

Boletim Epidemiológico Paulista

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

Nesta edição: nº 13

Saúde em dados
contextualização

GAIS
GRUPO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BEPA 101

Volume 9 Número 101 maio/2012

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 9 Nº 101

maio de 2012

Nesta edição

Estratégias de controle do escorpionismo no município de Americana/SP

Scorpion control strategies in the city of Americana/SP 4

Adulteração de matéria-prima de uso controlado, encontrada em farmácia de manipulação, pela autoridade sanitária

Adulteration of raw material for controlled use, found in compounding pharmacy by the health authority 16

Pesquisa de Satisfação dos Usuários – SUS/SP Resultados 2009/2010

Users' satisfaction survey – SUS/SP Results 2009/2010 24

II Conferência Internacional em Epidemiologia – II EPI CVE 2012

Vigilância Epidemiológica: das ações à pesquisa buscando evidências

II International Conference on Epidemiology – II EPI CVE 2012

Epidemiologic Surveillance: from actions to research searching for evidence 39

Instruções aos Autores

Autor's Instructions 41

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

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

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

Editor Geral
Marcos Boulos

Editor Executivo
Clelia Maria Sarmento Souza Aranda

Editores Associados
Aglae Neri Gambirasio – ICF/CCD/SES-SP
Alberto José da Silva Duarte – IAL/CCD/SES-SP
Ana Freitas Ribeiro – CVE/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP
Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/CCD/SES-SP
Maria Clara Gianna – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP
Neide Yumie Takaoka – IP/CCD/SES-SP

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

Coordenação Editorial
Cecília S. S. Abdalla
Letícia Maria de Campos
Sylia Rehder

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
Hélio Hehl Caiaffa Filho – HC/FMUSP
José Cássio de Moraes – FCM-SC/SP
José da Silva Guedes – IB/SES-SP
Gustavo Romero – UnB/CNPQ
Hiro Goto – IMT/SP
José da Rocha Carvalheiro – Fiocruz-RJ
Luiz Jacintho da Silva – FM/Unicamp
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira – OMS
Ricardo Ishak – CNPQ/UF Pará
Roberto Focaccia – IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – OPAS

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

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

Centro de Técnico de Documentação – CCD/SES-SP

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo
Lilian Nunes Schiavon
Eliete Candida de Lima Cortez
Sandra Alves de Moraes

CTP, Impressão e Acabamento

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

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

Artigo de pesquisa

Estratégias de controle do escorpionismo no município de Americana, SP *Scorpion control strategies in the city of Americana, SP*

José Brites-Neto; Jardel Brasil

Secretaria de Saúde de Americana/SP, Brasil

RESUMO

Os acidentes por escorpiões tornaram-se agravos de uma maior atenção para a Saúde Pública, visto que 30% das notificações expressas pelos mais de 100.000 acidentes por animais peçonhentos e quase 200 óbitos registrados por ano no Brasil devem-se ao escorpionismo. Em Americana/SP, as ações desencadeadas no âmbito da vigilância epidemiológica de escorpiões, desempenharam uma influência direta na redução do número de acidentes escorpiônicos; como também no campo da pesquisa biomédica, com o advento de um dispositivo de luz ultravioleta para captura noturna de escorpiões, o município tornou-se o maior fornecedor de escorpiões vivos ao Instituto Butantan, para fins de produção de soro antiescorpiônico. Neste trabalho apresentam-se dados sobre a distribuição e o perfil epidemiológico dos acidentes por escorpiões e sobre resultados das estratégias de controle voltadas à prevenção e redução do número de acidentes escorpiônicos no município.

PALAVRAS-CHAVE: Animais peçonhentos. Escorpiões. Escorpionismo. Vigilância epidemiológica. Controle.

ABSTRACT

Accidents involving scorpion stings became a greater concern to public health, since 30% of reports expressed by more than 100,000 envenomations and nearly 200 deaths recorded each year in Brazil are due to the scorpion. In Americana/SP, the actions carried out under the surveillance of scorpions, played a direct influence on reducing the number of accidents involving scorpions, but also in the field of biomedical research, with the advent of an ultraviolet light device to capture nocturnal scorpions, the city became the largest supplier of live scorpions to the Institute Butantan, for production of antiserum scorpion. This paper presents data on the distribution and epidemiology of accidents by scorpions and results of control strategies aimed at preventing and reducing the number of scorpion poisoning in the city.

KEY WORDS: Poisonous animals. Scorpions. Epidemiologic surveillance. Control.

INTRODUÇÃO

Os acidentes por animais peçonhentos tornaram-se, no último decênio, agravos de uma maior atenção para a Saúde Pública dentre os quais os acidentes causados por escorpiões adquiriram magnitude crescente.^{1,2}

O acidente por escorpião tornou-se cada vez mais frequente em São Paulo, principalmente no meio urbano, com um aumento nos acidentes por *Tityus serrulatus* em correlação com uma diminuição nos acidentes por *Tityus bahiensis*, sugerindo uma competição entre as duas espécies, com predominância de *T. serrulatus* em vários municípios paulistas. Este aumento expressivo de escorpiões encontrados pela população esteve sempre relacionado a campanhas públicas realizadas para aumentar a produção de soros antivenenos.³

Dados do Ministério da Saúde (MS) relatam que 30% das notificações expressas pelos mais de 100.000 acidentes por animais peçonhentos e quase 200 óbitos registrados por ano no Brasil devem-se ao escorpionismo.² A partir da implantação do sistema de notificação dos acidentes no país em 1988, verificou-se um aumento significativo no número de casos, com cerca de 50.000 acidentes por ano e um coeficiente de incidência de aproximadamente 26 casos por 100.000 habitantes registrados no ano de 2009. A incidência média de acidentes registrados com estes aracnídeos em 2008 no Brasil, envolvendo principalmente menores de 14 anos de idade, atingiu 22 casos por 100.000 habitantes, com uma letalidade de 0,23%, conforme dados do Ministério da Saúde (MS).² No mesmo ano

em Americana, segundo dados da vigilância epidemiológica municipal, ocorreram em média 11 acidentes mensais notificados com escorpiões, com uma incidência média anual de 62 casos por 100.000 habitantes, conferindo uma maior gravidade a este problema neste município.⁴

O escorpionismo é descrito como um quadro de envenenamento causado pela inoculação de toxinas, através de aparelho inoculador (ferrão) dos escorpiões, podendo determinar alterações locais (na região da picada) e sistêmicas.⁵ É um problema de saúde pública com uma elevada incidência em várias regiões do País⁶ e mais de 50.000 casos notificados em 2010. No período de 2000 a 2010, apesar da baixa mortalidade, alguns estados apresentaram um aumento nos índices de letalidade que superaram a média nacional de 0,17%. A presença e proliferação de escorpiões em áreas ocupadas pelo homem merecem rigoroso controle, pois seus acidentes podem provocar a morte de seres humanos e de animais domésticos. Os óbitos por escorpionismo estão mais fortemente associados à faixa etária pediátrica e a envenenamentos por *Tityus serrulatus*.⁷⁻⁹

Tityus serrulatus é hoje uma espécie muito bem distribuída no estado de São Paulo, predominando em localidades onde eram encontrados apenas *Tityus bahiensis*, apresentando forte relação com o aumento no número de acidentes nestas regiões, sendo este fato também explicado em razão de sua reprodução por partenogênese, facilitando sua proliferação.^{10,11} Esta espécie tem vivido em locais com um mínimo de vegetação e se proliferado amplamente em cidades, com populações partenogenéticas ecologicamente

oportunistas, invasoras, colonizadoras, dominantes, de grande aptidão dispersiva, com alta capacidade reprodutiva, onde é necessário apenas um indivíduo para iniciar seu processo de colonização.¹²

O problema do escorpionismo está associado ao crescimento desordenado de centros urbanos que propiciam condições cada vez mais favoráveis à proliferação desses animais,⁶ através do aumento das condições de abrigo ou alimento nas áreas urbanas, como também pela dificuldade na implantação de programas preventivos junto à população.¹³

Como todo animal, o escorpião apresenta um papel importante na manutenção do equilíbrio ecológico, através da predação de insetos e outros pequenos animais invertebrados^{14,15}, mas seu reflexo para a Saúde Pública está sempre vinculado a características fisionômicas e associado a condições socioeconômicas, tais como alta densidade demográfica, crescimento desordenado, falta de saneamento básico e acúmulo de lixo,¹² propiciando aumento das condições de abrigo e alimentação nas áreas urbanas construídas em um solo escorpionífero,¹⁶ onde características ambientais próprias favorecem o aparecimento de escorpiões e a incidência de casos em áreas urbanas periféricas com baixos níveis de salubridade e saneamento.^{17,18}

METODOLOGIA

Com base na análise do registro de incidência de escorpiões e de notificação epidemiológica de acidentes escorpiônicos do Sistema de Informação de Agravos de Notifi-

cação (SINAN), referentes ao período de janeiro de 1998 a dezembro de 2011, foi possível identificar e conhecer a distribuição proporcional de acidentes por escorpiões no município (Figura 1), permitindo assim o planejamento de estratégias mais adequadas aos trabalhos de orientação da população, visando à prevenção e redução do número de acidentes escorpiônicos.

Foram analisados dados sobre o perfil epidemiológico dos acidentes escorpiônicos no município quanto à sazonalidade de acidentes, perfil do acidentado (sexo e faixa etária), tropismo da picada dos escorpiões e gravidade médica dos acidentados.

Foram comparados os quantitativos de escorpiões capturados entre duas modalidades de coleta (diurna e noturna) com fins de fornecimento de exemplares para produção de soro antiescorpiônico e pesquisas biomédicas nos institutos de referência e com objetivo de redução da infestação de imóveis existentes em áreas de risco para acidentes. Na modalidade diurna, as equipes visitavam áreas de infestação urbanas, no horário de 08h00 as 17h00 horas, vasculhando abrigos potenciais em terrenos baldios, áreas de construções urbanas periféricas e linhas férreas. Na modalidade noturna, as equipes realizavam atividades de captura noturna de escorpiões com o emprego de luz ultravioleta (UV), no horário entre 18h00 e 23h00 horas, em diversas áreas de planejamento urbano (Figura 2), com enfoque principal na região do cemitério municipal da Saudade (área central do município de Americana). Para este fim, foram utilizadas lâmpadas de luz ultravio-

leta de 47 watts e 100 volts, ligadas a um suporte de mão com uma extensão de cabos elétricos de aproximadamente 400 metros, além de equipamentos de proteção individual no grupo de trabalho, para entrada nos ambientes de coleta, que consistiam de luvas de couro de cano longo e pinças metálicas de 30 centímetros para coleta dos animais, óculos com filtro para radiação ultravioleta, botas de borracha com cano longo, macacões de mangas compridas e máscaras com filtro para gases ácidos e vapores orgânicos (classe 1).

Todos os escorpiões coletados nestes procedimentos foram alojados em baldes de 20 litros, revestidos internamente com politetrafluoretileno, e transportados para um viveiro coletivo, onde foram identificados e contados, permanecendo em torno de três semanas até serem encaminhados vivos ao Instituto Butantan.

Foram realizadas visitas domiciliares de rotina e campanhas educativas em áreas de risco, com fornecimento de informações sobre medidas preventivas para controle de acidentes por escorpiões através da modificação de condições favoráveis à sua incidência e indicação de protocolos de controle por inseticida à base de lambdaci-alotrina microencapsulada (em estratégias de aplicação como barreira química), visando evitar o aparecimento de infestações urbanas residenciais.

Todas as ações consistiram em atividades desempenhadas pela equipe técnica da vigilância epidemiológica, formada por um médico veterinário, quatro agentes de controle de vetores e um estudante de biologia.

Índice de acidentes escorpiônicos nas áreas de planejamento urbano de Americana/SP

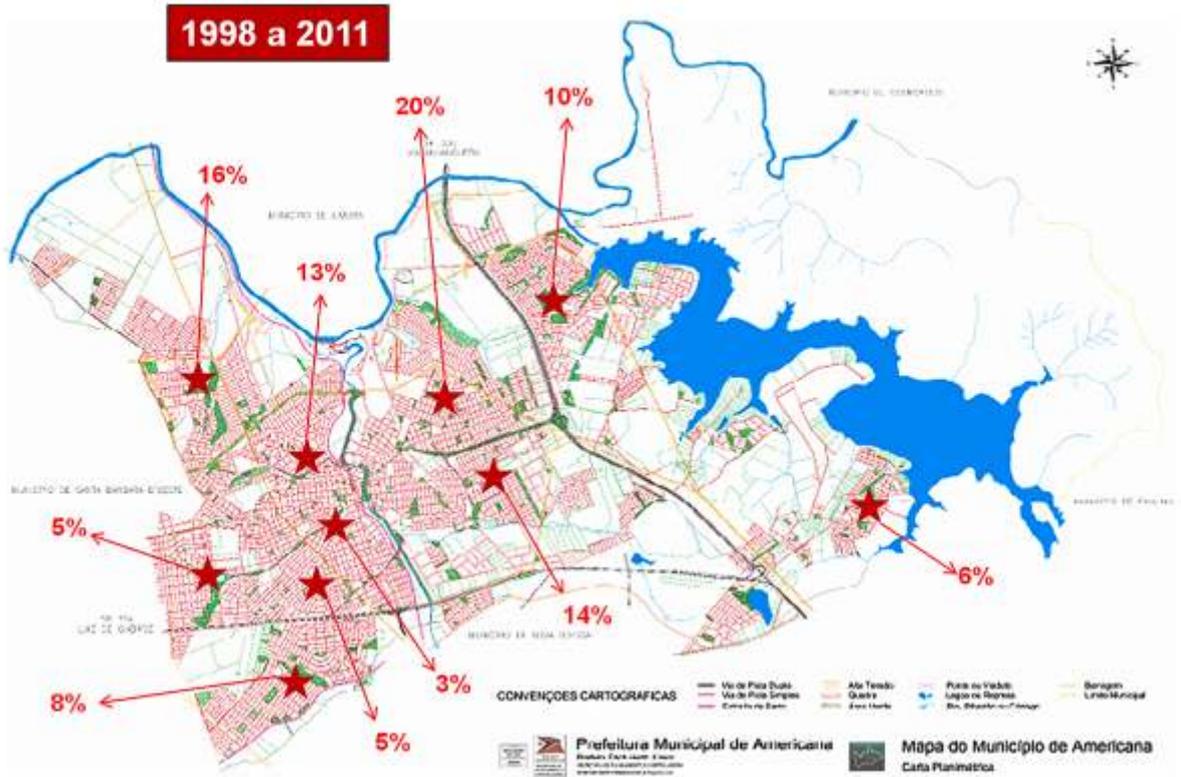


Figura 1. Índice de acidentes escorpiônicos registrados em áreas de Americana, no período de 1998 a 2011.



Figura 2. Atividades de captura noturna de escorpiões com uso de dispositivo de luz ultravioleta.

RESULTADOS

O avanço do escorpionismo no Brasil traduziu-se por uma constante de repercussões, com gravidade crescente em todas as regiões brasileiras, transformando-se numa rotina de reclamações públicas sanitárias, sociais e políticas em muitos municípios do país. Os coeficientes de incidência de casos de acidentes por escorpiões para 100.000 habitantes, no estado e no país, triplicaram nos últimos dez anos.

Esta situação epidemiológica demonstrou maior gravidade no município de Americana, na medida em que o índice de 58 acidentes escorpiônicos/100.000 habitantes, apresentou uma incidência de 3,4 vezes superior ao índice estadual e 2,2 vezes maior que o índice regional e nacional, no ano de 2010 (Gráfico 1).

Em Americana, a Secretaria Municipal de Saúde mantém um programa regular para captura de escorpiões na cidade, em que os técnicos utilizam a luz ultravioleta para localização de escorpiões durante a noite. Sob esta luz, eles tornam-se fluorescentes e podem ser facilmente capturados.³

Comparativamente, a captura noturna com o emprego da luz ultravioleta (UV) demonstrou maior eficiência, em relação à coleta mecânica por busca ativa diurna em áreas de infestação. De 2000 a 2005, com o modelo tradicional de busca ativa diurna foram coletados 15.475 escorpiões amarelos (*Tityus serrulatus*), com uma média anual de 2.579 escorpiões coletados. De 2006 a 2011, com a mudança metodológica para a captura noturna com luz ultravioleta, foram capturados 33.126 escorpiões, com uma média anual de 5.521 escorpiões amarelos capturados, representando um aumento de

114% na média anual entre as duas metodologias comparadas (Gráfico 2).

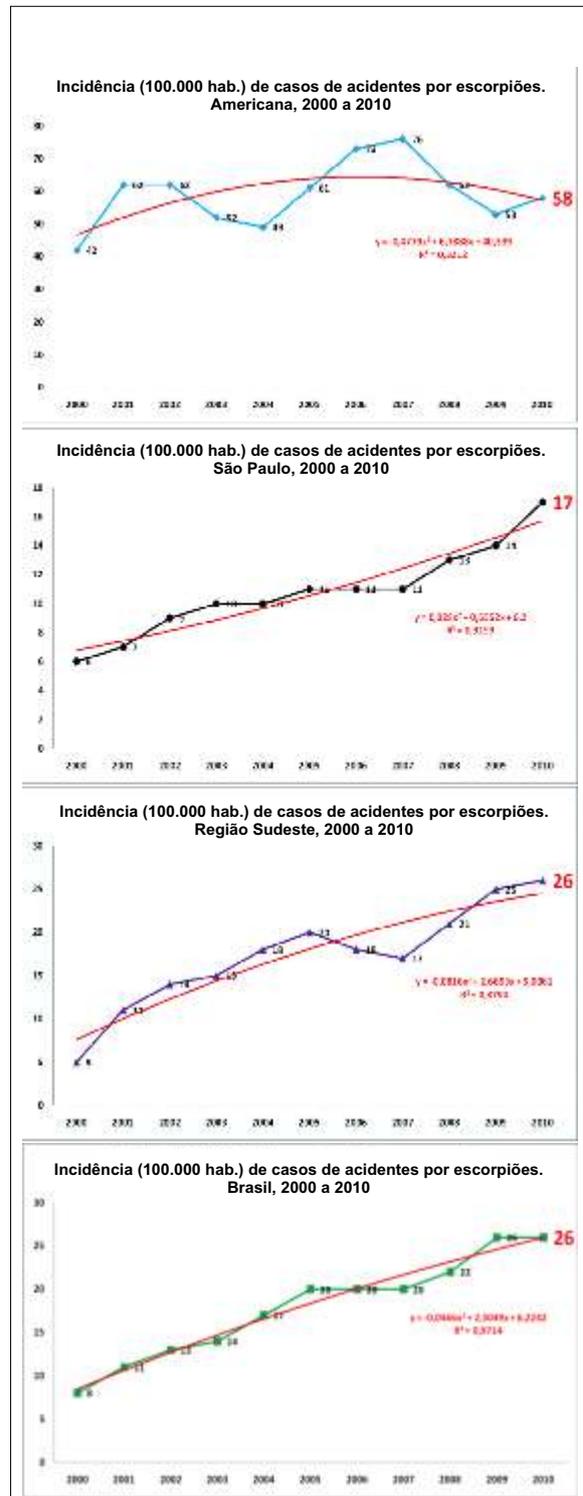


Gráfico 1. Comparativo entre coeficientes de incidência de acidentes escorpiônicos (100.000 habitantes) do município de Americana em relação ao Estado de São Paulo, Região Sudeste e Brasil.

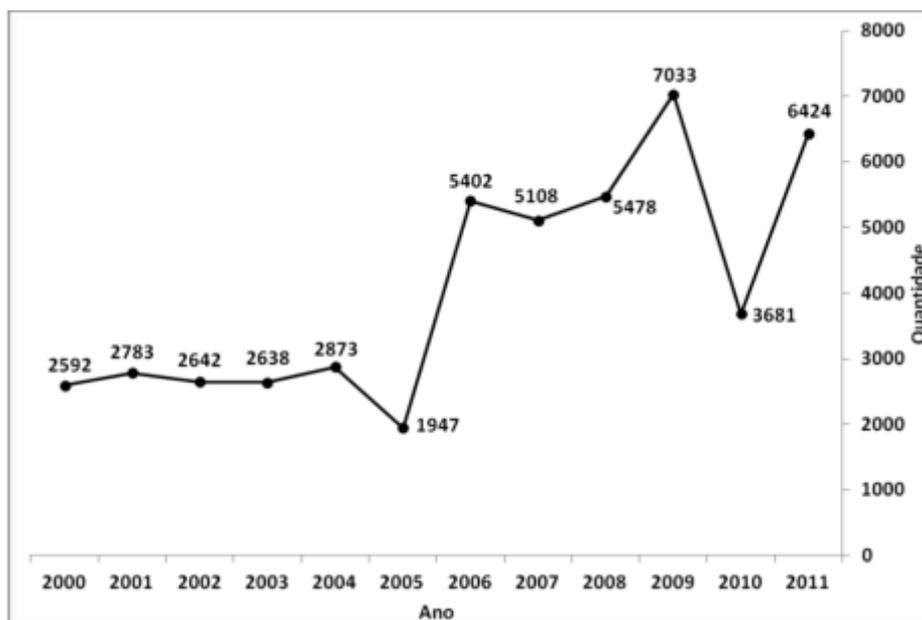


Gráfico 2. Comparativo de escorpiões capturados por ano (uso da técnica com luz ultravioleta a partir de 2006).

Através de uma campanha em Saúde Pública na área de vigilância epidemiológica de acidentes escorpiônicos realizada durante o ano de 2008, um total de 25.268 moradores das referidas áreas de risco epidemiológico receberam informações técnicas sobre

medidas preventivas de controle de acidentes por escorpiões (Figura 3). Também foram orientados 9.709 munícipes, através de uma rotina de atendimento às solicitações feitas junto à Secretaria de Saúde de Americana, durante o período de 2006 a 2011.



Figura 3. Campanha em Saúde Pública sobre medidas preventivas de acidentes escorpiônicos.

A efetividade do trabalho foi ainda reforçada pela contínua redução do número de acidentes escorpiônicos, em três anos de atividade intensiva, em 17% de 2007 para 2008 (151 para 126 acidentes) e em 14% de 2008 para 2009 (126 para 108 acidentes),⁴ amenizando o impacto crescente e evolutivo do escorpionismo, no cenário municipal (Gráfico 3). No entanto, não obstante haver um bom desempenho técnico setorial deste serviço de saúde, a falta de sincronia com outros serviços públicos municipais complementares ao controle de tais agravos (controle químico de pragas urbanas, por parte da secretaria de obras e serviços urbanos) e as frentes de obras públicas para implementação de infraestrutura em várias áreas de planejamento urbano, repercutiram em aumentos significativos nas ocorrências de acidentes nos anos de 2010 e 2011.

Analisando-se o perfil epidemiológico dos acidentes escorpiônicos no município

verificamos que, no período de 1998 a 2011, ocorreram 1.652 acidentes, sendo a maior incidência registrada em 2011 (198 acidentes escorpiônicos). Nunca houve óbito por escorpionismo no município, apesar do elevado coeficiente de acidentes escorpiônicos em 2011 (93 para 100.000 habitantes). Houve no mesmo período, maior incidência nos meses de março (167 acidentes) (Tabela 1), com predominância no sexo masculino (991 casos) (Tabela 2) e na faixa etária de 30 anos acima (950 acidentes) (Tabela 3). Com relação ao tropismo da picada dos escorpiões e a gravidade médica dos acidentados, avaliados nos últimos três anos (2009 a 2011), de 429 casos avaliados, constatou-se que os membros superiores dos pacientes (215 casos) foram mais envolvidos nas ocorrências e a maioria dos casos apresentou natureza leve (404 casos), registrando somente 25 casos com evolução para moderada e grave e necessária soroterapia antiescorpiônica (10 casos).

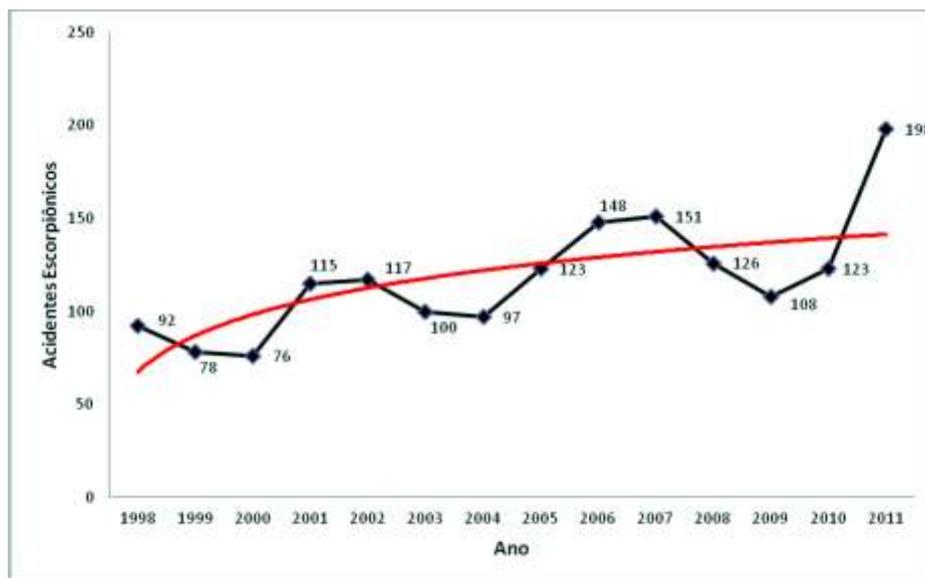


Gráfico 3. Casos de acidentes por escorpiões em Americana/SP, no período de 1998 a 2011.

Tabela 1. Distribuição sazonal de acidentes por escorpiões em Americana-SP, no período de 1998 a 2011.

Mês	Acidentes	
	Nº	%
Outono - Inverno		
Abril	125	7,6
Maio	105	6,4
Junho	118	7,1
Julho	117	7,1
Agosto	129	7,8
Setembro	158	9,6
Total	752	45,5
Primavera - Verão		
Outubro	164	9,9
Novembro	160	9,7
Dezembro	141	8,5
Janeiro	145	8,8
Fevereiro	123	7,4
Março	167	10,1
Total	900	54,5
Total Geral	1.652	100

Tabela 2. Acidentes por escorpiões, de acordo com o sexo de acidentados em Americana-SP, no período de 1998 a 2011.

Sexo	Total	%
Masculino	991	60
Feminino	661	40
Total	1.652	100

Tabela 3. Acidentes por escorpiões, por faixa etária de acidentados em Americana-SP, no período de 1998 a 2011.

Faixa Etária	Total	%
< 1 ano	0	0
01 a 04 anos	40	2,4
05 a 09 anos	77	4,7
10 a 14 anos	121	7,3
15 a 19 anos	138	8,4
20 a 29 anos	326	19,7
> 30 anos	950	57,5
Total	1.652	100

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Apesar das constantes falhas de registros médicos no SINAN, quanto à identificação da espécie envolvida nos acidentes escorpiônicos, os inquéritos realizados pela equipe da vigilância epidemiológica, nas visitas domiciliares junto aos acidentados, indicaram que há uma predominância absoluta de acidentes por *Tityus serrulatus* junto à população, sendo o acidente por *Tityus bahiensis* considerado como um evento raro no município de Americana.

A caracterização dos acidentados por escorpiões no município indicou uma exposição associada a atividades de perfil masculino (trabalhadores em construções civis e atividades urbanas de limpeza de terrenos e entulhos em residências), em que a manipulação ativa de potenciais abrigos deste espécime ocasionou uma maior incidência de picadas em membros superiores de pacientes do sexo masculino com idade superior a 30 anos (57,5 % dos casos), diferenciando-se do índice médio de registro no país em que há predominância de acidentes em menores de 14 anos.

No município não houve evidência de uma sazonalidade diferenciada de casos nos meses de verão, apesar de pequeno aumento no mês de março, demonstrando notificação regular e uniforme de acidentes distribuídos ao longo do ano.

A baixa ocorrência de acidentes moderados e graves (6% do total de casos registrados, nos últimos três anos) e a ausência de óbitos por escorpionismo em Americana podem estar associadas à menor toxicidade do veneno de *Tityus serrulatus* em nossa região,¹⁹ à menor incidência de acidentes em

crianças menores de 14 anos (14% do total de acidentes registrados no período de 1998 a 2011), à referência médica da assistência ambulatorial e hospitalar implantada na rede pública de saúde e à vigilância epidemiológica para atendimento de acidentes escorpiônicos estabelecida no município.

A existência de um programa municipal de monitoramento das rotinas de acidentes, vinculado diretamente às notificações das unidades de assistência médica, como também os treinamentos específicos de toda a equipe médica do hospital de referência - que mantém insumos terapêuticos aplicados aos casos de acidentes escorpiônicos, incluindo-se estoques de soros antiescorpiônicos (SAEs) para pronta demanda de utilização - configuram um padrão gestor diferenciado de atendimento a estes agravos no município de Americana.

As ações desencadeadas pelo município, no âmbito da vigilância epidemiológica de escorpiões, desempenharam uma influência direta na redução do número destes acidentes, no período de 2007 a 2009 como também, no campo da pesquisa biomédica, com o advento de um dispositivo de luz ultravioleta para captura noturna de escorpiões; através do numerário de 33.126 escorpiões capturados desde 2006, este município tornou-se o maior fornecedor de escorpiões vivos ao Instituto Butantan, para fins de produção de soro antiescorpiônico.

O controle destes animais, de caráter fundamental como atividade, será sempre conduzido através da associação de órgãos públicos municipais e estaduais e sua eficácia dependerá de uma ação

multidisciplinar, envolvendo também a comunidade e o manejo ambiental, para tornar desfavoráveis as condições de permanência e proliferação dos escorpiões.²⁰

REFERÊNCIAS

1. Guerra CM, Carvalho LF, Colosimo EA, Freire HB. Analysis of variables related to fatal outcomes of scorpion envenomation in children and adolescents in the state of Minas Gerais, Brazil, from 2001 to 2005. *J Pediatr.* 2008;84(6):509-15.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância epidemiológica. Manual de controle de escorpiões. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
3. Lucas SM, Goldoni PAM, Candido DM, Knysak I. Butantan Institute: strategies to obtain scorpions for the production of anti-scorpion serum. *J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis.* 2010;16(4):530-3.
4. Brasil J, Brites-Neto J. Aspectos epidemiológicos da vigilância de acidentes por escorpiões no município de Americana, no período de 2006 a 2009. *EPI CVE – Conferência Internacional em Epidemiologia*; novembro de 2010; São Paulo: Programa e Livro de Resumos. p. 153-4 [resumo 246].
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7.ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
6. Campolina D. Georreferenciamento e estudo clínico-epidemiológico dos acidentes escorpiônicos atendidos em Belo Horizonte no Serviço de Toxicologia de Minas Gerais [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
7. Oliveira JS, Campos JA, Costa DM. Acidentes por animais peçonhentos na infância. *J Pediatr.* 1999;75(2):251-8.
8. Silva TF, Casais-e-Silva LL, Lira-da-Silva RM. Avaliação da DL50 e edema pulmonar induzido pelo veneno de *Tityus serrulatus* (Scorpiones; Buthidae) procedente da Bahia, Brasil. *Biota Neotropica.* 2005;5(1a):1-4.
9. Guerra CMN. Estudo clínico-epidemiológico do acidente escorpiônico em crianças e adolescentes no Estado de Minas Gerais no período de 2001 a 2005 [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
10. Lourenço WR, Cuellar O. Scorpions, scorpionism, life history strategies and parthenogenesis. *J. Venom. Anim. Toxins* [periódico na Internet]. 1995 [acesso em 19 Jan 2012]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-79301995000200002>.
11. Warburg MR. Scorpion reproductive strategies, allocation and potential; a partial review. *Eur. J. Entomol.* 2011;108(2):173-81.
12. Brazil TK, Lira-da-Silva RM, Porto TJ, Amorim AM, Silva TF. Escorpiões de importância médica do Estado da Bahia, Brasil. *Gaz. Med. Bahia.* 2009;79(1):38-42.
13. Spirandeli-Cruz EF, Winther-Yassuda CR, Jim J, Barraviera B. The program for

- controlling the scorpion *Tityus serrulatus*, Lutz and Mello, 1922, in Aparecida, São Paulo state, Brazil (Scorpiones, Buthidae). J. Venom. Anim. Toxins [periódico na Internet]. 1999 [acesso em 19 Jan 2012]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-79301999000100026>.
14. Biondi-de-Queiroz I, Santana VPG, Rodrigues DS. Estudo retrospectivo do escorpionismo na Região Metropolitana de Salvador (RMS) - Bahia, Brasil. *Sitentibus*. 1996;15:273-85.
15. Lourenço WR, Cloudsley-Thompson JL, Cuellar O, Eickstedt VRD von, Barraviera B, Knox MB. The evolution of scorpionism in Brazil in recent years. *J. Venom. Anim. Toxins* [periódico na Internet]. 1996 [acesso em 19 Jan 2012]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-79301996000200005>.
16. Bucherl W. Escorpionismo no Brasil. *Mem. Inst. Butantan*. 1969;34:9-24.
17. Nunes CS, Bevilacqua PD, Jardim CCG. Aspectos demográficos e espaciais dos acidentes escorpiônicos no Distrito Sanitário Noroeste, Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, 1993 a 1996. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):213-23.
18. Soares MRM, Azevedo CS, De Maria M. Escorpionismo em Belo Horizonte, MG: um estudo retrospectivo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002;35:359-63.
19. Oliveira FN. Toxicidade da peçonha de *Tityus serrulatus* procedente do Distrito Federal por meio da avaliação da DL50, efeitos da peçonha e edema pulmonar induzido [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.
20. Candido DM. Escorpiões. In: Joly CA, Bicudo CEM, organizadores. Biodiversidade do Estado de São Paulo, Brasil: síntese do conhecimento ao final do século XX. Brandão CRF, Cancellato EM, Invertebrados Terrestres. São Paulo: Fapesp, 1999; 5:23

Recebido em: 01/02/2012
Aprovado em: 02/05/2012

Correspondência/correspondence to:

José Brites-Neto
Rua Fernando de Camargo, nº 876 – Centro
CEP: 13465-020 – Americana/SP, Brasil
Tel.: 55 19 9139-9059
E-mail: samevet@yahoo.com.br

Comunicação rápida

Adulteração de matéria-prima de uso controlado, encontrada em farmácia de manipulação, pela autoridade sanitária

Adulteration of raw material for controlled use, found in compounding pharmacy by the health authority

Helena Miyoco Yano^I, Fernanda Fernandes Farias^I, Marcelo Beiriz Del Bianco^I, Mariangela Tirico Auricchio^I, João Gilberto Alves de Oliveira^{II}, Patricia Forte Gomes^{II}, Luz Marina Trujillo^I

^ICentro de Medicamentos, Cosméticos e Saneantes. Instituto Adolfo Lutz. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

^{II}Divisão de Vigilância Sanitária de Francisco Morato

RESUMO

O Centro de Medicamentos, Cosméticos e Saneantes do Instituto Adolfo Lutz de São Paulo recebeu cinco amostras de matérias-primas de substâncias controladas (uma de anfepramona, três de diazepam e uma de femproporex) coletadas pela Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, objeto de suspeita por substituição fraudulenta do conteúdo por amido de milho. Para as amostras suspeitas, a análise microscópica revelou presença de amido em quatro das cinco amostras analisadas, confirmadas por cromatografia em camada delgada e por cromatografia líquida acoplada a espectrometria de massas (LC/MS/MS). Somente uma das amostras revelou tratar-se de anfepramona, conforme indicado no rótulo, apresentando teor de 97% em peso tal e qual, atendendo aos requisitos farmacopéicos quanto ao teor para esta matéria-prima ativa. As outras quatro amostras contendo amido caracterizaram-se como material falsificado.

PALAVRAS-CHAVE: Fraude. Farmácia Magistral. Laboratório de Saúde Pública. Risco, Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

The Center for Drugs, Cosmetics and Sanitary of Adolfo Lutz Institute - São Paulo received five samples of raw material controlled drugs (one anfepramone, three diazepam and one femproporex) collected by Health Surveillance of São Paulo with the suspicion of fraud and replacement of their content by maize starch. For suspect samples, the microscopic analysis revealed presence of starch in four out of five samples, confirmed by thin layer chromatography and by high performance liquid chromatography coupled to mass spectrometry (LC-MS/MS). Only one sample showed anfepramone, as indicated on the label. It was obtained 97 mg of anfepramone/100 mg, according to the pharmacopoeial specifications for raw materials. The other four samples containing starch were characterized as counterfeit material.

KEY WORDS: Fraud. Compounding Pharmacy. Public Health Laboratory. Risk. Sanitary Surveillance.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, poucos setores da economia passaram por uma expansão tão rápida como o da farmácia magistral, as herdeiras das pequenas boticas do início do século passado. O aumento do número de estabelecimentos, de profissionais empregados e de fórmulas dispensadas demonstra o crescimento do setor,^{1,2} que além de proporcionar o acesso a fórmulas oficiais e personalizadas, tem representado uma alternativa ao cumprimento de esquemas terapêuticos de praticamente todas as categorias terapêuticas.³ A evolução do setor, entretanto, parece não ter sido acompanhada por um aperfeiçoamento em relação ao cumprimento das Boas Práticas de Manipulação,³ apesar da legislação sobre esta matéria.

O Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (INCQS/Fiocruz), acompanhando amostras de medicamentos manipulados durante cinco anos, demonstrou deficiências na qualidade das fórmulas magistrais.¹ Paumgartten (2005)² já

assinalava a ocorrência de crescentes e graves problemas de qualidade de medicamentos manipulados, tais como quantidade excessiva ou insuficiente de fármacos.^{1,2}

No Brasil, as substâncias controladas como diazepam, classe dos benzodiazepínicos com ação depressora do sistema nervoso central, femproporex e anfepramona, anorexígenos com ação simpatomimética, são regulamentadas pela autoridade sanitária, que tem como instrumento legal a Portaria nº 344 de 1998.⁴

Em junho de 2011, a Divisão de Vigilância Sanitária (VISA) do Município de Francisco Morato no Estado de São Paulo recebeu uma denúncia de extravio de aproximadamente 1000 gramas da substância diazepam e de sua substituição por amido em uma farmácia de manipulação. No mesmo momento, um funcionário desta farmácia protocolou sua baixa de Responsabilidade Técnica, pois não concordava com tal situação. Diante da denúncia protocolada, a VISA realizou uma vistoria no local, tendo sido

colhidas cinco amostras de três matérias-primas de uso controlado, (diazepam, femproporex e anfepramona), as quais foram encaminhadas ao Instituto Adolfo Lutz para análise. Estas amostras foram recebidas e analisadas no Centro de Medicamentos, Cosméticos e Saneantes, para verificação de identidade e avaliação de conformidade da matéria-prima ativa quanto aos requisitos farmacopéicos de qualidade.

As amostras (Figura 1) estavam individualmente contidas em um invólucro plástico lacrado pela autoridade sanitária, e acompanhada do respectivo termo de colheita de amostra (TCA). Após a abertura destes, verificou-se que todas as amostras já estavam violadas antes de serem coletadas. Quanto às embalagens primárias, as amostras A e E estavam acondicionadas em saco plástico transparente e identificadas com etiquetas escritas a mão. As amostras B e C de mesmo fabricante e a amostra D, de outro fabricante (Figura 1).

MATERIAIS E MÉTODOS

- Microscópio óptico (Zeiss mod.[®] Primo Star).
- Espectrofotômetro: espectrofotômetro UV-Vis (Hewlett Packard[®] modelo 8453A, série US 53400277).
- Sistema de cromatografia líquida de alta eficiência Agilent 1200 LC constituído por um sistema controle G4208A, bomba quaternária 1311A, degasser G1322A, auto amostrador HIP-ALSG 1367B acoplado a espectrômetro de massas- model 3200 (Applied Biosystems, Concord, Ontario, Canada) e ionização por electrospray ionization (ESI).
- Solução de lugol.
- Cromatoplasmas de vidro TLC de sílica gel 60 (Merck, Darmstadt, Alemanha).



Figura 1. Amostras de matérias-primas de Farmácia de Magistral com suspeita de fraude. As letras referem-se a: A, B, C = diazepam, D = femproporex e E = anfepramona.

Análise microscópica

Foram preparadas lâminas das amostras e dos padrões de diazepam, femproporex, anfepramona e amido de milho; para confirmar a presença de amido adicionou-se solução de lugol⁵ para verificar se haveria a mudança de cor do amido do branco para a cor azul.

Cromatografia em camada delgada

Para o preparo das soluções amostra e padrão foram utilizados, respectivamente, 5 mg de cada amostra e padrão (diazepam, femproporex e anfepramona), diluídos em 5 mL de metanol, e 3 toques de cada uma destas soluções foram aplicados com auxílio de capilar de vidro em placa de sílica gel.

Foram empregados três sistemas eluentes assim compostos:

- eluente 1 - ciclohexano/tolueno/dietilamina (75:15:10, V/V/V);
- eluente 2 - acetato de etila/metanol/hidróxido de amônio (85:10:5, V/V/V);
- eluente 3 - ciclohexano/clorofórmio/dietilamina (70:20:10, V/V/V).

Utilizou-se como revelador a solução de iodoplatinado acidificado para a visualização das manchas.^{6,7} As manchas reveladas das amostras e do padrão correspondente, em que os R_fs coincidirem nos três eluentes testados foram consideradas positivas para o teste de identificação.

Espectrofotometria na região do ultravioleta

Diluyente utilizado: álcool metílico (cerca de 1mL), para dissolver os padrões e as amostras, e em seguida adicionou-se a solução de ácido clorídrico 0,1M.

Preparo das soluções padrões: foram preparadas as soluções contendo 0,008 mg/mL de anfepramona, 0,0056 mg/mL de diazepam e 2 mg/mL de femproporex.

Preparo das soluções amostras: pesou-se 80 mg das amostras A, B e C e 100 mg das amostras D e E. Em seguida, foram diluídas em série para obter uma diluição de concentração final semelhante a concentração de leitura dos padrões correspondentes.

Foram realizadas leituras em espectrofotômetro de cada uma das soluções padrões e amostras em faixa de comprimento de onda UV de 200 a 400nm.⁶

Cromatografia líquida de alta eficiência acoplada a espectrômetro de massas (LC-MS/MS)

Preparou-se soluções de padrão de diazepam, anfepramona e femproporex e das amostras em concentração final de 30 ppb utilizando como diluyente a fase móvel A e B (1:1, V/V) (A: composta de uma mistura de água e ácido fórmico 0,1% + formiato de amônio 1mM e B: composta de acetonitrila e ácido fórmico 0,1% + formiato de amônio 1mM). Utilizou-se uma coluna em fase reversa Agilent Eclipse XDB-C18, 5 µm (150 x 4,6 mm), vazão de 1,0 mL/min, volume de injeção de 20µL.⁸

A análise foi realizada em modo de ionização electrospray positivo usando o monitoramento de múltiplas reações (MRM), em três transições simultaneamente, com otimização dos parâmetros da fonte de íons: curtain gas (CUR) 18 psi; ion spray voltage (IS) 5500 V; ion source gas 1 (GS 1) 45 psi; ion source gas 2 (GS 2) 40 psi e temperatura (TEM) 750 °C. The CAD (collisionally activated dissociation) gas was fixed in 8 psi. Os

registros da razão massa/carga e a detecção dos íons foram obtidos em “software Analyst® 1.5.1 (AB Sciex®)”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise microscópica

Conforme apresentado na Figura 2, as amostras A, B e C, cujos rótulos declaravam conter diazepam, revelaram a presença de amido de milho (*Zea mays*), o mesmo ocorrendo com a amostra D para a qual o rótulo declarava conter femproporex. A amostra E, declarada conter anfepramona, revelou a presença de cristais. A solução de lugol foi adicionada às lâminas preparadas de todas as amostras e no padrão confirmando assim a suspeita da presença de amido nas quatro amostras (A, B, C, e D), apenas a amostra E não continha amido (Figura 2).

Análises por cromatografia em camada delgada

As amostras E e B apresentaram o mesmo Rf do padrão de anfepramona e diazepam, respectivamente, nos eluentes testados. As amostras A, C, e D não revelaram qualquer mancha após revelação das placas cromatográficas, indicando que não foi observada a presença das substâncias declaradas nos rótulos por esta técnica. Utilizou-se o limite de detecção por cromatografia em camada delgada dos fármacos analisados, estabelecidos por Yano e colaboradores.⁷

Análises por espectrofotometria na região do ultravioleta

Das amostras analisadas apenas as amostras B e E exibiram perfil espectrofotométrico na região

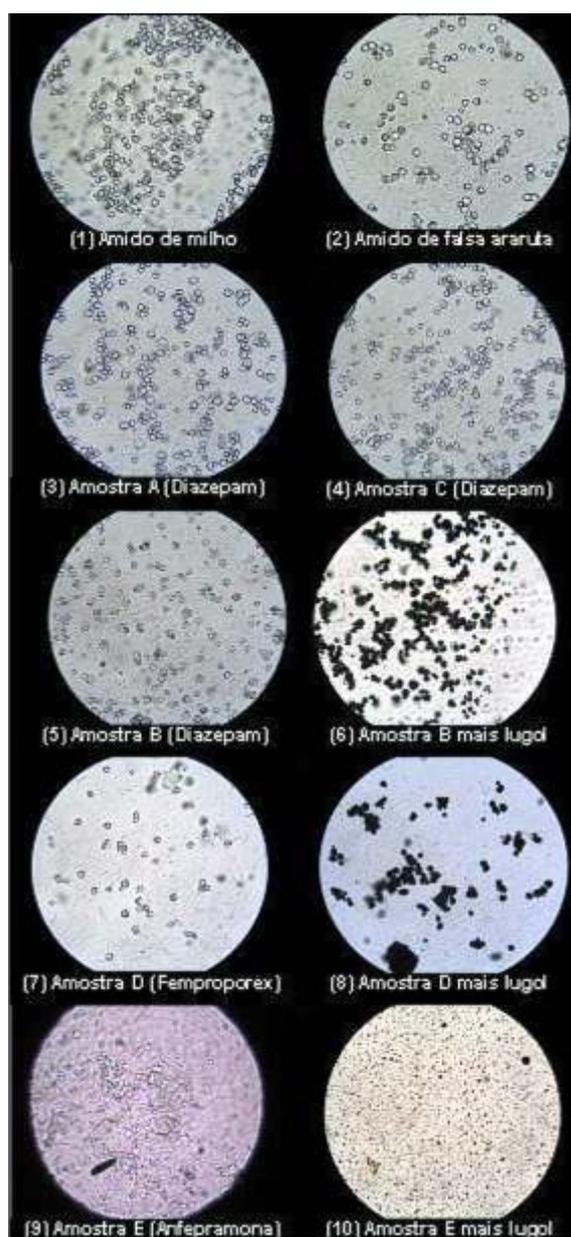


Figura 2. Estão apresentados em (1) o padrão de Amido de milho; (2) padrão de amido de falsa araruta; (3) amostra A; (4) amostra C; (5) amostra B; (6) amostra B reagindo com lugol; (7) amostra D; (8) amostra D reagindo com lugol; (9) amostra E; (10) amostra E reagindo com lugol. Todas as imagens a 40x.

do ultravioleta semelhante aos padrões correspondentes, e as amostras A, C e D não mostraram perfil espectrofotométrico semelhante aos perfis de seus padrões respectivos, nas mesmas concentrações de trabalho, indicando a presença apenas de amido nestas amostras. Quanto ao teor, na amostra E obteve-se 97 mg/100mg, ou seja, 97%

do teor declarado, estando assim em conformidade com o que preconiza a Farmacopéia Americana⁵ para teor desta matéria-prima, e na amostra B obteve-se apenas 0,007 mg de diazepam/100mg, ou seja, 0,70% do teor declarado no rótulo.

Análises por cromatografia líquida de alta eficiência acoplada a espectrômetro de massas (LC-MS/MS)

Os dados de transição obtidos da amostra E coincidiram com os dados de transição obtidos com o padrão de anfepramona em MRM, modo positivo, confirmando sua autenticidade. As demais amostras também foram analisadas por esta técnica com o intuito de confirmar os resultados anteriores (Figura 3).

As Boas Práticas de Manipulação devem ser consolidadas com o efetivo controle das matérias-primas ativas frente às exigências farmacológicas

de teor e pureza, como passo inicial e fundamental para garantir a qualidade do processo de manipulação. Observações visuais de cor, granulometria, odor, entre outras, não são suficientes para garantir a qualidade e pureza da substância para uso farmacêutico. Uma ausência de controle de qualidade implica em falta de garantia do processo de manipulação como gerador de medicamento seguro e eficaz. No caso em estudo, de algum modo pode ter ocorrido uma intervenção intencional, extrema e criminosa, onde se estas matérias-primas fossem empregadas na manipulação o paciente estaria recebendo amido de milho ao invés do fármaco prescrito pelo médico com as consequências decorrentes como a subdosagem em uma formulação medicamentosa, podendo levar a um agravamento natural da doença não sendo associada à falha terapêutica (Paumgarten 2005).²

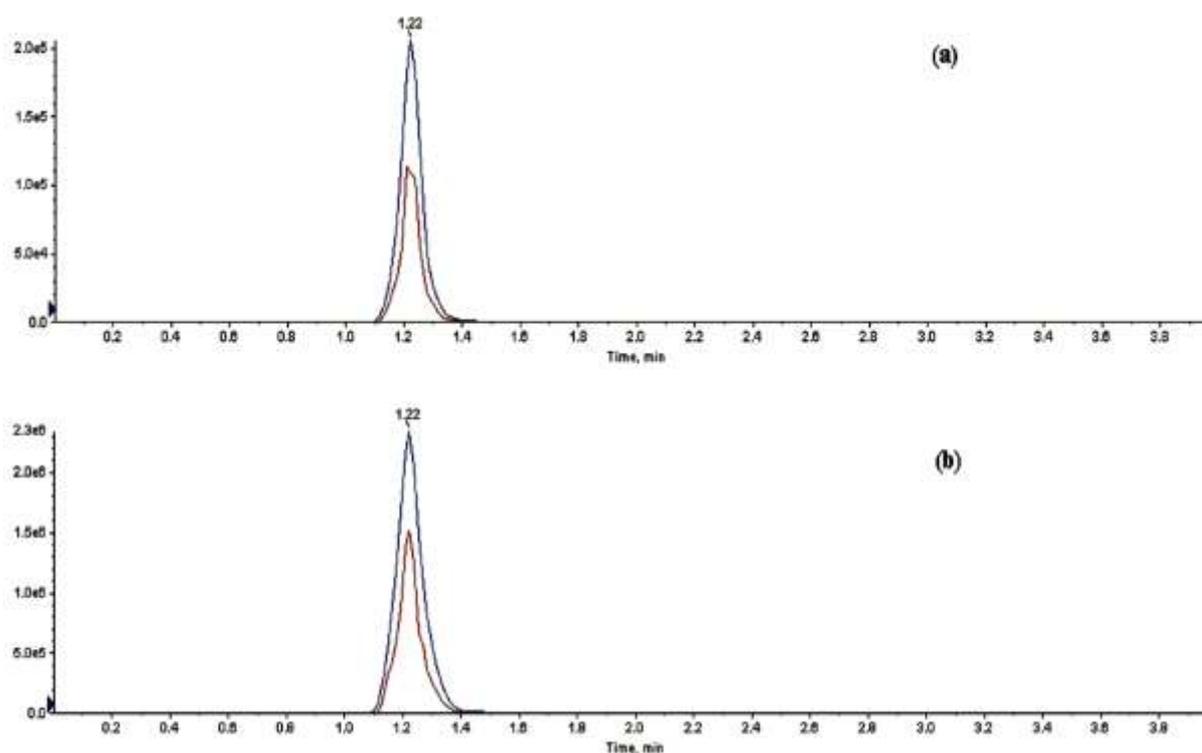


Figura 3. Cromatograma por LC/MS/MS indicando as transições do padrão e amostra de anfepramona.

Em pacientes que já estavam sendo tratados com benzodiazepínicos, uma interrupção abrupta leva a uma síndrome de abstinência em um tempo variável de um a oito dias, dependendo da meia-vida de eliminação, sendo que a retirada do medicamento em pacientes dependentes geram sintomas graves como agitação, inquietação, impaciência, ansiedade, dificuldade de concentração, distúrbios de memória, distúrbios no sono, anorexia, fono e fotofobia, alucinações, convulsões, ressecamento de mucosa oral, sudorese; náusea, tremores, cefaleia.⁹

Os dados laboratoriais não permitiram precisar em qual etapa do processo ocorreram as adulterações com amido nas amostras A, B, C e D, mas indicaram a ocorrência de irregularidade em algum momento da cadeia do medicamento, cabendo uma investigação sobre o caso. A VISA de Francisco Morato, diante dos resultados comprobatórios de adulteração, interditou todas as substâncias controladas do estabelecimento vistoriado e posteriormente impediu a farmácia de manipular tais substâncias. A Polícia Civil local foi comunicada oficialmente, e instaurou-se processo de investigação. Posteriormente foi lavrado um termo de apreensão de todas as substâncias controladas e enviadas para a Delegacia de Polícia de Francisco Morato para realizarem a incineração destas.

A atuação do profissional farmacêutico é crucial no sentido de zelar pela guarda dos produtos farmacêuticos como insumos de uso controlado, e evitar o acesso de pessoas não autorizadas a estes materiais, como parte dos procedimentos da garantia da qualidade a serem observados irrestritamente.

CONCLUSÃO

A suspeita de fraude em amostras de matérias-primas de uso controlado, coletadas em estabelecimento de Farmácia Magistral por Autoridade Sanitária do Estado de São Paulo, foi confirmada por meio de análise laboratorial expondo a necessidade de constante vigilância dos procedimentos, desde o fornecimento de matérias-primas para o segmento da manipulação, bem como na fiscalização do cumprimento das Boas Práticas de Manipulação pelas farmácias.

A RDC n°67/2007¹⁰ estabelece rigorosas diretrizes acerca das Boas Práticas de Manipulação para o setor de farmácias magistrais e é necessário que estas cumpram a legislação para a garantia da qualidade na produção de medicamentos manipulados. É imprescindível que os gestores e profissionais técnicos das áreas tenham compromisso ético com a saúde, considerando que cada profissional colabore com a sua parte para a promoção da Assistência Farmacêutica do país, vinculada ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

1. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. O X da manipulação: Regras para farmácias magistrais acendem discussão sobre segurança de medicamentos. [Acesso em 21 nov 2011] Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/56_05.pdf.
2. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Artigos, entrevistas e relatórios Fármacos manipulados tem sido consumidos cada vez mais. [acesso em 20 abr 2012]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/artigos/farmacos.htm>.
3. Marcatto AP, Lamim R, Block LC, Bresolin TMB. Análise de cápsulas de captopril manipuladas em Farmácias. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl. 2005;26(3): 221-5.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Resolução RDC nº 13, de 23 de março de 2010. Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS Nº 344, de 12 de maio de 1998 e dá outras providências. Diário Oficial da União. 30 mar. 2010; Seção 1 p.115-8.
5. United States Pharmacopeia. 31 ed. Rockville: United States Pharmacopeia I Convention; 2008.
6. Clarke's Isolation and Identification of Drugs in pharmaceuticals, body fluids and post-mortem material. 2ª ed. Londres: The Pharmaceutical Press; 1986.
7. Yano HM, Santos AP, Bugno A, Auricchio MT. Pesquisa de anorexígenos e benzodiazepínicos em formulações emagrecedoras e avaliação de rotulagem, em análises da Seção de Farmacognosia do Instituto Adolfo Lutz no período de junho de 2004 a março de 2007. Rev. Inst. Adolfo Lutz. 2008; 67(1):78-82.
8. Vieira JGH, Nakamura OH, Carvalho VM. Dosagem de cortisol e cortisona livres urinários empregando cromatografia líquida associada a espectrometria de massa em tandem (LC-MS/MS). Arq Bras Endocrinol Metab, 2005;49(2): 291-8.
9. Albertino S, Moreira Filho, PF. Benzodiazepínicos: atualidades. Rev. Bras. de Medicina Orl [periódico na internet]. [acesso em 20 nov 2011] Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1364&fase=imprime.
10. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada no 67, de 08 outubro 2007. Dispõe sobre boas práticas de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias. Diário Oficial da União [lei da internet]. [acesso em 14 abr 2011] Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php>.

Correspondência/correspondence to:
Helena Miyoco Yano
Av. Dr. Arnaldo, 355 - Cerqueira Cesar
CEP: 01246-902 - São Paulo/SP - Brasil
Tel: (11) 3068-2929
E-mail: heleyano@ial.sp.gov.br

Nesta edição: nº 13

Saúde em dados contextualização



Pesquisa de Satisfação dos Usuários – SUS/SP Resultados 2009/2010

Users' satisfaction survey – SUS/SP Results 2009/2010

Dalva Regina Massuia.¹ José Dínio Vaz Mendes.² Mônica Aparecida Marcondes Cecilio³

¹Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

²Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde da Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

³Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde da Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde – SUS/SP foi realizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) nos anos de 2008 a 2010, sendo que os resultados gerais para o ano de 2008 já foram apresentados em trabalho anterior (Massuia, Mendes e Cecilio, 2010).¹ No presente trabalho são apresentados os resultados obtidos pela Pesquisa nos anos de 2009 e 2010, comparando-os, sempre que possível, com o ano de 2008. Contudo, são apresentados também os resultados relativos às respostas dos usuários dos Ambulatórios Médicos de Especialidades – AMES em 2008, que não foram disponibilizados anteriormente.

Conforme já apontado no trabalho referente aos resultados de 2008, a Pesquisa de Satisfação tem como objetivo principal estabelecer um canal direto de comunicação com o usuário das unidades de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo. A Pesquisa encaminhou

cartas padrão aos usuários das unidades, cujos atendimentos foram registrados nos sistemas de informação hospitalar e ambulatorial do SUS/SP, nos períodos considerados.

As cartas continham informações sobre os procedimentos de saúde realizados e questões simples e padronizadas (múltipla escolha) que permitiam a confirmação dos pacientes quanto aos procedimentos recebidos, bem como a avaliação do serviço prestado pela unidade. As respostas dos pacientes podiam ser fornecidas por meio de “Cartão Resposta” (impresso), por telefone ou meio eletrônico, sem quaisquer custos para os usuários.

Por meio da Pesquisa, a SES-SP pretendeu obter informações úteis para conhecimento da satisfação dos usuários e da qualidade dos serviços de saúde do sistema, auxiliando no aperfeiçoamento da gestão pública da saúde e do atendimento prestado pelas unidades do SUS aos cidadãos.

MÉTODOS

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS/SP possui as seguintes características principais:

- Usuários escolhidos: são os pacientes atendidos em estabelecimentos, públicos ou privados, contratados e conveniados que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde SUS/SP, que foram registrados nos sistemas de informação oficiais, durante os períodos selecionados.
- Instrumento de pesquisa: carta/questionário com poucas questões simples, pontuais e padronizadas, contemplando diversas realidades da internação ou do procedimento pelo qual o usuário havia sido submetido, visando à facilidade da compreensão do paciente e favorecendo a possibilidade de resposta.
- Forma de resposta: os pacientes foram orientados a responder a pesquisa através de três meios de comunicação: cartão resposta, telefone (0800) e meio eletrônico (Website com formulário para respostas acessível no site da SES), todos sem qualquer custo aos pacientes. Para a pesquisa de Partos e de Psiquiatria em 2009, tendo em vista seu conteúdo, optou-se por não utilizar a resposta telefônica.
- As internações em geral;
- Os partos hospitalares;
- Os atendimentos ambulatoriais para realização de procedimentos de alto custo que necessitavam APACs, entre os quais quimioterapia, radioterapia, diálise peritoneal, hemodiálise, litotripsia extracorpórea, transplante de córnea e cateterismo cardíaco, entre outros;
- Os atendimentos ambulatoriais para fornecimento de medicamentos do componente especializado;
- As internações de psiquiatria (realizada apenas em 2009);
- Os atendimentos realizados nos Ambulatórios Médicos de Especialidades – AMES (pesquisa realizada com informações de 2008, cujos dados não estavam disponíveis quando da primeira publicação já mencionada, que abordou as outras modalidades de atendimento em 2008).

Para cada uma das modalidades de atendimento da pesquisa foram utilizados registros dos seguintes bancos de dados nos anos considerados (2009 e 2010):

- **Internações** – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).
- **Partos hospitalares** – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).
- **Atendimentos ambulatoriais para realização de procedimentos de alto custo** – Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

No presente trabalho são apresentadas as respostas das cartas encaminhadas para os usuários dos serviços atendidos nos anos de 2009 e 2010. A Pesquisa abordou modalidades de atendimento em saúde que continham registros de endereço do usuário presentes nos sistemas de informação do SUS/SP, condição fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, a saber:

- **Atendimentos ambulatoriais para fornecimento de medicamentos do componente especializado** – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)/Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).
- **Internações de psiquiatria** – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) – com dados de 2009.
- **Atendimentos em Ambulatórios Médicos de Especialidades** – utilizado o sistema de registro de pacientes existente nos AMES, com dados de 2008.

Embora os totais dos registros correspondentes aos períodos escolhidos tenham servido de base para a realização da pesquisa, ocorreram exclusões de parte dos registros para o efetivo encaminhamento das cartas, após análise preliminar, por motivos como endereço inválido, óbito do paciente ou internações de psiquiatria (para as quais se optou por fazer pesquisa específica em 2009).

Nas respostas para qualquer uma das modalidades de cartas, não há obrigatoriedade dos pacientes responderem todas as questões formuladas, razão pela qual o total de respostas para cada uma das questões específicas pode ser um pouco diferente.

RESULTADOS

Dimensão e Tipo das Respostas

No Quadro 1 se pode observar que o percentual de respostas obtidas nas diferentes modalidades da pesquisa, variou de 4,6% (partos em 2009) a 16,9% (medicamentos em 2010).

De forma geral, as respostas para as cartas encaminhadas para partos hospitalares apresentaram o menor percentual de respostas nos dois anos apresentados (4,6% e 5,4%) e este resultado é pouco maior que o obtido em 2008, no qual os partos também representaram o menor percentual de respostas (3,8%) entre todas as modalidades. As cartas para psiquiatria apresentaram o terceiro menor percentual de respostas (6,1%).

Quadro 1. Total de cartas enviadas e respondidas relativas à Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS/SP, para atendimentos nos Ambulatórios Médicos de Especialidades - AMEs (2008), internação em Psiquiatria (2009) e para internação, partos, procedimentos ambulatoriais e medicamentos do componente especializado (2009/2010).

Modalidade	Ano	Enviadas	Respondidas	%
AME	2008	95.577	10.197	10,7
Psiquiatria (AIH)	2009	32.156	1.976	6,1
Internações (AIH)	2009	608.197	75.125	12,4
	2010	943.255	88.742	9,4
Partos (AIH)	2009	181.950	8.431	4,6
	2010	221.663	11.919	5,4
Medicamentos (APAC)	2009	612.522	81.805	13,4
	2010	488.577	82.802	16,9
Procedimentos (APAC)	2009	231.841	21.964	9,5
	2010	148.471	20.980	14,1

Na média de todas as modalidades, tivemos 11,4% de respostas em 2009 e 11,3% em 2010, resultados bastante semelhantes aos obtidos em 2008, no qual a média geral para todas as modalidades foi de 11,8% de respostas.¹

Em números absolutos, o menor número de respostas foi para psiquiatria (1,9 mil respostas), seguido de partos (8,4 mil respostas em 2009). Todas as demais modalidades tiveram mais de 10 mil respostas, atingindo o máximo de 88,7 mil para as internações de 2010.

Com relação ao tipo de resposta pode-se observar no Quadro 2 que a maioria das respostas foi pela carta padrão, variando de 40,3% (partos) a 88,8% para psiquiatria (embora neste último caso, bem como para os partos em 2009, não tenha sido dada a opção de uso do telefone para respostas, tendo em vista a maior complexidade do questionário).

Na média de todas as modalidades, observa-se 56,2% de respostas por carta padrão em 2009 e 66,6% em 2010, resultados semelhantes ao encontrado na pesquisa de 2008, na qual 61% das respostas para todas as modalidades foram pela carta padrão.¹

Internação

Nos quadros que se seguem são apresentadas as respostas para as seis questões da carta encaminhada para os pacientes internados nos hospitais do SUS/SP (excluídas as internações psiquiátricas e por parto).

As duas primeiras questões não tratam da satisfação dos usuários e foram incluídas para verificar a correção das informações registradas pelos hospitais do SUS/SP e avaliar irregularidades, como cobranças indevidas (a cobrança de pagamento pela realização de atendimentos do SUS é proibida segundo as normas do sistema) e confirmação da internação ou de procedimentos realizados.

Internação: Questão 1. Confirmação sobre a internação

Resposta	2009	%	2010	%
Não estive internado	1.879	2,5	908	1,0
Estive internado, mas alguns dados estão incorretos	4.370	5,8	5.247	5,9
Estive internado e confirmo todos os dados	67.356	89,7	80.705	90,9
Não respondeu	1.520	2,0	1.882	2,1
Total	75.125	100,0	88.742	100,0

Em 2009 2,5% dos pacientes referiram não terem sido internados e 1,0% em 2010, valor abaixo do verificado em 2008 (2,1% dos

Quadro 2. Tipo de Resposta da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS/SP para atendimentos nos Ambulatórios Médicos de Especialidades - AMEs (2008), internação em Psiquiatria (2009) e para internação, partos, procedimentos ambulatoriais e medicamentos do componente especializado (2009/2010).

Modalidade	Ano	Carta Resposta	%	Internet	%	Telefone	%	Total	%
AME	2008	7.130	69,9	1.283	12,6	1.784	17,5	10.197	100,0
Psiquiatria (AIH)	2009	1.754	88,8	222	11,2			1.976	100,0
Internações (AIH)	2009	47.638	63,4	12.916	17,2	14.571	19,4	75.125	100,0
	2010	61.461	69,3	14.362	16,2	12.919	14,6	88.742	100,0
Partos (AIH)	2009	4.937	58,6	3.558	42,2			8.431	100,0
	2010	4.802	40,3	2.751	23,1	4.366	36,6	11.919	100,0
Medicamentos (APAC)	2009	40.280	49,2	20.653	25,2	20.872	25,5	81.805	100,0
	2010	55.640	67,2	17.037	20,6	10.125	12,2	82.802	100,0
Procedimentos (APAC)	2009	11.758	53,5	5.559	25,3	4.647	21,2	21.964	100,0
	2010	14.333	68,3	4.214	20,1	2.433	11,6	20.980	100,0

pacientes)¹.

Da mesma forma, 1,1% dos pacientes referiu alguma forma de pagamento pelo atendimento nos dois anos considerados, valor semelhante ao de 2008 (1,2%)¹.

Internação: Questão 2. Sobre pagamento de algum valor pelo atendimento

Resposta	2009	%	2010	%
Não	72.760	96,9	86.086	97,0
Sim, ao hospital	246	0,3	582	0,7
Sim, aos profissionais	363	0,5	210	0,2
Sim, aos hospitais e aos profissionais	188	0,3	158	0,2
Não respondeu	1.568	2,1	1.706	1,9
Total	75.125	100,0	88.742	100,0

A questão 3 visa principalmente conhecer a rapidez do acesso dos pacientes à internação no SUS/SP. Chama a atenção que nos dois anos considerados, a maioria dos pacientes conseguiu a internação em menos de 21 dias, 80,6% em 2009 e 78,3% em 2010, valores semelhantes àqueles obtidos em 2008 (85,5% dos casos conseguiram a internação em menos de 21 dias).¹

Internação: Questão 3. Tempo de demora para internação

Resposta	2009	%	2010	%
até 24 horas	44.399	59,1	47.492	53,5
de 2 a 4 dias	6.764	9,0	8.441	9,5
de 5 a 20 dias	9.428	12,5	13.591	15,3
de 21 dias a 6 meses	9.199	12,2	12.777	14,4
mais de 6 meses	2.466	3,3	3.609	4,1
Não respondeu	2.869	3,8	2.832	3,2
Total	75.125	100,0	88.742	100,0

A demora para internação ficou entre 21 dias a mais de 6 meses para 15,5% dos pacientes que responderam em 2009 e 18,5% em 2010. Em 2008 o valor para este tempo de espera foi de 14,5%¹.

A questão 4 avalia a satisfação dos usuários com a equipe médica e a equipe de enfermagem, separadamente. Estas questões se diferenciam da questão elaborada no ano de 2008, que incluía todos os profissionais (médicos e enfermeiras) em uma única questão.

Internação: Questão 4. A avaliação dos médicos do hospital

Resposta	2009	%	2010	%
Ótimo	52.306	69,6	64.503	72,7
Bom	16.032	21,3	17.587	19,8
Regular	3.214	4,3	3.255	3,7
Ruim	880	1,2	886	1,0
Péssimo	1.020	1,4	1.112	1,3
Não respondeu	1.673	2,2	1.399	1,6
Total	75.125	100,0	88.742	100,0

Internação: Questão 4. A avaliação da enfermagem do hospital

Resposta	2009	%	2010	%
Ótimo	47.211	62,8	57.568	64,9
Bom	19.366	25,8	21.393	24,1
Regular	4.570	6,1	4.878	5,5
Ruim	1.060	1,4	1.140	1,3
Péssimo	1.016	1,4	1.168	1,3
Não respondeu	1.902	2,5	2.595	2,9
Total	75.125	100,0	88.742	100,0

A avaliação dos profissionais pelos usuários foi bastante positiva, atingindo valores de 91% de ótimo/bom para os médicos em 2009 e 92,5% em 2010. A enfermagem atingiu valores de 88,6% de ótimo/bom em 2009 e 89% em 2010. Valores semelhantes ao de 2008, para todos os profissionais, no qual a categoria ótimo/bom atingiu 92%¹.

A questão 5 avalia do local da internação e a sinalização separadamente e substituíram uma questão única sobre o local de internação no questionário de 2008.

Internação: Questão 5. Avaliação do local da internação

Resposta	2009	%	2010	%
Ótimo	40.087	53,4	49.871	56,2
Bom	24.163	32,2	27.129	30,6
Regular	6.310	8,4	6.979	7,9
Ruim	1.535	2,0	1.676	1,9
Péssimo	1.101	1,5	1.245	1,4
Não respondeu	1.929	2,6	1.842	2,1
Total	75.125	100,0	88.742	100,0

Internação: Questão 5. Avaliação da sinalização para localização dos quartos

Resposta	2009	%	2010	%
Ótimo	37.285	49,6	45.417	51,2
Bom	27.470	36,6	30.822	34,7
Regular	5.672	7,6	6.374	7,2
Ruim	1.199	1,6	1.444	1,6
Péssimo	731	1,0	881	1,0
Não respondeu	2.768	3,7	3.804	4,3
Total	75.125	100	88742	100

A maioria das respostas registrou ótimo/bom para a estrutura do hospital (85,5% em 2009 e 86,8% em 2010). O mesmo pode ser dito da sinalização do hospital (86,2% em 2009 e 85,9% em 2010). Em 2008, na questão única sobre a avaliação do local de internação, 86,4% dos locais foram avaliados como excelentes ou bons¹.

A questão 6 foi criada a partir da pesquisa de 2009 e, portanto, não constou em 2008. Trata-se de avaliação das rotinas estabelecidas no hospital, referentes ao horário de visitas e da orientação recebida pelo paciente no momento da alta. A questão referente à orientação recebida apresentou formulação diferente entre os anos de 2009 e 2010, conforme pode ser observado nos quadros que se seguem.

Internação: Questão 6. Avaliação do horário de visitas

Resposta	2009	%	2010	%
Ótimo	41.068	54,7	51.409	57,9
Bom	24.584	32,7	27.723	31,2
Regular	5.057	6,7	5.171	5,8
Ruim	1.388	1,8	1.342	1,5
Péssimo	961	1,3	1.061	1,2
Não respondeu	2.067	2,8	2.036	2,3
Total	75.125	100,0	88.742	100,0

Internação: Questão 6 (versão 2009). Avaliação da orientação recebida

Resposta	2009	%
Não foram dadas	4.260	5,7
Foram dadas mas não entendi	4.319	5,7
Foram dadas e entendi	64.593	86,0
Não respondeu	1953	2,6
Total	75.125	100,0

Internação: Questão 6 (versão 2010). Avaliação da orientação recebida

Resposta	2010	%
Ótimo	56.666	63,9
Bom	21.756	24,5
Regular	5.120	5,8
Ruim	1.498	1,7
Péssimo	1.830	2,1
Não respondeu	1.872	2,1
Total	88.742	100,0

Com relação ao horário de visitas, a maioria das respostas o considerou ótimo/bom (87,4% em

2009 e 89,2% em 2010). A orientação aos pacientes foi considerada satisfatória em 86% das respostas de 2009 e ótima/boa por 88,4% das respostas de 2010.

Partos Hospitalares

Para os partos hospitalares foram encaminhadas 7 questões. As duas primeiras questões verificam a correção das informações registradas pelas maternidades do SUS/SP e avaliaram irregularidades, como cobranças indevidas e não confirmação da internação ou de procedimentos realizados, tal como foi relatado para o questionário sobre as internações.

Apenas 0,7% das respostas em 2009 e 1,1% em 2010 referiram que não houve internação para o parto. Em 2008 este valor foi de 1,0%¹. Mais de 90% confirmaram todos os dados, valor semelhante ao de 2008 (94,8%)¹.

Da mesma forma, poucas respostas apontaram a cobrança de algum valor, sendo 0,5% em 2009 e 1,5% em 2010. Em 2008, 0,6% das respostas indicaram a cobrança de valores¹.

Partos: Questão 1. Confirmação sobre a internação

Resposta	2009	%	2010	%
Não estive internado	62	0,7	129	1,1
Estive internado, mas alguns dados estão incorretos	344	4,1	929	7,8
Estive internado e confirmo todos os dados	8.011	94,5	10.785	90,5
Não respondeu	64	0,8	76	0,6
Total	8.481	100,0	11.919	100,0

Partos: Questão 2. Sobre pagamento de algum valor pelo atendimento

Resposta	2009	%	2010	%
Não	8.403	99,1	11.591	97,2
Sim, ao hospital	13	0,2	117	1,0
Sim, aos profissionais	23	0,3	31	0,3
Sim, aos hospitais e aos profissionais	4	0,0	23	0,2
Não respondeu	38	0,4	157	1,3
Total	8.481	100,0	11.919	100,0

A questão 3 solicitou avaliação dos profissionais que realizaram o atendimento. A avaliação de excelente/bom foi de 85,9% em 2009 e 84,1% em 2010. Em 2008 foram 87% avaliados como excelente/bom.¹

Partos: Questão 3. Avaliação dos profissionais

Resposta	2009	%	2010	%
Excelente	4.874	57,5	6.525	54,7
Boa	2.412	28,4	3.505	29,4
Regular	680	8,0	1.008	8,5
Ruim	185	2,2	323	2,7
Péssima	243	2,9	397	3,3
Não respondeu	87	1,0	161	1,4
Total	8.481	100,0	11.919	100,0

Partos: Questão 4. Avaliação do local de atendimento

Resposta	2009	%	2010	%
Excelente	3.780	44,6	5.252	44,1
Boa	3.376	39,8	4.705	39,5
Regular	915	10,8	1.202	10,1
Ruim	209	2,5	336	2,8
Péssima	162	1,9	247	2,1
Não respondeu	39	0,5	177	1,5
Total	8.481	100,0	11.919	100,0

Com relação ao local de atendimento (questão 4), a categoria excelente/bom recebeu 84,4% em 2009 e 83,5% em 2010. Em 2008 o resultado de excelente/bom foi de 85,5%.

As questões 5, 6 e 7 permitem a avaliação de condições de humanização do atendimento ao parto. A permissão de acompanhante foi confirmada em 47,7% das respostas de 2009 e 48,1% de 2010. São valores superiores aos 39,3% obtidos no questionário de 2008.

O alojamento conjunto (bebê no quarto da mãe) foi apontado em 83% das respostas em 2009 e 2010. Em 2008, o alojamento conjunto foi apontado em 82,2% das respostas.

Em relação ao alívio da dor, houve modificação da questão entre 2009 e 2010. Em 2009 não

havia opção de resposta para nenhum tipo de alívio de dor. Neste ano foram registrados 43,3% de anestesia nas costas (raqui ou peridural) e 14,1% de anestesia local, totalizando 57,4%. Em 2010 foram apontados 38,6% de anestesia nas costas e 11,0% de anestesia local, totalizando 49,6%. Estes resultados foram superiores aos apontados na pesquisa de 2008 (24,2% de anestesia nas costas e 18,6% de anestesia local, totalizando 42,8%).

Partos: Questão 5. Permissão para acompanhante

Resposta	2009	%	2010	%
Sim	4.044	47,7	5.732	48,1
Não	4.381	51,7	5.921	49,7
Não respondeu	56	0,7	266	2,2
Total	8.481	100,0	11.919	100,0

Partos: Questão 6. Alojamento conjunto (bebê no quarto)

Resposta	2009	%	2010	%
Sim	7.036	83,0	9.870	82,8
Não	707	8,3	966	8,1
Não porque precisou de UTI	658	7,8	869	7,3
Não respondeu	80	0,9	214	1,8
Total	8.481	100,0	11.919	100,0

Partos: Questão 7. Alívio da dor (versão 2009)

Resposta	2009	%
Banho morno massagem ou exercício	2.315	23,9
Remédio	1.823	18,8
Anestesia local	1.364	14,1
Anestesia (raqui ou peridural) nas costas	4.202	43,3
Total	9.704	100,0

Partos: Questão 7. Alívio da dor (versão 2010)

Resposta	2010	%
Banho morno massagem ou exercício	2.203	19,8
Remédio	1.050	9,4
Anestesia local	1.220	11,0
Anestesia (raqui ou peridural) nas costas	4.298	38,6
Nenhum	2.232	20,1
Não respondeu	125	1,1
Total	11.128	100,0

Atendimento ambulatorial para procedimentos de alto custo

As duas primeiras questões relativas aos procedimentos de alto custo são idênticas àquelas já apresentadas para internação e partos, servindo para verificar a correção do registro do procedimento e a cobrança de valores dos usuários.

Atend. amb./procedimentos: Questão 1. Confirmação sobre procedimentos

Resposta	2009	%	2010	%
Não foi realizado	643	2,9	541	2,6
Foi realizado, mas alguns dados estão incorretos	1.124	5,1	910	4,3
Foi realizado e confirmo todos os dados	19.875	90,5	19.144	91,2
Não respondeu	322	1,5	385	1,8
Total	21.964	100,0	20.980	100,0

Observa-se que 2,9% dos pacientes dizem que o procedimento não foi realizado em 2009 e 2,6% em 2010. Em 2008, 3,4% das respostas indicavam a não realização do procedimento.

Com relação ao pagamento pelo procedimento, foram registrados 4,8% de respostas positivas em 2009 (valor atípico para este quesito em todos os anos e modalidades de atendimento pesquisadas) e 1,1% em 2010. Em 2008 1% dos pacientes referiu alguma forma de pagamento.

Atend. amb./procedimentos: Questão 2. Pagamento pelo procedimento

Resposta	2009	%	2010	%
Não	20.102	91,5	20.273	96,6
Sim, ao estabelecimento	883	4,0	165	0,8
Sim, aos profissionais	138	0,6	33	0,2
Sim, ao estabelecimento e aos profissionais	51	0,2	28	0,1
Não respondeu	790	3,6	481	2,3
Total	21.964	100,0	20.980	100,0

A questão 3 mede o tempo de demora para a realização do procedimento. Para 66,5% dos pacientes que responderam em 2009 este tempo foi inferior a 21 dias e em 2010 foi de 66,7%. Em 2008, 63,8% referiram a realização do procedimento antes de 21 dias.

Atend. amb./procedimentos: Questão 3. Tempo de demora para procedimento

Resposta	2009	%	2010	%
até 24 horas	5.996	27,3	5.026	24,0
de 2 a 4 dias	3.391	15,4	3.156	15,0
de 5 a 20 dias	5.225	23,8	5.808	27,7
de 21 dias a 6 meses	5.308	24,2	4.503	21,5
mais de 6 meses	1062	4,8	894	4,3
Não respondeu	982	4,5	1593	7,6
Total	21.964	100,0	20.980	100,0

A questão 4 avalia a satisfação quanto ao local do atendimento. 84% dos pacientes consideraram a estrutura do local excelente/boa em 2009 e 90,9% em 2010. Em 2008, 93% das respostas avaliaram o local nas categorias de excelente/boa.¹

Atend. amb./procedimentos: Questão 4. Avaliação do local

Resposta	2009	%	2010	%
Excelente	13.722	62,5	12.236	58,3
Boa	4.723	21,5	6.828	32,5
Regular	1393	6,3	1119	5,3
Ruim	1000	4,6	170	0,8
Péssima	296	1,3	113	0,5
Não respondeu	830	3,8	514	2,4
Total	21.964	100,0	20.980	100,0

Atend. amb./procedimentos: Questão 5. Avaliação de médicos e enfermeiros

Resposta	2009	%	2010	%
Excelente	14.352	65,3	14.056	67,0
Boa	5.574	25,4	5.576	26,6
Regular	1.025	4,7	631	3,0
Ruim	145	0,7	92	0,4
Péssima	79	0,4	94	0,4
Não respondeu	789	3,6	531	2,5
Total	21.964	100,0	20.980	100,0

A questão 5 avalia a satisfação quanto aos médicos e enfermeiros do serviço. Em 2009, 90,7% classificaram a equipe na categoria boa/excelente e em 2010, foram 93,6%. Em 2008, 95% das respostas foram nas categorias boa/excelente.¹

Atendimento ambulatorial para fornecimento de medicamentos do Programa de Medicamentos do Componente Especializado

As duas primeiras questões são relativas à confirmação quanto à entrega do medicamento e a existência de cobrança de valores dos usuários.

Conforme pode ser observado abaixo, na questão 1 houve pequena modificação nos itens de resposta na pesquisa em 2009 e 2010. Entretanto, a declaração de não recebimento de medicamentos teve percentual bastante semelhante entre os dois anos: 2,4% em 2009 e 2,3% em 2010. São valores semelhantes à pesquisa de 2008, na qual 2,5% afirmaram não haver recebido nenhum medicamento.¹

Medicamentos: Questão 1. Confirmação sobre o recebimento – versão 2009

Resposta	2009	%
Não foram recebidos	1.988	2,4
Todos foram recebidos	73.884	90,3
Só recebi alguns	5.328	6,5
Não respondeu	605	0,7
Total	81.805	100,0

Medicamentos: Questão 1. Confirmação sobre o recebimento – versão 2010

Resposta	2010	%
Não foram recebidos	1.895	2,3
Foi recebido mas faltaram alguns medicamentos	8.483	10,2
Foi recebido, mas alguns dados estão incorretos	68.049	82,2
Foi recebido, e confirmo todos os dados	2.182	2,6
Não respondeu	2.194	2,6
Total	82.803	100,0

Da mesma forma, na questão 2, a grande maioria das respostas negou qualquer forma de cobrança pelos medicamentos: somente 1,1% dos pacientes referiram alguma forma de pagamento em 2009 e 2,3% em 2010. Em 2008, somente 1,2% haviam feito referência a pagamentos.¹

Medicamentos: Questão 2. Pagamento pelo medicamento

Resposta	2009	%	2010	%
Não	78.557	96,0	78.871	95,3
Sim, na entrega do medicamento na farmácia	912	1,1	1.921	2,3
Não Respondeu	2.336	2,9	2.011	2,4
Total	81.805	100,0	82.803	100,0

Com relação à demora no atendimento, foi perguntado na questão 3, o tempo decorrido para receber a medicação após entrega do pedido na farmácia. Parte dos pacientes informou ter sido atendido na mesma hora (52,5% em 2009 e 50,1% em 2010) e a maioria foi atendida em até 30 dias (88,7% em 2009 e 87% em 2010). Contudo, nos dois anos considerados, 7,5% dos pacientes receberam os medicamentos somente após 30 dias. Esta proporção foi um pouco menor que a da pesquisa de 2008, na qual 8,9% receberam após os 30 dias.¹

Medicamentos: Questão 3. Demora no recebimento do medicamento após entrega da receita

Resposta	2009	%	2010	%
Na mesma hora	42.924	52,5	41.505	50,1
Até 30 dias	29.630	36,2	30.493	36,8
Mais de 30 dias	6.249	7,6	6.233	7,5
Não Respondeu	3.002	3,7	4.572	5,5
Total	81.805	100,0	82.803	100,0

O tempo de espera no balcão da farmácia foi solicitado na questão 4. Neste caso nota-se uma progressão positiva: 67,3% dos pacientes receberam o medicamento em até 1 hora em 2009 e 75,1% em 2010. São valores melhores que aqueles obtidos em 2008, no qual apenas

62% receberam o medicamento em menos de 1 hora.¹

Medicamentos: Questão 4. Demora no balcão da farmácia

Resposta	2009	%	2010	%
Até meia hora	39.289	48,0	45.555	55,0
Até 1 hora	15.787	19,3	16.649	20,1
Até 2 horas	13.321	16,3	9.305	11,2
Mais de 3 horas	10.214	12,5	7.829	9,5
Não Respondeu	3.194	3,9	3.465	4,2
Total	81.805	100,0	82.803	100,0

Finalmente, na questão 5 foi solicitada a avaliação relativa aos funcionários da farmácia. A categoria boa/excelente foi escolhida por 87,5% em 2009 e 89,8% em 2010. São resultados semelhantes aos de 2008, no qual 87,7% foram avaliados como excelente/bom.

Medicamentos: Questão 5. Avaliação dos funcionários

Resposta	2009	%	2010	%
Excelente	39.063	47,8	41.140	49,7
Boa	32.486	39,7	33.183	40,1
Regular	6.438	7,9	5.632	6,8
Ruim	816	1,0	694	0,8
Péssima	593	0,7	628	0,8
Não Respondeu	2.409	2,9	1.526	1,8
Total	81.805	100,0	82.803	100,0

Internação em Psiquiatria (2009)

Tal como nos demais questionários já apresentados, a carta endereçada aos pacientes internados por causas psiquiátricas em 2009 abordou a confirmação da internação e a cobrança de valores por parte do serviço de saúde nas duas primeiras questões.

Apenas 1,9% dos pacientes psiquiátricos referiram que não foram internados e 1,3% apontaram alguma forma de pagamento. São proporções muito semelhantes àquelas verificadas nas internações em geral.

Psiquiatria: Questão 1. Confirmação da internação

Resposta	2009	%
Estive internado e confiro todos os dados	1.687	85,4
Estive internado, mas alguns dados estão incorretos	173	8,8
Não estive internado	37	1,9
Não respondeu	79	4,0
Total	1.976	100,0

Psiquiatria: Questão 2. Cobrança de valores pela internação

Resposta	2009	%
Não	1.901	96,2
Sim, ao hospital	11	0,6
Sim, aos profissionais	9	0,5
Sim, ao hospital e aos profissionais	3	0,2
Não respondeu	52	2,6
Total	1.976	100,0

A questão 3 tratava do tempo de demora entre o pedido de internação e sua efetivação. 92,1% das internações ocorreram em até 21 dias da solicitação, proporção superior àquela verificada para internações em geral.

Psiquiatria: Questão 3. Tempo para a internação

Resposta	2009	%
Até 24 horas	1.411	71,4
De 2 a 4 dias	260	13,2
De 5 a 20 dias	148	7,5
21 dias a 6 meses	57	2,9
Mais de 6 meses	17	0,9
Não respondeu	83	4,2
Total	1.976	100,0

Psiquiatria: Questão 4. Avaliação dos serviços hospitalares

Resposta	2009	%
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	761	38,5
Ambulatório	309	15,6
Unidade Básica de Saúde (UBS)	345	17,5
Outro serviço	205	10,4
Nenhum	231	11,7
Não respondeu	125	6,3
Total	1.976	100,0

A questão 4 solicita a avaliação dos serviços hospitalares (instalações físicas, banheiros, quartos, vestuário, limpeza, etc.): os resultados

apontam que 76,2% consideraram de qualidade boa/excelente estes serviços.

A questão 5 trata do tipo de profissional que atendeu aos pacientes durante a internação, visando saber se existe participação multiprofissional no atendimento (a resposta permitia a marcação de mais de um profissional). Nota-se que, apesar do predomínio dos médicos (27% de referências), todos os demais profissionais foram bastante citados.

Psiquiatria: Questão 5. Tipo de Profissionais que atenderam

Resposta	2009	%
Médico	1.789	27,0
Enfermeiro	1.697	25,6
Psicólogo	1.203	18,2
Assistente social	1.104	16,7
Terapeuta ocupacional	795	12,0
Não respondeu	40	0,6
Total	6.628	100,0

A questão 6 trata da avaliação geral do atendimento, salientando a educação, respeito e atenção por parte da equipe de profissionais. 82% das respostas caracterizaram a avaliação destes quesitos, como excelente/bom.

Psiquiatria: Questão 6. Avaliação do atendimento pelos profissionais

Resposta	2009	%
Excelente	895	45,3
Bom	725	36,7
Regular	168	8,5
Ruim	49	2,5
Péssimo	73	3,7
Não respondeu	66	3,3
Total	1.976	100,0

A questão 7 solicita o tempo da internação, no sentido de avaliar a política de internação breve em saúde mental. Observa-se que 87,7% dos pacientes ficaram internados por período inferior a 2 meses.

Psiquiatria: Questão 7. Tempo de duração da internação

Resposta	2009	%
Menos de 1 mês	1.206	61,0
De 1 a 2 meses	527	26,7
De 2 a 3 meses	85	4,3
Acima de 3 meses	83	4,2
Não respondeu	75	3,8
Total	1.976	100,0

A questão 8 solicita o tipo de unidade para o qual o paciente foi encaminhado após alta da internação, para continuidade do tratamento. 11,7% dos pacientes referiram não terem sido encaminhados para algum tipo de serviço ambulatorial. A maioria (38,5%) foi encaminhada para Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Psiquiatria: Questão 8. Tipo de Encaminhamento

Resposta	2009	%
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	761	38,5
Ambulatório	309	15,6
Unidade Básica de Saúde (UBS)	345	17,5
Outro serviço	205	10,4
Nenhum	231	11,7
Não respondeu	125	6,3
Total	1.976	100,0

Atendimento em Ambulatórios Médicos Especializados – AMEs (2008)

Nas duas primeiras questões, que abordaram a confirmação dos atendimentos e a cobrança de algum valor pelo atendimento, a pesquisa dos atendimentos nos AMEs realizada com os atendimentos de 2008, teve resultados semelhantes àqueles de todos os outros serviços de saúde. Observa-se que 3,5% dos pacientes referiram não ter realizado o atendimento e 0,5% referiram cobranças pelo atendimento.

Na questão 3 observa-se que 62,7% dos pacientes conseguem o atendimento no prazo

de menos de 30 dias da data em que foi solicitado.

AME: Questão 1. Confirmação do atendimento

Resposta	2008	%
Realizei e confirmo todos os dados	8.626	84,6
Realizei, mas alguns dados estão incorretos	706	6,9
Não realizei	353	3,5
Não respondeu	512	5,0
Total	10.197	100,0

AME: Questão 2. Cobrança de valores pelo atendimento

Resposta	2008	%
Não	9.773	95,8
Sim, ao AME	16	0,2
Sim, ao AME e aos profissionais	15	0,1
Sim, aos profissionais	22	0,2
Não respondeu	371	3,6
Total	10.197	100,0

AME: Questão 3. Tempo de demora do atendimento no AME

Resposta	2008	%
Menos de 15 dias	3.082	30,2
16 a 30 dias	3.315	32,5
31 a 60 dias	1.721	16,9
61 a 90 dias	743	7,3
Mais de 90 dias	938	9,2
Não respondeu	398	3,9
Total	10.197	100,0

A questão 4 busca saber do paciente se o problema foi resolvido no AME. A maioria dos pacientes (72,7%) refere que sim. Por outro lado a questão 5 solicitou o tempo de resolução do problema fora do AME, caso o mesmo não tenha sido resolvido internamente. Esta questão não foi respondida por um grande número de pacientes (56,9%), razão pela qual seus resultados ficam prejudicados.

A questão 6 trata da avaliação dos profissionais que realizaram o atendimento. 88,4% dos usuários avaliaram os profissionais na categoria bom/excelente.

AME: Questão 4. Resolução do Problema no AME

Resposta	2008	%
Sim	7.414	72,7
Não	2.284	22,4
Não respondeu	499	4,9
Total	10.197	100,0

AME: Questão 5. Tempo de Resolução do Problema fora do AME

Resposta	2008	%
Até 30 dias	1.319	12,9
31 a 60 dias	485	4,8
61 a 90 dias	224	2,2
Mais de 90 dias	289	2,8
Não foi resolvido até o momento	2.076	20,4
Não respondeu	5.804	56,9
Total	10.197	100,0

AME: Questão 6. Avaliação dos Profissionais

Resposta	2008	%
Excelente	5.767	56,6
Boa	3.246	31,8
Regular	694	6,8
Ruim	83	0,8
Péssima	95	0,9
Não respondeu	312	3,1
Total	10.197	100,0

A questão 7 solicita a avaliação do local do atendimento. 88,3% dos usuários consideraram o local como bom/excelente.

AME: Questão 7. Avaliação do Local

Resposta	2008	%
Excelente	5.386	52,8
Bom	3.613	35,4
Regular	747	7,3
Ruim	99	1,0
Péssimo	64	0,6
Não respondeu	288	2,8
Total	10.197	100,0

Discussão

A pesquisa de satisfação dos usuários se utiliza de estratégia de encaminhamento de cartas para avaliar a percepção da clientela

sobre as unidades de saúde e os procedimentos ali realizados, isto é, busca a percepção subjetiva dos pacientes quanto aos atendimentos recebidos. Seus resultados dependem de respostas voluntárias dos pacientes, que podem ser mais ou menos frequentes para cada serviço, não se constituindo de amostra estatisticamente significativa da clientela dos serviços. Portanto não se pode, a partir unicamente de seus resultados, realizar inferências sobre a qualidade do serviço de saúde prestado em cada uma das unidades de saúde do SUS/SP.

Entretanto, é de grande valor para os gestores de saúde, identificar as opiniões dos pacientes, suas percepções relativas às condições gerais da unidade e do atendimento, ainda que se considerem os limites deste tipo de instrumento de pesquisa.

Abrangendo todo o Estado de São Paulo, envolveu centenas de prestadores de serviços ao

Sistema Único de Saúde, de todas as naturezas (estadual, municipal, filantrópica e privada).

Algumas observações podem ser destacadas após três anos de pesquisa (2008, 2009 e 2010), principalmente em relação às quatro modalidades de atendimento que foram pesquisadas nos três períodos considerados – internação, parto hospitalar, medicamentos do componente especializado e procedimentos ambulatoriais.

Os percentuais de respostas dos usuários são semelhantes nos anos considerados: em geral maiores para os medicamentos e procedimentos ambulatoriais (com valores superiores a 10%, em alguns casos 16%), seguidos da internação (cerca de 10% de respostas) e menores para os partos hospitalares (cerca de 5%), embora com ligeiro aumento de respostas em cada ano para esta última modalidade (Gráfico 1).

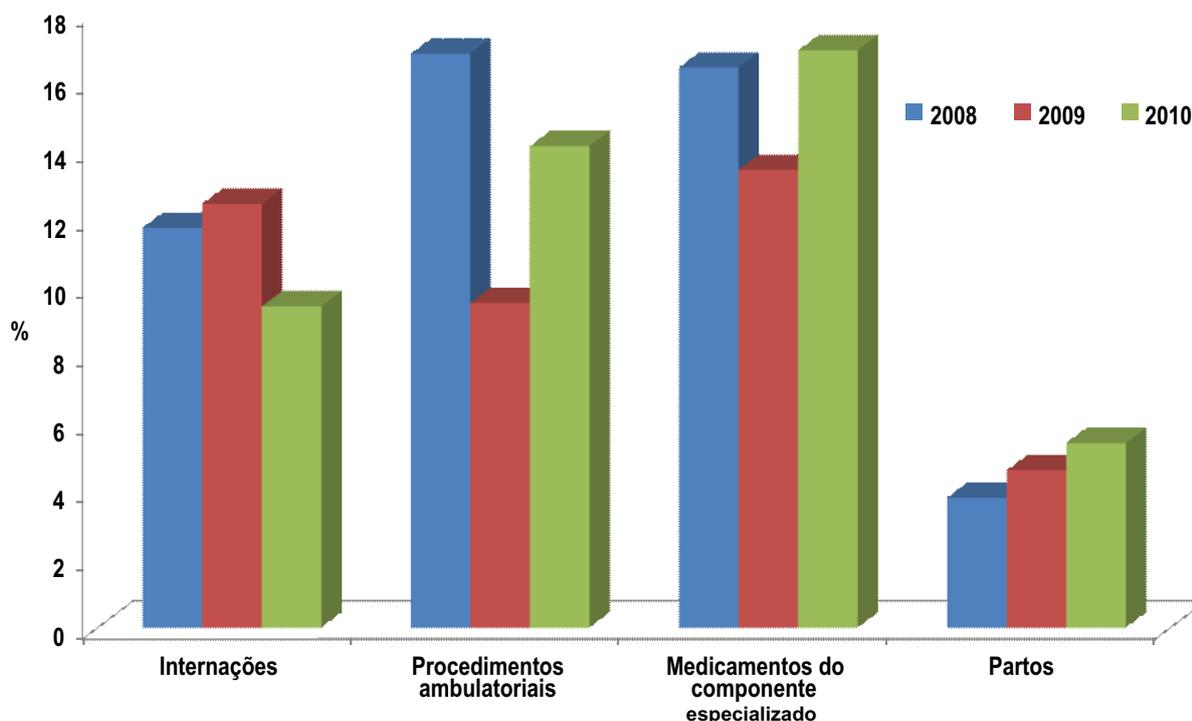


Gráfico 1. Percentual (%) de respostas à Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS/SP por modalidade de atendimento (2008 a 2010)

Em relação à confirmação dos registros realizados pelos serviços de saúde e também à cobrança de valores dos pacientes, nota-se grande regularidade nos três anos considerados: a não realização do procedimento foi apontada por cerca de apenas 1% dos pacientes (no caso dos partos) a 3% (no caso de procedimentos ambulatoriais). A cobrança de valores gira em torno de 1% em todas as modalidades (exceto para 2009, quando 4,8% relataram cobrança nos procedimentos ambulatoriais).

Pode-se afirmar que a ampla maioria dos serviços de saúde registra corretamente os atendimentos prestados aos usuários e poucos executam cobranças ilegais.

De qualquer forma, os casos de irregularidades apontados pelos usuários foram encaminhados para o Grupo Normativo de Auditoria e Controle de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo ou foram encaminhadas às equipes técnicas dos municípios respectivos (gestores municipais), para averiguação e possível punição, se forem confirmados como irregularidades. Até o momento desta publicação, no total das pesquisas de satisfação e somadas todas as modalidades, nos três anos considerados – 2008, 2009 e 2010, foram encaminhadas 18,5 mil irregularidades para auditoria. Deste total, já foram apurados 12,4 mil casos, dos quais 12,2 mil (98,1%) foram consideradas improcedentes e 1,9% (236) foram considerados procedentes e desencadearam as punições previstas (ressarcimento de valores, advertências, entre outros).

Com relação às improcedências, há que se observar que algumas das irregularidades apontadas decorreram de mal entendidos por parte de pacientes, como, por exemplo, a internação em hospital-dia, que pela rapidez

muitas vezes não era considerada internação pelo paciente. Em alguns casos não se tratava de cobrança indevida da internação e sim cobrança por outros serviços particulares prestados aos pacientes por ocasião da internação (como por exemplo, a realização de álbum de fotografia do recém-nascido no hospital).

Os dados sobre o tempo de espera também são regulares nos três anos considerados, com pequenas variações anuais. Cerca de 80% dos pacientes conseguiram a internação em menos de 21 dias e 70% tiveram os procedimentos ambulatoriais realizados no mesmo período. No Estado, cerca de 90% dos medicamentos são obtidos em menos de 30 dias. Estes fatos ilustram a ampliação da cobertura e do acesso dos pacientes ao SUS/SP. Mas é preciso que os resultados da pesquisa sejam analisados por regiões para orientar sobre as áreas e os procedimentos que necessitam de intervenção para reduzir o tempo de espera.

No que se refere à satisfação com os profissionais e o local de atendimento o grande percentual de avaliações positivas indicam que o paciente, uma vez atendido, fica bastante satisfeito. Cerca de 90% dos pacientes consideram a equipe (médicos e enfermagem) como bom/ótimo ou excelente em praticamente todas as modalidades de atendimento. Índices de 80% a 90% de bom/ótimo ou excelente também são apontados para as estruturas dos serviços.

Em relação às questões específicas, nota-se a ampliação dos procedimentos de anestesia local ou nas costas, no quesito do parto entre 2008 e 2010.

Nas questões específicas de psiquiatria, confirma-se a presença de equipe multiprofissional e a internação por período breve (a grande maioria em menos de 2 meses).

Tal como já havia sido feito em 2008, uma das utilizações dos resultados da pesquisa foi a classificação e a premiação dos hospitais com melhor avaliação pelos usuários, como reconhecimento público por parte do governo do Estado. Os hospitais e maternidades foram classificados segundo nota média obtida, calculada a partir das notas de todas as questões respondidas e também de uma nota referente à proporção de cartas não enviadas e devolvidas pelos Correios por problema de qualificação de endereço (neste último caso, com peso negativo sobre a média).

Para a premiação, visando garantir representatividade estatística, foi considerado um número mínimo de respostas por hospital ou maternidade, sendo 100 respostas para a categoria internação e 30 respostas para a categoria parto. Para a classificação geral foram incluídos todos os hospitais que obtiveram no mínimo 30 respostas dadas pelos usuários.

Desde a primeira pesquisa de 2008, a equipe da SES/SP enviou os resultados específicos para cada um dos serviços de saúde que participaram das pesquisas, inclusive com as informações sobre as falhas na informação do

cadastro dos usuários (endereço) para que seus processos de coleta de informações possam ser aperfeiçoados. Além disso, as informações das pesquisas também são encaminhadas para os coordenadores, diretores dos departamentos regionais de saúde e técnicos das áreas de planejamento e auditoria.

Tal como já ocorrera desde a primeira pesquisa em 2008, nos anos subsequentes, alguns usuários pesquisados encaminharam cartas efetuando solicitações e trazendo demandas as mais diversas (2.154 cartas no total dos anos), parte delas relacionadas à área da saúde e parte relativas a outros serviços públicos, que foram devidamente encaminhadas aos órgãos competentes.

As informações sobre a satisfação dos usuários compõem um dos aspectos fundamentais que devem ser levados em conta pelos gestores do SUS. O projeto de encaminhamento de cartas garante mais informações aos gestores e permite a participação ativa dos próprios usuários. O considerável interesse demonstrado pelos pacientes em responder aos questionários garantiu resultados de interesse para orientar as políticas públicas e aprimorar os atendimentos.

REFERÊNCIAS

1. Massuia DR, Mendes JDV, Cecilio MAM. Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS/SP. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo,

2010. 34 p. Disponível na Internet em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/revista_satisfacao_sus.pdf.

Correspondência/Correspondence to
Dalva Regina Massuia
Secretaria de Estado da Saúde.
Avenida Eneas Carvalho de Aguiar, 188
CEP: 05403-000 – Cerqueira Cesar, São Paulo, SP, Brasil
Fone: 55 11 3066-8660/8810
E-mail: dmassuia@saude.sp.gov.br

Notícia

II Conferência Internacional em Epidemiologia – II EPI CVE 2012 Vigilância Epidemiológica: das ações à pesquisa buscando evidências

*II International Conference on Epidemiology – II EPI CVE 2012
Epidemiologic Surveillance: from actions to research searching for evidence*

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



Vigilância Epidemiológica: das ações à pesquisa buscando evidências, é o tema da II Conferência Internacional de Epidemiologia a ser realizada de 12 a 14 de novembro, em São Paulo, Capital.

Organizado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o evento reunirá mais de dois mil profissionais de saúde pública e cientistas para um amplo debate de questões envolvidas em epidemiologia e ações de vigilância epidemiológica no cenário da contribuição de novas tecnologias e do conhecimento para responder mais oportunamente às doenças e agravos de interesse sanitário. Destaca, ainda, a importância da metodologia

científica como ferramenta para prevenção e controle de doenças.

O encontro contará com a colaboração de várias instituições nacionais e internacionais com especialistas na pesquisa com foco na vigilância de doenças de importância em saúde pública, emergentes e reemergentes; influenza H1N1, zoonoses, hepatites e outras doenças virais, doenças transmitidas por água e alimentos, vacinas, determinantes sociais e globais de risco para as doenças, epidemiologia molecular e novos modelos de vigilância epidemiológica, entre outros temas que exigem respostas oportunas e efetivas para os desafios atuais.

O programa inclui conferências e mesas redondas com especialistas convidados do Brasil e de outros países. Além disso, serão apresentadas, em painéis e pôsteres, as experiências exitosas em vigilância epidemiológica desenvolvidas pelas equipes locais, municipais e regionais e de outros estados.

Instituições convidadas: Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS/MS Fiocruz/MS Faculdade de Saúde Pública; Associação Brasileira de Saúde Coletiva/ABRASCO.

Universidade da Califórnia/Berkeley; Universidade de Harvard/Boston; Centers for Disease of Control and Prevention/Atlanta; London School of Hygiene and Tropical Medicine entre outras.

TEMAS

<ul style="list-style-type: none">• Epidemiologia molecular,• Evidências em epidemiologia• Vigilância e bioinformática – Mídia e Networks• Vigilância e o laboratório de saúde pública• Doenças emergentes e reemergentes• Sistemas de vigilância epidemiológica em saúde• Análise espacial em vigilância epidemiológica• Doenças respiratórias• Doenças relacionadas ao meio ambiente/ecologia zoonoses	<ul style="list-style-type: none">• Doenças transmitidas por água e alimentos• Investigação de surtos• Hanseníase• Tuberculose• Catástrofes/acidentes naturais• Doenças negligenciadas• Doenças crônicas não transmissíveis• Imunização• Erradicação de doenças e perspectivas futuras• Outros temas de importância em vigilância epidemiológica
--	---

Inscrições

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

[http://sistema.saude.sp.gov.br/sde/
evento-apresenta.php?evento_id=90](http://sistema.saude.sp.gov.br/sde/evento-apresenta.php?evento_id=90).

Correspondência/Correspondence to:
Centro de Vigilância Epidemiológica
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – sala 600
CEP : 01246-000
Tel. 55 11 3066-8868 – São Paulo/SP, Brasil
E-mail: dirve@saude.sp.gov.br

Instruções aos Autores

O **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista** é, desde 2004, 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, conseqüentemente, 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 ao atendimento das 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 do artigo, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos autores. Após receber os pareceres, os Editores, que detém a decisão final sobre a publicação ou não do trabalho, avaliam a aceitação do artigo sem modificações, a recusa ou a devolução ao autor com as sugestões apontadas pelo revisor.

Tipos de artigo

1. Artigos de pesquisa – Apresentam 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, de surtos e/ou vigilância. Esses artigos devem ser baseados em novos dados ou perspectivas relevantes para a saúde pública. Devem relatar os resultados a partir de uma perspectiva de saúde pública, podendo, ainda, ser replicados e/ou generalizados por todo o sistema (o que foi encontrado e o que a sua descoberta significa). No máximo, 6.000 palavras, 10 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos) e 40 referências bibliográficas. Resumo em Português e em Inglês (*Abstract*), com no máximo 250 palavras, e entre 3 e 6 palavras-chave (*key words*).

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: 6.000 palavras; Resumo (*Abstract*) de até 250 palavras; entre 3 e 6 palavras-chave (*key words*); sem limite de referências bibliográficas e 6 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, 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. No máximo 2.000 palavras; Resumo de até 150 palavras; entre 3 e 6 palavras-chave; 4 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, máximo de 5.000 palavras; 15 referências; e 4 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. No máximo 5.000 palavras; 6 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); e 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 3 e 6 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. No máximo 3.500 palavras; Resumo com até 250 palavras; entre 3 e 6 palavras-chave; 20 referências; e 6 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 8 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. Não mais do que 2.000 palavras; 10 referências (incluindo eventuais links para a íntegra do texto); e sem ilustrações. 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. 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.

15. Observação – Informes técnicos, 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

Ao trabalho deverá ser anexada uma carta de apresentação, assinada por todos os autores, dirigida a 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 do Brasil, 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

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.

Integra das instruções – Site:

http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa37_autor.htm.

