidos, com base no comportamento da doença ao longo dos últimos anos e porte populacional dos municípios, limites de coeficiente de incidência para a adoção do critério clínico epidemiológico na confirmação dos casos. Inicialmente, a partir da semana 27, a confirmação dos casos é feita laboratorialmente até que sejam atingidos os níveis descritos na tabela 1.

Tabela 1. Limites para interrupção do diagnóstico laboratorial, segundo incidência de dengue e porte populacional. Estado de São Paulo, 2013

Coeficientes de Incidência*	População (mil)
600	< 10.000
300	10.000 a 99.999
150	100.000 a 249.999
100	250.000 a 499.999
80	> 500.000

*número de casos acumulados a partir da SE 27 (Sinan)/população x 100 mil habitantes

Para o ano 2013-2014, o Plano Estadual de Vigilância e Controle da Dengue, aprovado na Comissão Intergestora Bipartite (Deliberação CIB-40, de 23/09/2013), propôs a classificação dos municípios em quatro fases, de acordo com a situação epidemiológica e incidência, conforme segue:

- Silenciosa – município com incidência igual a zero, com ou sem notificação de suspeitos;

- Inicial – município com incidência < 20% do limite estabelecido para diagnóstico laboratorial;
- Alerta – município com incidência \geq 20% do limite estabelecido para diagnóstico laboratorial;
- Emergência – município que atingiu o limite estabelecido para diagnóstico laboratorial.

Estas fases determinam o estabelecimento de ações estratégicas para a tomada de decisão nos diferentes eixos do controle: vigilâncias epidemiológica, sanitária e laboratorial, controle de vetores, assistência médica e mobilização social.

A evolução da classificação dos municípios, no segundo semestre/2013 (Tabela 2) evidencia a dinâmica da transmissão no período, alertando para um possível agravamento da situação a partir do início de 2014.

Tabela 2. Municípios segundo fase e mês. Estado de São Paulo, julho-novembro/2013

Fase/Mês	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Silenciosa	607	481	453	430	402
Inicial	38	162	182	200	224
Alerta	0	2	10	14	18
Emergência	0	0	0	1	1
Total	645	645	645	645	645

A Figura 1 apresenta a distribuição dos municípios segundo fases, na qual se pode constatar que aqueles com casos confirmados estão presentes na maioria das Regiões, com exceção de Itapeva, Botucatu e Sorocaba.

Estratégia de ação integrada

No ano de 2013, foi criado o Grupo Executivo de Dengue, com a participação das áreas técnicas de interface com o Programa

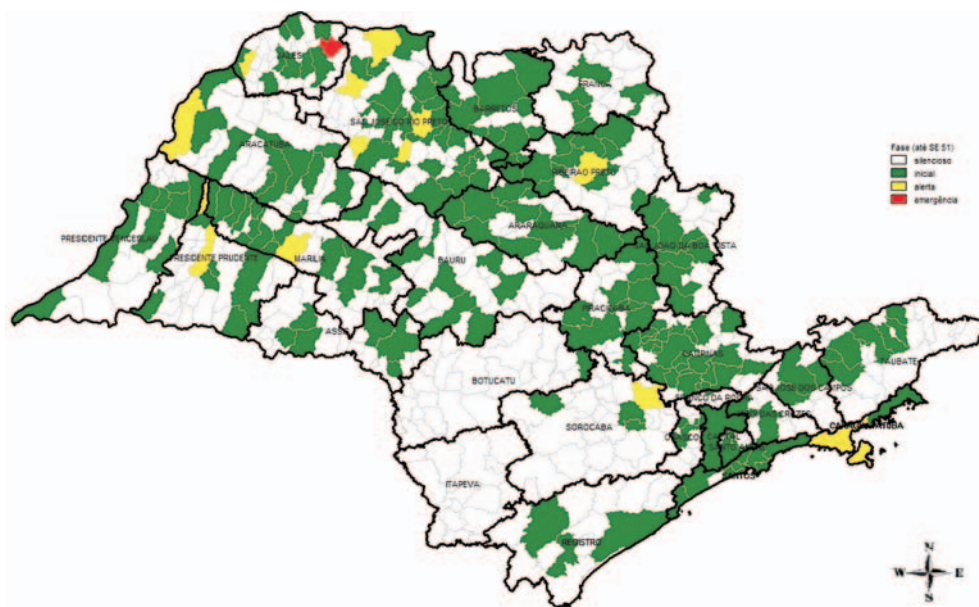
Estadual de Vigilância e Controle da Dengue, envolvendo seus múltiplos aspectos, objetivando a elaboração e gestão de planos de vigilância e controle, a proposição de ações intersetoriais de comunicação e mobilização social, além da avaliação de estratégias de intervenção para o enfrentamento da dengue. A regularidade dos trabalhos tem permitido uma interlocução com as instâncias regionais da secretaria estadual, principalmente no que se refere a instalação e funcionamento das salas de situação regionais. Essa experiência tem mostrado resultados satisfatórios para a discussão e integração das ações de vigilância e controle vetorial. O aperfeiçoamento desta iniciativa contribuirá para a consolidação do espaço de análise e acompanhamento das ações de controle de dengue em todo o Estado.

Os primeiros resultados apontam para uma maior agilidade nos fluxos de informação entre laboratório/vigilância e controle do vetor, uma

vez que os laudos têm sido disponibilizados oportunamente pelos Laboratórios da Rede Estadual, para as instâncias estaduais e municipais, o que possibilita desencadear precocemente as atividades pertinentes de intervenção nas áreas selecionadas.

Um aspecto importante a ser considerado é o papel da instância estadual, definido na Portaria GM nº 1.378/2013, implementado de forma adequada e resultando na realização das ações programáticas com continuidade, qualidade e oportunidade, no nível local. As ações preventivas devem ter caráter permanente, de modo a minimizar os períodos críticos de transmissão da doença, em que a integração do trabalho das vigilâncias epidemiológica e sanitária, do laboratório de saúde pública, do controle vetorial, da mobilização social e da atenção básica é imprescindível.

Apresenta-se a seguir, de forma sintética, as ações específicas desenvolvidas no ano de 2013.



Fonte: SinanNet

Figura 1. Distribuição dos municípios segundo fases, de acordo com a situação epidemiológica e incidência. Estado de São Paulo, novembro de 2013

Vigilância Epidemiológica

No ano de 2013 a dengue foi confirmada em 544 municípios paulistas, onde foram contabilizados 208.914 casos, o maior número já registrado, superando em 10,9% o ano de 2010, até então considerado o de maior incidência. No entanto, houve redução no número de casos graves e de óbitos por dengue, em relação àquele ano.

A distribuição dos casos segundo gênero apontou que 57% referem-se ao feminino. Quanto à idade, 12,9% dos casos tinham menos que 15 anos.

Segundo a manifestação clínica (Tabela 3), o dengue clássico (DC) representou 99,8% dos casos. Embora a quase totalidade dos casos tenha tido evolução benigna, 446 indivíduos apresentaram formas graves, o que contribuiu para a ocorrência de 72 óbitos, sendo 57% relacionados a casos de dengue com complicação (DCC), 25% a febre hemorrágica de dengue (FHD) e 18% síndrome de choque de dengue (SCD). Dentre os casos graves a letalidade atingiu índice de 16,1%.

Os óbitos ocorreram em 35 municípios, a maioria localizada nos Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica – GVE da Baixada Santista e Vale do Ribeira (10 municípios e 30 óbitos), GVE de São José do Rio Preto (3 municípios e 11 óbitos) e GVE de Piracicaba (5 municípios e 6 óbitos). A distribuição dos óbitos segundo faixa etária acompanhou a dos casos, ou

seja, 7% dos indivíduos com evolução para óbito tinham menos que 15 anos, sem diferença entre os gêneros.

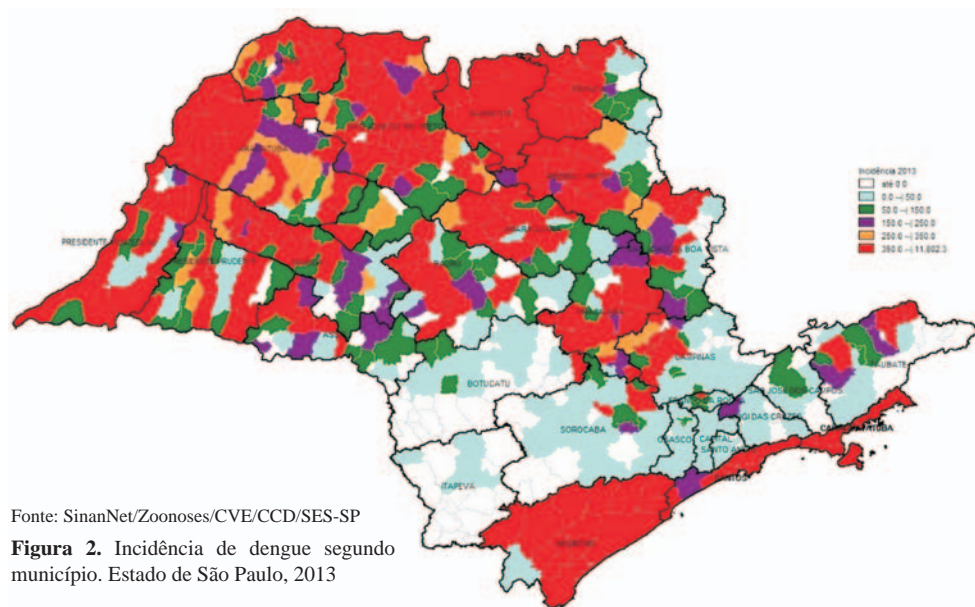
A incidência de dengue para o Estado foi de 480,87 casos/100.000 habitantes. Os municípios da região norte, oeste e nordeste, além da faixa litorânea e sul do estado apresentam as incidências mais elevadas (Figura 2)

Além do acompanhamento das notificações, investigação e encerramento de casos de dengue em 2013, a Vigilância Epidemiológica realizou capacitação em Manejo Clínico (para médicos); Classificação de Risco (para Enfermeiros) e Classificação e Encerramento de Casos (para profissionais das VEs estaduais), tendo sido capacitados 150 técnicos. Estes temas foram objeto de videoconferência (disponível em www.cve.saude.sp.gov.br). Também foram desenvolvidas capacitações para profissionais municipais de vigilância e manejo de pacientes com suspeita de dengue sob a coordenação dos 27 GVEs e Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica – TBVE Dengue, coordenado pela Divisão de Métodos, para 975 profissionais. Coordenou a Oficina Estadual de Dengue com participação de profissionais da SES de todas as regiões do Estado, das áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Laboratorial, Vigilância Sanitária, Assistência e Controle de Vetores, com o objetivo de formular a estratégia para a elaboração do Plano Estadual de Vigilância e Controle da Dengue 2013/2014.

Tabela 3. Distribuição dos casos confirmados de dengue, óbitos e letalidade, São Paulo, 2013*

Classificação dos casos	Nº de casos	%	Nº casos graves	%	Óbitos	%
Dengue Clássico (DC)	208.468	99,8				
Dengue com Complicação (DCC)	266	0,13		59,6	41	57
Febre Hemorrágica da Dengue (FHD)	150	0,07	446	33,6	18	25
Síndrome do Choque da Dengue (SCD)	30	0,01		6,7	13	18
Total	208.914	100,0	446	100,0	72	100,0

Fonte: SinanNet/CVE/CCD/SES/SP – *Dados provisórios novembro/2013



Vigilância Laboratorial

A Rede Estadual de Laboratórios de Dengue realizou 129.057 exames de sorologia para detecção de IgM e 17.155 para a pesquisa de antígeno NS1. Esses exames possibilitaram confirmar 73.506 casos de infecção por dengue, que resultaram IgM ou NS1 reagentes (Tabela 4).

A partir de 2009 e 2011, respectivamente, foram implantadas as técnicas de RT-PCR convencional e RT-PCR em tempo real, o que propiciou a ampliação da capacidade operacional do Laboratório para o processamento de maior número de amostras para sorotipagem. Anteriormente a esta implantação, DENV-1, DENV-2 e DENV-3 vinham sendo detectados continuamente, com predominância do DENV-1. Em 2011, foi detectado o DENV-4 em três municípios da região de São José do

Rio Preto, com rápida expansão, atingindo 15 municípios em 2012 e 127 em 2013. Ao mesmo tempo, o DENV-2 continua presente, porém em pequeno número de municípios.

Ao longo deste ano, foi submetida à sorotipagem parte das amostras positivas para antígeno NS1, por meio de isolamento de vírus em cultura de células/imunofluorescência indireta-IFI e/ou RT-PCR em tempo real. Para isolamento de vírus foram analisadas 1.395 amostras NS1 positivas e negativas (3.003 reações de IFI para sorotipagem com anticorpos monoclonais). Também foram analisadas 3.101 amostras por meio de RT-PCR em tempo real, das quais 1.293 resultaram negativas (41,7%) e 1.808 (58,3%) positivas, que possibilitaram determinar os sorotipos que encontram-se na Tabela 5.

Tabela 4. Resultados dos ensaios laboratoriais para pesquisa de IgM e NS1. Rede Estadual de Laboratórios de Dengue, Estado de São Paulo, 2013

Ensaio	Positivas		Negativas		Inconclusivas		Amostras Analisadas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sorologia IgM	69.243	53,6	55.282	42,8	4.532	3,5	129.057	100,0
Pesquisa NS1	4.263	24,8	12.591	73,4	301	1,7	17.155	100,0
Total	73.506	50,3	67.873	46,4	4.833	3,3	146.212	100,0

Tabela 5. Resultados das análises de sorotipagem viral. Rede Estadual de Laboratórios de Dengue, Estado de São Paulo, 2013

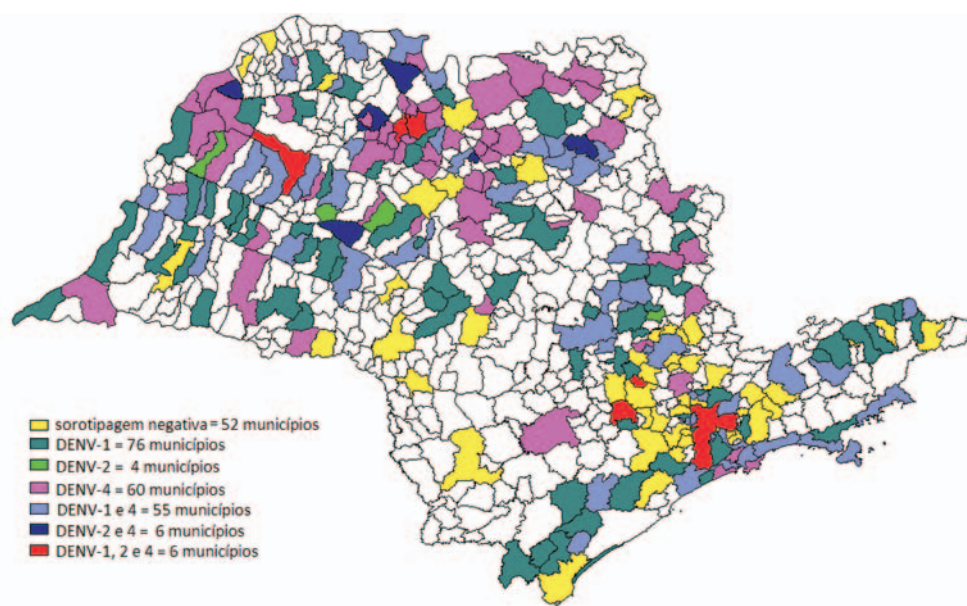
Ensaio	Nº Amostras	Negativas	Positivas	%	DENV-1	%	DENV-2	%	DENV-4	%
Isolamento Vírus em Células	1.395	993	402	28,2	237	59,0	4	1,0	161	40,0
RT-PCR em Tempo Real	3.101	1.293	1.808	58,3	958	53,0	45	2,5	805	44,5
Total	4.496	2286	2210		1195		49		966	

Nos dois tipos de ensaios que possibilitam a sorotipagem, houve predomínio na detecção dos sorotipos DENV-1 e DENV-4, que juntos, representaram 97,8% dos resultados positivos.

Dentre os 645 municípios do Estado, 259 enviaram amostras para sorotipagem. Em 207 foram determinados os sorotipos circulantes (Figura 3). Os resultados negativos nas provas de isolamento de vírus e/ou RT-PCR convencional e/ou RT-PCR em Tempo Real, podem ser explicados devido à instabilidade do genoma viral, que é constituído de ácido ribonucleico-RNA sendo fundamental que as amostras sejam manipuladas, armazenadas e

transportadas em condições adequadas, sem variações de temperatura.

Destaca-se que a RT-PCR em Tempo Real, como ferramenta para sorotipagem do vírus circulante, se mostrou bastante útil na rotina do Laboratório, na medida em que possibilita análise simultânea de número maior de amostras, em menor espaço de tempo, ao contrário do isolamento de vírus em cultura de células/Imunofluorescência. Mais relevante é a possibilidade de identificar os sorotipos circulantes de forma isolada ou concomitante nos municípios, o que se constitui numa importante ferramenta para a vigilância epidemiológica.



Fonte: NDTV- IAL

Figura 3 - Distribuição dos sorotipos do DENV. Estado de São Paulo, 2013.

É importante considerar que os testes diagnósticos possuem, em maior ou menor grau, limitações inerentes a cada um deles; é imprescindível o seu conhecimento, tendo em vista a complexidade e dificuldades de operacionalização das ações de Vigilância Epidemiológica e de Controle de Vetores, desencadeadas diante da confirmação de um caso de dengue. É desejável que o teste diagnóstico tenha alta sensibilidade, que seja capaz de identificar uma amostra positiva quando o paciente foi realmente acometido pela infecção.

Controle Vetorial

As atividades de vigilância e controle vetorial, desenvolvidas pelos municípios, contaram com a assessoria técnica da Sucen por meio das suas equipes regionais, capilarizadas em todo o território paulista.

Como atribuição complementar prevista nas Normas e Orientações Técnicas para Vigilância e Controle de *Aedes aegypti*, destaca-se o acompanhamento da situação entomológica em todo Estado, cujos dados são avaliados por meio de indicadores que integram o sistema de informação entomológica (Sisaweb). A análise entomológica tem desencadeado a definição de ações estratégicas visando maior eficiência, ressaltando-se a supervisão de atividades programáticas relacionadas à vigilância e controle vetorial, executadas pelas equipes municipais, e o desenvolvimento de capacitações específicas para avanço na melhoria da qualidade do trabalho.

A inadequação das equipes municipais para fazer frente às metas pactuadas não é uma situação recente. A rotatividade dos membros dessas equipes tem gerado constante demanda por capacitações, principalmente para aquelas

atividades que requerem qualificação específica. Durante o ano de 2013 foram treinados 10.888 servidores municipais para ações de vigilância e controle vetorial. Nos municípios com equipe incompleta ou mesmo desestruturada, foi utilizada como estratégia a realização de reuniões técnicas regionalizadas envolvendo os gestores municipais na expectativa de implementar alternativas para a melhoria do trabalho.

Como responsável pelo abastecimento de insumos para o desenvolvimento de atividades de vigilância e controle vetorial, a Sucen tem estrutura específica e realiza o gerenciamento dos produtos químicos preconizados, bem como a manutenção de máquinas e equipamentos para suprir a necessidade operacional dos municípios no desenvolvimento das ações.

O monitoramento vetorial para a determinação dos níveis de infestação é realizado, mensalmente, nas distintas regiões de saúde distribuídas em todo o território paulista, o que possibilita acompanhar a tendência e a sazonalidade da presença do vetor no Estado. A detecção oportuna de alterações no comportamento da infestação em determinadas regiões pode recomendar a adoção de ações preventivas com maior agilidade, por parte dos municípios, visando retardar a instalação da transmissão da doença. Resultados obtidos nas medições realizadas no 1º trimestre do ano, período mais favorável para o desenvolvimento do vetor, apontaram que 83% das regiões apresentaram $IB > 3,0$ em 2013. Este índice representa densidade populacional de *Aedes aegypti* suficiente para a instalação da transmissão de dengue e sua expansão, considerando ainda que o início do ano é um período de elevada mobilidade humana, aumentando a circulação viral neste cenário de presença concomitante de vários sorotipos do vírus da dengue em muitos municípios do Estado (Tabela 6).

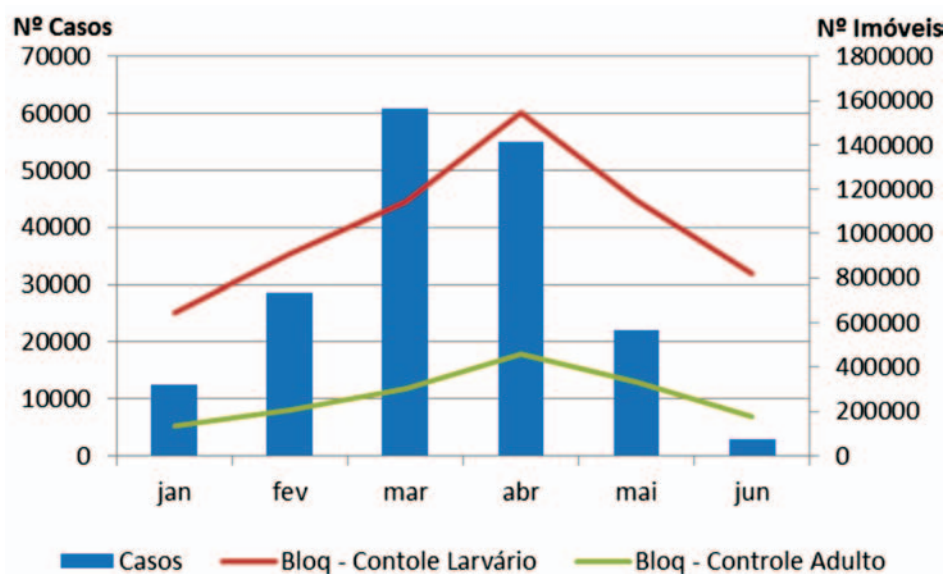
Tabela 6. Nível de infestação (IB) segundo regiões de saúde avaliadas. Estado de São Paulo, 1º trimestre de 2013

IB	Nº de Regiões	%
<=1,0	1	2,4
1,0 <= 3,0	6	14,6
3,0 <= 5,0	11	26,8
5,0 <= 10,0	22	53,7
> 10,0	1	2,4
Total	41	100,0

Outra atividade especializada corresponde ao monitoramento da resistência aos inseticidas empregados no controle de *Aedes aegypti*. No Estado de São Paulo, vem sendo avaliada a susceptibilidade de populações desse mosquito nos municípios de Itapevi, Santana do Parnaíba, Santos, São Sebastião, Botucatu, Campinas, Barretos, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Araçatuba, Presidente Prudente, Bauru e Marília. Essa atividade é realizada anualmente e integra a Rede de Monitoramento Nacional, coordenada pelo Ministério da Saúde. Os resultados obtidos permitiram estabelecer estratégias de manejo, entre os diferentes inseticidas disponíveis, para cada uma das fases de vida, larva e adulto, do vetor, buscando maior efetividade do controle.

No período epidêmico, a Sucen integrou os esforços municipais executando ações de bloqueio de transmissão com atividades especificamente voltadas para a eliminação de focos larvários mediante a redução de recipientes e emprego de larvicidas objetivando reduzir as formas adultas, especialmente na atuação sobre fêmeas infectadas, adotando estratégia de aplicação de adulticidas (nebulização domiciliar) em áreas com concentração de casos.

Na Figura 4 pode-se constatar o elevado número de imóveis trabalhados em curto período de tempo, o que exigiu a participação de grande quantidade de recursos humanos capacitados. O número muito superior de imóveis com controle larvário, quando comparado com aqueles com controle de adultos, é justificado pelo fato de o primeiro ser desencadeado a partir da suspeita de casos de dengue, enquanto o segundo está condicionado à confirmação de casos. Além disso, a área trabalhada no controle larvário é mais ampla do que a do controle de adultos.

**Figura 4.** Casos de dengue e atividades de bloqueio de transmissão realizadas pelas equipes municipais e Sucen. Estado de São Paulo, 1º semestre de 2013

A atividade de nebulização domiciliar tem baixo rendimento, requer uso de equipamento de proteção individual (EPIs) para o manuseio de produto químico. Além do elevado custo e complexidade é imprescindível o adequado planejamento para que a sua execução se faça de forma oportuna, no tempo e no espaço.

Vigilância Sanitária

Ao longo do ano, o Centro de Vigilância Sanitária – CVS mobilizou as suas equipes estaduais com o objetivo de acompanhar e monitorar a implantação das normas de âmbito estadual, que fazem interface com o componente controle do vetor da dengue. Dentre estas, o Comunicado CVS 162, de 29/07/2009, que apresenta referências às ações integradas para o controle vetorial e roteiro para inspeção de postos de coleta de resíduos não perigosos (ecopontos – pneus), a Portaria CVS nº 04, de 21/03/2011, que dispõe sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa), que define o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS) e os procedimentos administrativos a serem adotados pelas equipes estaduais e municipais de vigilância sanitária no Estado, o Comunicado CVS nº 101, de 05/10/2011, referente ao Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sivisa) e o roteiro de inspeção “Ações de Vigilância Sanitária para Controle da Dengue”, instrumento de referência para as inspeções de campo voltadas à vigilância sanitária de estabelecimentos e outros locais que abriguem ou possam vir a abrigar criadouros de *Aedes aegypti*, e a sua inclusão no Sivisa (código 79 – criadouro de artrópodes nocivos, vetores e hospedeiros)

conforme Portaria CVS 4, de 21/03/2011, anexo XV.

Assistência

Em períodos epidêmicos, a demanda de pessoas à procura dos serviços de saúde aumenta consideravelmente. Em tal situação, é imprescindível uma rede assistencial organizada, primordial para minimizar a morbidade e diminuir a letalidade da dengue, com protocolos de avaliação de risco e fluxos definidos para o encaminhamento de casos graves, conforme recomendação do Ministério da Saúde (Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue). Ao longo do ano foram intensificadas as discussões em Colegiados Gestores Regionais (CGR) de caráter bipartite (gestores municipais e estaduais) sobre a situação de dengue nos municípios e na região e definidas as pactuações assistenciais nas diversas Regiões de Saúde para o melhor enfrentamento da dengue.

Comunicação e Mobilização

Considerando que a participação da população é importante para o controle da dengue, foram realizadas campanhas estaduais de mobilização nos meses de abril e novembro de 2013 com significativa participação dos municípios. Essas atividades integraram a estratégia de comunicação e mobilização social previstas no Programa de Vigilância e Controle da Dengue e foram alinhadas com os indicadores entomológicos e o momento epidemiológico. Assim, no período inter-

epidêmico (novembro) o foco foi o controle do vetor com base nos resultados obtidos, no mês de outubro, na avaliação da infestação e tipos de criadouros nos domicílios realizados. No período epidêmico (abril) foram priorizadas orientações voltadas para o direcionamento dos indivíduos com sintomas aos serviços de saúde.

Outra estratégia está atrelada à atuação do Comitê Estadual de Mobilização contra Dengue, instituído em 2002 (Resolução SS – 136 de 23/10/2002), que congrega

cerca de 40 entidades do setor público da saúde ligadas a representação da sociedade civil, transporte e empresas. Esse fórum tem se constituído em espaço de articulação intersetorial no desenvolvimento de ações integradas de vigilância e controle da dengue.

Agradecimentos

A Claudia Saraceni, pela análise do banco de dados do IAL.

REFERÊNCIAS

1. Superintendência de Controle de Endemias. Normas e Orientações Técnicas para Vigilância e Controle de *Aedes aegypti* 2008. São Paulo; 2008. [acesso em 29/11/2013]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/sucen-superintendencia-de-controle-de-endemias/homepage/downloads/arquivos-dengue>
2. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília; 2009.
3. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília, 2010.
4. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. SUCEN. Programa Estadual de Vigilância e Controle de Dengue. São Paulo; 2010. [acesso em 29/11/2013]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/pdf/Programa10_Estadual_dengue.pdf
5. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. São Paulo; 2012. [acesso em 29/11/2013]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/CVE12_GUIA_VE_ATUALIZADO.pdf
6. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015. São Paulo; 2012. [acesso em 29/11/2013]. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf
7. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Vigilância e Controle de Dengue – 2013/2014. São Paulo; 2013. [acesso em 29/11/2013]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/pdf/dengue13_Plano2013-2014.pdf
8. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições

- aos profissionais e serviços de saúde. [portaria na internet]. [acesso em 29/11/2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
9. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. [portaria na internet]. [acesso em 29/11/2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

Correspondência/Correspondence to:
Superintendência de Controle de Endemias (Sucen)
Rua Paula Souza, 166
Luz - São Paulo, SP – Brasil
CEP: 01027-000
Telefone: 55 11 3311-1100
dalva@sucen.sp.gov.br

Recortes Históricos

Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL)



Instituto Lauro de Souza Lima – a trajetória de Asilo para Instituto de Pesquisa Lauro de Souza Lima Institute - The trajectory of an asylum towards a research institute

Marcos Virmond^I; Noemi Garcia de Almeida Galan^{II}

^IMédico, Diretor do ILSL, PqC VI, Instituto Lauro de Souza Lima, ^{II}Enfermeira, PqC IV, Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, São Paulo – Brasil.



Figura 1. Vista lateral do cassino construído no “Asilo Colônia Aymorés”, em Bauru/SP, no período do isolamento compulsório

Uma evolução

Hanseníase, uma doença milenar, entrou no Brasil junto com os conquistadores. Disseminou-se e instalou-se por todas as regiões do país. O medo do contágio, imperativo desde os tempos bíblicos, e a falta de um tratamento eficaz, estimularam o isolamento dos casos do convívio familiar e social. Na província de São Paulo, havia interesse das autoridades sanitárias em entender e assistir esses casos, mas o conhecimento sobre a matéria era pouco e o número de doentes significativo. Sem muitas opções, grupos de indivíduos portadores de hanseníase viviam em acampamentos, geralmente nos arredores das cidades, desprovidos de abrigo ou assistência à saúde. Em essência, este era o quadro da hanseníase no começo do século XX.

Preocupados com essa situação, a sociedade civil na região de Bauru, autoridades e prefeitos da região noroeste do estado de São Paulo idealizaram, em 1927, um abrigo para os doentes. Integrando o “Convênio das Municipalidades”, as prefeituras envolvidas destinaram 10% de suas rendas anuais, adquiriram a fazenda Violanta e iniciaram a construção de um asilo para tratar os doentes de toda essa região. Este foi o marco inicial histórico do atual Instituto Lauro de Souza Lima.

No início dos anos de 1930, fora instituída no Brasil a nova política oficial de controle profilático da hanseníase. Em 13 de abril de 1933, o asilo de Bauru foi incorporado pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Inspeção da Profilaxia da Lepra (DPL), e fora denominado

“Asilo-Colônia Aymorés”, tendo como primeiro diretor Dr. Enéas de Carvalho Aguiar.

Desta forma, o Estado assume e transforma o primitivo asilo em um moderno Asilo-Colônia, provido de toda a infraestrutura necessária para a internação compulsória dos doentes. O Asilo-Colônia Aymorés foi considerado uma instituição modelo pela sua organização, rigidez e comprometimento com o trabalho, como demonstra o filme realizado pelo DPL em 1944, cujo objetivo era divulgar o serviço profilático paulista por todo o país. O volume de verbas alocado, o apoio governamental e a estrutura implantada são uma medida da relevância da proposta. Os médicos do DPL passaram a ser considerados como uma espécie de elite entre os hansenólogos do país e o Estado de São Paulo a figurar uma referência a ser visitada, em especial, pelos latino-americanos.



Figura 2. Vista aérea do “Asilo Colônia Aymorés”, em Bauru/SP, evidenciando as unidades de internação (direita) e a quadra esportiva (esquerda).

A arquitetura inspirada no modelo norte-americano de pavilhões do hospital de Carville e o estilo e formas da construção reproduziram as ideias do arquiteto Abelardo Soares Caiuby. O projeto foi realizado com uma rígida divisão espacial. Foram divididos em Zona Sã e Zona

Doente, tendo entre elas uma Zona Intermediária. A primeira era destinada ao pessoal técnico e administrativo sadios e nela se encontravam a portaria, almoxarifado, garagem, administração e demais serviços. A Zona Intermediária, em geral, abrigava o pavilhão de economia geral, o posto de fiscalização de visitas e o parlatório. A Zona Doente abrigava o asilo propriamente dito e ali estavam instalados o Hospital, pavilhão de clínicas, os dormitórios coletivos, as casas para doentes casados, a cadeia, o cassino, a igreja e a parte esportiva.

Esses asilos foram projetados visando algum tipo de autossuficiência. Dessa forma, havia uma grande área reservada para atividades de agropecuária, destinadas a prover grande parte do consumo alimentar necessário, e ainda era dotado de pequenas fábricas e oficinas. O lazer dos internos foi sempre objeto de preocupação

na construção dos asilos, que contavam com quadras esportivas, jardins, praças e quiosques. Havia ainda um prédio especialmente construído para centralizar diferentes atividades: o cassino. Este contava com um grande salão que era utilizado para projeção de filmes, apresentações teatrais realizadas pelos próprios internos e ainda como salão de bailes.

Desse período até 1945, o Asilo-Colônia Aymorés chegou a ter mais de 1.500 moradores. O tratamento restringia-se à aplicação do óleo de Chalmoogra e cuidados gerais, àqueles doentes menos comprometidos pela doença, realizados por médicos e enfermeiros selecionados. A partir de então, surgiu nos Estados Unidos um quimioterápico derivado da sulfona que se mostra eficaz para tratar a doença – a dapsona. O Dr.

Lauro de Souza Lima foi um dos precursores para introdução da droga e produção de estudos sobre seu uso.



Figura 3. “Asilo Colônia Aymorés”, localizado ao centro da reserva de mata de cerrado.

O uso das sulfonas como terapêutica específica e efetiva inaugurou uma nova era no controle da doença e trouxe outra perspectiva para as pessoas afetadas. As próprias estruturas sanitárias modificaram-se e, em 1949, pela Lei nº 520, o então Asilo-Colônia Aymorés passou a se chamar Sanatório Aymorés. Mesmo com o advento de um tratamento eficaz, o isolamento compulsório persistiu no Brasil até o início da década de 1960. No estado de São Paulo, entretanto, ele perdurou ainda por muitos anos.

O tratamento monoterápico era contínuo e prescrito por tempo indeterminado, motivo pelo qual a resistência bacteriana à sulfona era um fato muito preocupante para os especialistas. Desta forma, em 1963, no Simpósio Internacional de Leprologia em Milão, o Dr. Diltor Opromolla comunica à sociedade especializada sua experiência com Rifampicina SV no tratamento da *lepra lepromatosa*. Tratou-se de uma contribuição para a futura modificação do tratamento da hanseníase,

associando-se a rifampicina à sulfona, que seria o início da terapia padronizada atualmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Com a evolução do tratamento e a mudança da legislação sanitária, fez-se necessário abolir a internação compulsória no estado de São Paulo também. Com a possibilidade de um atendimento na rede de saúde geral, emergiu a necessidade de preparar alunos de medicina e médicos não especializados para tratar de doentes com hanseníase. Em 1968, graças ao esforço, à experiência clínica e ao comprometimento dos profissionais do Sanatório Aymorés envolvidos com a assistência e pesquisa em hanseníase, foi

possível implantar o primeiro curso de Hansenologia no Sanatório.

Em 1969, com a reorganização da Secretaria de Estado da Saúde, o Sanatório Aymorés passou a denominar-se Hospital Aymorés de Bauru, vinculado ao Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária da Coordenação de Assistência Hospitalar. Em torno de 1972, adotou-se o tratamento ambulatorial dos indivíduos com hanseníase de forma extensiva. A primeira medida para a efetivação desse tipo de atenção ambulatorial foi ressocializar aqueles que haviam sido excluídos da sociedade e que viviam dentro do Hospital Aymorés.

Como um novo desafio, o Hospital Aymorés amplia seu escopo e inclui em seu rol de atividades a atenção em reabilitação física e social dos casos de hanseníase. Neste sentido, introduziu-se o conceito de atenção multidisciplinar e Intersetorial, colaborando com a criação da Sorri/Bauru. Essas medidas muito contribuíram para a reintegração social dos ex-internos do Hospital Aymorés.

Em 1974 recebeu a denominação de Hospital Lauro de Souza Lima (HLSL), em homenagem ao ilustre hansenólogo paulista. O Hospital, além de continuar a atender indivíduos com hanseníase, ampliou seu escopo e passou a atender indivíduos com outras doenças dermatológicas, mostrando um especial interesse em dermatologia sanitária, incluindo a leishmaniose, micoses profundas, pênfigo, doença de Jorge Lobo e outras. Essa visão ampla proporcionou um novo direcionamento da Instituição, que passa a privilegiar a assistência, a pesquisa e o ensino.

O empenho de uma equipe multiprofissional muito comprometida e envolvida na busca de inovação, agregação científica e tecnológica na área da dermatologia, possibilitou implantar no HLSL, em meados de 1975, os cursos de Prevenção de Incapacidades (PI) e Reabilitação Física, com o propósito de alertar e instrumentalizar profissionais de saúde para prevenir e tratar as sequelas deixadas pela doença.

Com o aumento do interesse por essas atividades, desenvolveu-se um curso de especialização em dermatologia, em regime de residência médica credenciada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e Cursos de Aprimoramento Profissional em várias áreas da saúde, apoiados pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap). Todos esses predicados fizeram com que o Hospital despontasse no cenário nacional e internacional pela amplitude de suas ações em saúde.

Esse elenco de atividades nas áreas da assistência, treinamento, ensino e pesquisa fez do HLSL um centro de referência para a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo e propiciou que o Ministério da Saúde o designasse como um dos poucos centros de referência nacional para a hanseníase, além de ser reconhecido e designado pela Organização Mundial da Saúde como Centro Colaborador para Treinamento de Pessoal em Controle e Pesquisa em Hanseníase, principalmente para países de língua portuguesa. Desde então atua como colaborador na formulação das políticas públicas de dermatologia sanitária no Brasil.



Figuras 5. Técnica de moldagem para confecção de próteses de membro inferior.



Figura 6. Acompanhamento dermatológico ambulatorial.

Como consequência do cumprimento dessa missão fortemente marcada pela pesquisa e ensino, em 02 de outubro de 1989, o HLSL foi transformado em Instituto de pesquisa, passando a chamar-se Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), subordinado à Coordenação dos Institutos de Pesquisas (CIP), denominada, a partir de 2005, de Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD). Está integrado à rede dos Institutos Públicos de Pesquisas do Estado de São Paulo e designado a prestar os serviços de média e alta complexidade.

Nesses 80 anos de existência, o ILSL consegue transformar-se de um asilo para leprosos ambulantes em um ativo instituto de pesquisa. Desta forma, por força de seu corpo pessoal e

pelo apoio da SES-SP, consegue desviar-se da desestruturação a que foram fadados os demais asilos de São Paulo.

Desenvolveu um elevado potencial científico, tecnológico, inovador e de recursos humanos, concretizando um modelo de “assistência ampliada” incluindo as dimensões: gerencial, organizativa e técnico-assistencial. Essa assistência ampliada fortaleceu quatro principais áreas de atuação: assistencial, pesquisa, ensino e história. Todas as áreas estão interligadas, conferindo-lhe autonomia e excelência, principalmente em hanseníase.

Uma visão para o futuro

A hanseníase, como doença endêmica, deixou de apresentar números avassaladores nas últimas décadas. Em grande parte, a solução

do grave problema da hanseníase endêmica veio na década de 1980, com a introdução da poliquimioterapia (PQT) recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O uso da PQT tem sido considerado o mais importante avanço na história do controle da hanseníase. De fato, depois de sua adoção, ocorreu uma mudança gradual, mas significativa, no cenário da hanseníase, tanto no nível mundial como nacional. Com seu uso extensivo, a prevalência de casos ativos decresceu drasticamente em todo o mundo. Os primeiros dados epidemiológicos mostraram que, dentro de duas décadas, houve uma acentuada diminuição na estimativa de casos de hanseníase em todo o mundo: de 10 a 12 milhões em meados de 1980 para 0,51 milhões em 2003.¹

Entretanto, a taxa de detecção da hanseníase ainda continua a preocupar, pois permanece estável na série histórica. De acordo com relatórios oficiais vindos de 105 países e territórios, ao longo de 2012, a prevalência global de hanseníase registrada no início de 2012 situou-se em 181.941 casos, enquanto o número de casos novos detectados durante 2011 foi de 219.075.² Assim, entende-se que a hanseníase, apesar de cada vez menos prevalente, deve continuar a ser uma questão de interesse da saúde pública por muitas



Figura 7. Atividade prática do curso de aprimoramento profissional, aliando ensino-pesquisa.

décadas. Ademais, do ponto de vista acadêmico, a hanseníase permanece uma entidade envolta em mistérios. Sua história natural ainda não é clara. A forma de transmissão, aparentemente por via aérea, carece de confirmação inquestionável. As graves reações imunológicas à presença do bacilo constituem-se ainda em desafio de predição e de tratamento. O dano neural, responsável pelas potenciais incapacidades e deformidades, ainda requer futuros estudos em relação à fina interação do parasita com seu hospedeiro dentro da célula de Schwann. Portanto, a hanseníase continua na agenda das linhas de pesquisa em diferentes áreas da produção científica e cada vez mais a genética e a imunologia se interessam por esta ainda instigante doença.

Neste sentido, a desmobilização de recursos de toda a ordem em torno de uma drástica redução da prevalência da hanseníase aparece como inoportuna e temerária. De fato, confirmados os excelentes resultados da poliquimioterapia como tratamento clínico da hanseníase, houve uma tendência mundial de considerar o problema da

hanseníase como resolvido e uma indicação de que recursos humanos e tecnológicos deviam ser orientados para outras questões mais prementes, como o recrudescimento da tuberculose e outras doenças reemergentes. Em verdade, com a tendência linear da taxa de detecção da hanseníase, ainda que com reduzido número de casos, é muito provável que ela permanecerá como problema de saúde pública no futuro e, potencialmente, poder reemergir de forma endêmica dadas certas circunstâncias.

Assim, o conhecimento até agora produzido sobre a hanseníase e as habilidades conquistadas não podem ser perdidas. Logo, determinados centros no mundo devem ser instituídos como reservatórios perenes desses conhecimentos para seu futuro uso e desenvolvimento. O Instituto Lauro de Souza Lima se credencia para tal. Com sua biblioteca rica em documentos sobre a matéria, abrangendo títulos desde o século XVII até a atualidade, com sua planta de pesquisa em imunologia, genética, reabilitação, clínica e neurofisiologia, com seu corpo de pessoal

altamente qualificado para essas questões, deve continuar a ser estimulado e apoiado para cumprir este papel de centro de referência nacional e

internacional na matéria, isto é, constituir-se em um dos reservatórios mundiais em conhecimento sobre hanseníase.



Figura 8. Atividade prática do curso de aprimoramento profissional, aliando ensino-pesquisa.



Figura 9. Procedimento cirúrgico para descompressão do nervo cubital em paciente com abscesso neural decorrente de neurite hansênica

REFERÊNCIAS

1. WHO. Leprosy situation by WHO region at the beginning of 2004. WHO/CDS/CPE/CEE/2005.
2. World Health Organization. Weekly Epidemiological Record. 2012; 87(34):317–328



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

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

Resumo

Levantamento da malacofauna limnica na área do Pesqueiro Itapecerica, Itapecerica da Serra, São Paulo, Brasil

Dan Jessé Gonçalves da Mota; Pedro Luiz Silva Pinto (Orientador); Toshie Kawano (orientadora In memoriam)

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP – Brasil – 2011

RESUMO

Os pesqueiros se expandiram no Estado de São Paulo a partir da década 1990, essa atividade apresenta importante fonte de lazer e turismo, principalmente próximo aos grandes centros urbanos. No entanto esses ambientes também podem representar uma fonte potencial de dispersão em cursos de águas de espécies exóticas e de importância médica. Este trabalho teve como objetivo fazer o levantamento malacológico e parasitológico dos moluscos límnicos encontrados na área do Pesqueiro Itapecerica da Serra – São Paulo, Brasil, entre os meses de julho de 2006 a junho de 2007. Para tanto, coletas mensais foram feitas em diferentes pontos do pesqueiro (nascente, lago 2, lago 3 e canaleta). Foram coletados 19.863 moluscos, representados por 6 espécies e 6 famílias. Destes, 11.193 foram exemplares da espécie *Biomphalaria straminea*, 5.047 *Melanoides tuberculatus*, 2.096 *Lymnaea columella*, 666 *Pomacea lineata*, 31 *Physa marmorata* e 20 *Anodonta trapesialis*. Essas espécies encontradas representam o primeiro relato para o município de Itapecerica da Serra. Os parâmetros físico-químicos apresentaram variação entre os locais de coleta, porém mantiveram valores dentro da faixa ideal para a sobrevivência das espécies de moluscos. A região apresenta uma estação seca entre os meses de abril a agosto e uma estação chuvosa entre os meses de setembro a março, com temperatura média de 19,4°C. Os maiores índices de riqueza de espécies ocorreram no período chuvoso em todos os locais de coleta. A maior abundância relativa foi observada no lago 3 e na canaleta, especialmente pelas espécies *B. straminea* e *M. tuberculatus*. De modo geral, a análise do tamanho das conchas dos moluscos mostrou que as populações estabelecidas são compostas por indivíduos adultos. Os exames parasitológicos nos 5.766 moluscos não apresentaram infecção por *Schistosoma mansoni* e outros trematódeos. Embora não tenham sido encontrados moluscos infectados, o pesqueiro estudado representa um criadouro de espécies passíveis de serem introduzidas em outras coleções hídricas, em que poderão atuar como hospedeiros intermediários de importantes parasitas de interesse médico-veterinário.

PALAVRAS-CHAVE: Pesqueiros. Fauna aquática. Molusco. Hospedeiros intermediários.

Resume

Survey of the malacofauna limnic in the arof the pesqueiro Itapecerica, Itapecerica da Serra, São Paulo, Brazil

Dan Jessé Gonçalves da Mota; Pedro Luiz Silva Pinto (Orientador); Toshie Kawano (Orientadora *In memoriam*)

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP – Brasil – 2011

ABSTRACT

Since the 1990s, feefishing farm have been expanded in the State of São Paulo. This activity presents an important source of recreation and tourism, mainly near urban centers. However, this activity can also represent a potential source of dispersion of exotic species of medical importance in watercourses. This study aimed to survey malacological and parasitological snails in the area of Feefishing farm Itapecerica – Itapecerica da Serra – São Paulo/Brazil, during a period of July 2006 through June 2007. To conduct the study samples were taken monthly at different points of the fishery (Source, Lake 2, Lake 3 and Channel). 19,863 molluscs were collected, represented by 6 species and 6 families. Of these, 11,193 were of *Biomphalaria straminea* species, 5047 *Melanoides tuberculatus*, 2096 *Lymnaea columella*, 666 *Pomacea lineata*, 31 *Physa marmorata* and 20 *Anodontites trapesimalis*. The species found in this study represent the first reported to the city of Itapecerica da Serra. The physical and chemical parameters showed variation among the sampling sites, but values remained within the ideal range for the survival of the species of molluscs. The region has a dry season between the months April to August and a rainy season between September and March, with an average temperature of 19.4°C. The highest rates of species richness occurred in the rainy season in all sampling sites. The highest relative abundance was observed in Lake 3 and the Channel, especially for species *B. straminea* and *M. tuberculatus*. The analysis of the size of the shells of molluscs showed that the established populations are composed of mostly adults. The parasitological tests in 5766 showed no infection with *Schistosoma mansoni* and other trematodes. Although no infected snails have been found, the feefishing farm studied are a point for breeding species that could be introduced into other collections of water, where they can act as intermediate hosts of parasites of medical and veterinary interest.

KEYWORDS: Fishery. Aquatic fauna. Molluscum. Intermediate hosts.

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 às ações de vigilância em saúde, de maneira rápida e precisa, estabelecendo um canal de comunicação entre as diversas áreas 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; resumo de até 150 palavras; entre três e seis palavras-chave; quatro ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); e 10 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 enfatizar 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. 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 131,
Pacaembu – São Paulo/SP – Brasil
CEP: 01246-000
bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

O manuscrito deverá ser apresentado segundo a estrutura das normas de Vancouver: título; autores e instituições; resumo e abstract; introdução; metodologia; resultados; discussão e conclusão; 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.
- Resultados – 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_detalle=2619&tipo_detalle=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=pth

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.

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 aos Autores atualizada em janeiro de 2013

Instruções na íntegra no site da

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

