

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

BEPA



Boletim Epidemiológico Paulista

Volume 17 número 204 dezembro/2020

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 17 Nº 204

dezembro de 2020

Nesta edição

Saúde mental para profissionais da saúde do estado de São Paulo no contexto da pandemia COVID-19 <i>Mental health for health professionals in the state of São Paulo in the context of the COVID-19 pandemic</i>	1
Classificação epidemiológica dos municípios do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2019 <i>Epidemiological classification of the municipalities of the State of São Paulo according to the Visceral Leishmaniasis Control and Surveillance Program, 2019</i>	13
Reinfecção, recorrência ou re-deteção de COVID-19, dezembro 2020 <i>COVID-19 reinfection, recurrence or re-detection, December 2020</i>	35
A pandemia de COVID-19 na Região do Grande ABC: atualização com base no censo hospitalar <i>The COVID-19 pandemic in the Greater ABC Region: update based on the hospital census</i>	39
Novo Coronavírus (COVID-19) – Situação Epidemiológica em 22 de dezembro <i>New Coronavirus (COVID-19) - Epidemiological Situation on December</i>	47
Agradecimentos aos pareceristas <i>Acknowledgement to peer-reviewers</i>	50
Estudo da prevalência de depressão em pacientes com alterações neurocognitivas associadas ao HIV em centro de referência de São Paulo, Brasil <i>Study of the prevalence of depression in patients with neurocognitive disorders associated with HIV in a reference center in São Paulo, Brazil</i>	51
Instruções aos Autores <i>Author's Instructions</i>	53

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

Av. Dr Arnaldo, 351
1º andar – sala 124
CEP: 01246-000 – Pacaembu
São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8823/8824/8825
E-mail: bepa@saude.sp.gov.br
<http://www.ccd.saude.sp.gov.br>
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou fim comercial. Para republicação deste material, solicitar autorização dos editores.

Editor Geral: Regiane Cardoso de Paula

Editor Executivo: Clelia Aranda

Editores Associados:

Marcos Boulos – Sucen/SES-SP
Laura Nogueira da Cruz – IAL/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP
Luciana Hardt – IP/CCD/SES-SP
Alexandre Gonçalves – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP
Tatiana Lang D'Agostini – CVE/CCD/SES-SP

Comitê Editorial:

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

Coordenação Editorial:

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

Revisão:

Kátia Rocini

Projeto gráfico/editoração:

Marcos Rosado – CPDC/CCD/SES-SP

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

Consultores Científicos:

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

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo:

Lilian Nunes Schiavon
Eliete Candida de Lima Cortez

Centro de Documentação – CCD/SES-SP

CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial do Estado S/A (IMESP)

Disponível em:

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

Artigo especial

Saúde mental para profissionais da saúde do estado de São Paulo no contexto da pandemia COVID-19

Mental health for health professionals in the state of São Paulo in the context of the COVID-19 pandemic

Andrea Aldrighi^I, Denise Gonçalves Moura^{II}, Eliana Ribeiro^{III}, Emi Shimma^{IV}, Lúcia de Fátima Chibante Fortes^V, Luciana Dias S. Magalhães^{VI}, Rosane Maria Piovesan^{VII}, Rosângela Elias^V, Roseli Rodrigues Gomes dos Santos^{III}, Roxane Alencar Coutinho^V, Zeni Santos Silva^{VIII}

^IComplexo Hospitalar do Juquery; ^{II}Conjunto Hospitalar do Mandaqui; ^{III}Coordenadoria de Serviços de Saúde; ^{IV}Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde; ^VCoordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde; ^{VI}Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMT)/Hospital Infantil Darcy Vargas; ^{VII}Centro de Atenção Integral a Saúde “Cantídio Moura Campos”. Botucatu; ^{VIII}Coordenadoria de Recursos Humanos. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

APRESENTAÇÃO

A pandemia da COVID-19 surgiu na China no final de 2019, chegou ao Brasil em fevereiro de 2020, e desde então tem se espalhado pelo país de forma preocupante, provocando milhares de óbitos e produzindo grave impacto na saúde mental da população geral e, sobretudo dos profissionais da saúde.

Garantir a saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde é um fator crítico nas ações de preparação, resposta e recuperação da COVID-19.¹ Neste momento da pandemia, os trabalhadores da saúde são os recursos mais preciosos a serem preservados e a receber os suportes necessários durante e pós-pandemia.²

A partir de recomendações baseadas em diretrizes da Organização Mundial de Saúde,³ Inter-Agency Standing Committee⁴ e Cruz Vermelha Internacional,⁵⁻⁷ estabeleceu-se condutas para assistência de saúde mental aos profissionais em situação de sofrimento psíquico em decorrência da pandemia da COVID-19. Considerou-se importante padronizar os cuidados, procedimentos e o fluxo da assistência a ser ofertada aos

profissionais da saúde, para melhor atender às suas necessidades neste momento.

O contexto de pandemia da COVID-19 requer maior atenção ao trabalhador de saúde, pois estes encontram-se mais sujeitos a sofrimento psíquico, direta ou indiretamente. Observa-se nas instituições de saúde o aumento dos sintomas de ansiedade, estresse, depressão, maior consumo de drogas lícitas ou ilícitas, além do medo de se adoecer, vir a falecer ou transmitir a infecção aos membros da família.

Neste sentido, definiu-se o objetivo de ofertar cuidados psicológicos e atenção psicossocial aos profissionais da saúde das unidades vinculadas à Secretaria de Estado da Saúde e colaboradores (serviços terceirizados) que apresentem sofrimento psíquico em função da pandemia. Utilizou-se como estratégia os Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP), Ações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS), aliado ao Programa Hábitos Saudáveis (PHS) e às práticas integrativas e complementares (PICS), ações já existentes no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.

Gerenciar o estresse e bem-estar psicossocial dos profissionais da saúde, independentemente de seu local de trabalho, é fundamental para prevenir o estresse crônico e a Síndrome de Burnout. Assim como estratégias de cuidados em relação à depressão, ansiedade, dependência química, dentre outros. Esse cuidado é essencial para que eles consigam manter-se física e mentalmente saudáveis e tenham condições de exercer sua profissão com segurança, estabilidade e qualidade.

INTRODUÇÃO

Desde que foi identificado em Wuhan, China, em dezembro de 2019, o novo Coronavírus (SARS-Cov-2), causador da COVID-19, espalhou-se pelos principais centros urbanos do mundo. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi considerada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde. Foram notificados à OMS: 12.768.307 casos confirmados de COVID-19, com 566.654 mortes e 215.539 casos novos em 13/07/2020.⁸

No Brasil, o primeiro caso foi notificado em 26 de fevereiro, desde então vem se espalhando com velocidade alarmante e hoje encontra-se presente em todos os estados. Foram notificados 1.864.681 casos confirmados de COVID-19, e 72.100 óbitos em 12/07/2020.⁹

No estado de São Paulo, foram notificados 1.361.731 de casos confirmados de COVID-19 e 44.681 óbitos (17/12/2020¹⁰), e no município de São Paulo 456.572 casos confirmados de COVID-19 e 15.155 óbitos (17/12/2020¹¹).

Dados referentes aos profissionais lotados nas unidades da Secretaria de Estado da Saúde

de São Paulo corroboram a necessidade de cuidado psicossocial para com os servidores. Até o dia 23/06 foram notificados: 10.718 afastamentos por COVID-19, 7.258 profissionais retornaram ao trabalho após recuperação, 3.460 encontram-se em tratamento e 40 foram a óbito.

Durante a pandemia é natural que a população se encontre em estado de alerta, apresente sintomas de estresse e sensação de impotência frente às incertezas. Estima-se que entre um terço e metade da população exposta a uma epidemia pode vir a sofrer alguma manifestação psicopatológica, caso não seja feita nenhuma intervenção de cuidado específico em relação aos sintomas manifestados – estes em geral estão relacionados à magnitude da epidemia e o grau de vulnerabilidade em que a pessoa se encontra no momento.¹²

O resultado do estudo ConVid – Pesquisa de Comportamento, realizado pelo Instituto de Comunicação e Informação em Saúde (Icict) e da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) indica que o isolamento social resultante da pandemia do novo coronavírus afetou ou mudou a vida da população brasileira. O estudo foi realizado de 24 de abril a 8 de maio, com 44.062 participantes.¹³

Efeito no estado de saúde e acesso aos serviços de saúde. O estudo apontou que 29% da população entrevistada avalia piora de sua saúde durante a pandemia. Entre os indivíduos com diagnóstico de depressão, 47% avaliaram que a sua saúde piorou. O percentual de pessoas com risco de agravamento da COVID-19 por

ter uma doença crônica (diabetes, hipertensão, asma/doença do pulmão, doença do coração) é de 34%, alcançando 59% entre os idosos. Entre as pessoas com problema crônico de coluna, 50% relataram aumento da dor e 40% que não tinha problemas, passou a sentir dores na coluna devido às mudanças nas atividades habituais.

Durante a pandemia da COVID-19, 22% dos participantes do estudo procuraram atendimento de saúde com um médico, dentista ou outro profissional de saúde. Desses, 86% conseguiram atendimento. As maiores dificuldades relacionadas aos cuidados à saúde foram marcação de consulta (19%), cancelamento de consulta (15%) e realização de exames solicitados (12%).

Estado de ânimo. No período da pandemia, grande parte da população apresentou alterações no estado de ânimo: 40% se sentiram tristes/deprimidos e 54% se sentiram ansiosos/nervosos frequentemente. Entre os adultos jovens (18-29 anos), os percentuais alcançaram 54% e 70%, respectivamente. O percentual de mulheres que se sentiu triste/deprimida frequentemente durante a pandemia foi de 50%, já entre os homens, a taxa foi de 30%. Observou-se que 60% das mulheres se sentiu ansiosa/nervosa, em comparação com 43% entre os homens. Quanto à qualidade do sono, 29% dos participantes da pesquisa relataram que passaram a ter problemas no sono, 16% relataram piora nos problemas no sono durante a pandemia.

Hábito de fumar. No total na população entrevistada, 12% são fumantes. Entre os fumantes, quase 23% aumentaram cerca de dez cigarros por dia e 5% aumentaram mais de 20 cigarros por dia. Entre as mulheres, o

percentual de aumento de cerca de dez cigarros por dia (29%) foi maior que o de percentual entre os homens (17%). Já entre os indivíduos de menor escolaridade, 25% aumentaram cerca de dez cigarros por dia e 10% mais de 20 cigarros por dia.

Atividade física. No total da população entrevistada, 62% não estão fazendo atividade física. Entre as pessoas que faziam atividade física de três a quatro dias por semana, 46% deixaram de fazer; e entre as que realizavam cinco dias ou mais por semana, 33% deixaram de fazer atividade física durante a pandemia. Antes da pandemia, 30% faziam atividade física por mais de 150 minutos (tempo recomendado pela OMS). Durante a pandemia, o percentual passou a ser de apenas 13%.

Sedentarismo. Durante a pandemia, o tempo médio assistindo televisão foi de cerca de três horas, representando um aumento de uma hora e 20 minutos em relação ao tempo médio antes da epidemia. Durante a pandemia, 22,5% relataram o uso de tablet/computador por nove horas ou mais. O tempo médio de uso dessas tecnologias foi de mais de cinco horas, representando um aumento de uma hora e meia em relação antes da pandemia; e de sete horas e 15 minutos entre os adultos jovens (18-29 anos), representando um aumento de quase três horas no tempo de uso.

Alimentação. O consumo de alimentos saudáveis diminuiu durante a pandemia. A maior redução ocorreu no consumo de verduras/legumes em cinco dias ou mais por semana, passando de 37% para 33%. Durante a pandemia, o consumo de frutas, legumes e verduras em cinco dias ou mais por semana foi de apenas 13% entre os adultos jovens (18-29 anos); e na população de baixa renda,

de 16%. Por outro lado, observou-se aumento de consumo de alimentos não saudáveis em dois dias ou mais por semana. Houve aumento de 5% no consumo de embutidos e hambúrgueres; 4% em itens congelados; e 6% em chocolates e doces. Quase metade das mulheres entrevistadas está consumindo chocolates e doces em dois dias ou mais por semana durante a pandemia, representando um aumento de 7% em relação ao consumo anterior a Covid-19. Entre os adultos jovens (18-29 anos), 63% está consumindo chocolates e doces em dois dias ou mais por semana.

Bebida alcoólica. Entre os entrevistados, 18% relataram aumento no uso de bebidas alcoólicas durante a pandemia, sendo similar para homens e mulheres. O maior aumento (26%) no uso de bebidas alcoólicas ocorreu entre as pessoas de 30 a 39 anos de idade, e o menor (11%) entre os idosos. O aumento do consumo de álcool foi associado ao sentimento de tristeza e depressão durante o isolamento social.

Ao contrário da população geral, que pode manter-se em isolamento doméstico, a atuação dos profissionais da saúde é fundamental para atendimento às pessoas acometidas pela pandemia. O profissional da saúde vem enfrentando várias situações de estresse que podem impactar negativamente em sua saúde mental: desde os riscos de infecção durante o traslado de casa para o trabalho, decisões muitas vezes difíceis na triagem dos pacientes e escolhas terapêuticas, o luto derivado da morte de pacientes e colegas, além do receio diante da possibilidade do próprio adoecimento e transmissão da doença a familiares.¹⁴ Observa-se o impacto da pandemia nos profissionais da saúde, sejam aqueles que estão na linha de frente na luta contra o vírus, como médicos

e equipe de enfermagem, assim como os que atuam em outras áreas assistenciais ou mesmo administrativas das instituições de saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) não existe definição “oficial” de saúde mental. Este termo é utilizado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica.¹⁵

No contexto da COVID-19 é natural que os profissionais da saúde vivenciem algum grau de sofrimento psíquico. Nem todos irão adoecer psicologicamente. Entretanto, é importante estar atento ao grau de estresse (leve, moderado, grave), observar se o mesmo está prejudicando seu trabalho ou qualidade de vida. Caso positivo, pode-se recorrer a intervenções que auxiliem o profissional a elaborar a situação, com menos danos à sua saúde física e mental.¹⁶

A maioria das pessoas recupera-se de uma experiência considerada traumática sem apresentar sintomas psicopatológicos, porém é preciso reconhecer quais são as reações esperadas, os sinais de alerta e a frequência que estes surgem, para que identificar o momento de ofertar auxílio profissional.¹⁴⁻¹⁶

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A situação de pandemia tem desencadeado quadros de estresse e agravado transtornos preexistentes na população geral.¹⁷ No contexto em que estamos vivendo, permeada por incerteza e medo, é natural o surgimento de ansiedade, medo e perturbações comportamentais.

Devora Kestel, diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde (OMS), afirmou com base em relatório da ONU que profissionais da saúde e mulheres estão manifestando “alto grau de sofrimento psicológico relacionado à COVID-19”. O relatório indica que muitas pessoas que antes lidavam bem com estresse, agora estão enfrentando dificuldades para manter um equilíbrio mental. Além disso, quem já sofria com depressão e ansiedade anteriormente está observando um “agravamento em suas condições”.¹⁸

Os sintomas psíquicos referidos com maior frequência por profissionais da saúde têm sido sintomas de estresse agudo, ansiedade, angústia e depressão – desencadeados ou potencializados frente à ameaça de infecção e morte pela COVID-19. O risco de surgimento destes sintomas varia conforme características individuais e seus fatores de vulnerabilidade.¹⁴⁻¹⁷ Outros quadros podem surgir ao longo do tempo: depressão, transtornos de adaptação, manifestações de estresse pós-traumático, abuso do álcool ou outras substâncias que causam dependência e transtornos psicossomáticos.¹²

Em termos gerais, profissionais da saúde em situação de estresse podem apresentar sintomas que abrangem as cinco grandes dimensões que compõem o ser humano: [1] Intelectual: confusão, desorganização, falta de atenção, intelectualização, desorientação, negação; [2] Emocional: choque, entorpecimento, raiva, culpa, depressão, irritabilidade, solidão, descrença, tristeza, negação, ansiedade, confusão, medo; [3] Física: alterações no apetite e no sono, visão embaçada, inquietação, dispneia, palpitações

cardíacas, exaustão, boca seca, perda do interesse sexual, dor de cabeça, mudanças no funcionamento gastrointestinal, tremores, queda de cabelos, choro; [4] Espiritual: sonhos, perda ou aumento da fé, questionamentos em relação a Deus e a valores em geral; [5] Social: isolamento, falta de interação, perda da identidade, afastamento das funções sociais.¹⁹

Entre os medos mais frequentes estão: adoecer e morrer, perder as pessoas amadas, perder os meios de subsistência, ser excluído socialmente por estar associado à doença, ser separado de entes queridos devido ao regime de quarentena, transmitir o vírus a outras pessoas. E entre as reações comportamentais mais comuns estão: alterações do apetite (falta ou excesso), alterações do sono (insônia, sono em excesso, pesadelos recorrentes), conflitos interpessoais (família, equipe de trabalho), pensamentos recorrentes sobre a epidemia, saúde da família, sobre a morte e o morrer.¹²

É importante ressaltar que estes sintomas, em alguma medida, são esperados. É preciso, entretanto, estar atento à frequência, persistência e intensidade em que se apresentam no cotidiano do profissional, e sua interferência na execução de tarefas diárias e qualidade de vida.¹⁴ Alguns sinais de alerta, que indicam que a pessoa necessita de suporte especializado: sintomas persistentes, sofrimento intenso, complicações associadas (ex: conduta suicida, risco de suicídio), comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano, dificuldades profundas na vida familiar, social ou no trabalho, problemas coexistentes como alcoolismo e outras dependências, depressão maior, psicose e transtorno por estresse pós-traumático. Tristeza prolongada, medo generalizado e ansiedade expressos

corporalmente (somatização) podem vir a desencadear uma patologia a médio ou longo prazos e, portanto, demandam atenção e cuidado.¹²

Em meio à pandemia, os profissionais de saúde estão sujeitos ainda a fadiga por compaixão, a burnout por sobrecarga de trabalho e a vivências de luto – em caso de óbito de familiares, amigos e colegas por COVID-19. Portanto, esta categoria demanda maior cuidado em relação a sua saúde mental e emocional.

POPULAÇÃO-ALVO

Profissionais das Unidades de Saúde vinculadas à Secretaria de Estado da Saúde e colaboradores destas instituições (pessoal de serviços terceirizados) que apresentem sofrimento psíquico, inclusive aqueles que já tiveram infecção por COVID-19 e demandam suporte psicológico.

OBJETIVOS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Melhorar qualidade de vida dos profissionais de saúde;
- Apoiar ações de promoção de saúde mental e prevenção de agravos psicológicos;
- Proporcionar apoio psicológico e psicossocial aos profissionais de saúde;
- Reduzir estresse agudo;
- Trabalhar o luto das equipes.

METODOLOGIA

A equipe gestora desta proposta estabeleceu articulação com instituições e profissionais com experiência em situações de emergência, desastres e pandemias visando a incorporação de técnicas e metodologias para enfrentamento

à COVID – 19. Em junho/2020 teve início o processo de validação com profissionais das Coordenadorias que apoiaram e implantaram o Programa Hábitos Saudáveis (PHS) nas Unidades.

Em setembro iniciou-se a primeira rodada de reuniões com as 38 Unidades que implantaram o Programa Hábitos Saudáveis para levantamento de ações em saúde mental e atenção psicossocial já realizadas nesses locais desde o início da pandemia da COVID-19. Durante as reuniões foi possível identificar as necessidades em saúde mental das equipes nas Unidades participantes, assim como a demanda de instrumentos e ferramentas tecnológicas.

A cada nova rodada de reuniões com os grupos são realizados: alinhamento de estratégias e cuidados em saúde mental, contextualização e articulação com rede de apoio e sistematização de fluxos para encaminhamento e acompanhamento em serviços especializados. É importante ressaltar que esta programação conta com a articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Serviços Especializados e Instituições de Ensino.

A Metodologia de Implantação da Atenção em Saúde Mental aos profissionais de saúde inclui:

I – Reuniões Regionais com Grupos de Unidades que implantaram o Programa Hábitos Saudáveis – PHS, incluindo levantamentos das necessidades de apoio técnico para as equipes.

II – Instrumentalização das equipes com conhecimentos técnicos de abordagens em Saúde Mental e Atenção Psicossocial com

suporte de especialistas (Primeiros Cuidados Psicológicos – PCP, Ações de Saúde Mental e Psicossocial – SMAPS) e Programa Hábitos Saudáveis – PHS.

III – Estabelecimento de parcerias com instituições de ensino, em contrapartida aos campos de estágio e outros serviços públicos e privados para potencializar a rede de apoio psicológico e psicossocial.

IV – Reuniões com a alta direção de cada Unidade da SES (Diretores de Unidade, Recursos Humanos, de Enfermagem, Médica e de Apoio Técnico), para apresentação das ações.

V – Implantação das práticas integrativas e complementares nas Unidades.

VI – Incorporação das demais Unidades da Secretaria de Estado da Saúde.

Ações de apoio em saúde mental vêm sendo implantadas e implementadas em diversas Unidades. Propõem acolhimento, escuta qualificada, práticas integrativas, de forma a atender as demandas inerentes a cada Unidade, por meio de encontros regionais, preferencialmente on-line.

As reuniões com as Unidades são espaços significativos de troca de experiências em saúde mental entre os Serviços de Saúde, além de identificação de estratégias de fortalecimento e apoio institucional entre as Unidades e entre Unidades e demais parceiros.

No atual contexto, compor as metodologias PCP, SMAPS e PHS evidencia significativa estratégia para o fortalecimento das equipes de saúde no enfrentamento à pandemia.

- Primeiros Cuidados Psicológicos – PCP
- Ações de Saúde Mental e Psicossocial - SMAPS

- Programa Hábitos Saudáveis – PHS

OS PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS (PCP) e AÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSICOSSOCIAL (SMAPS)

Endossado por muitas agências internacionais, o Guia Primeiros Cuidados Psicológicos reflete a ciência emergente e o consenso internacional sobre como oferecer apoio psicológico às pessoas logo após terem vivenciado eventos de extremo estresse.²⁰

Denomina-se Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP), do inglês “Psychological FirstAid”, o método utilizado por organizações internacionais como a Cruz Vermelha, para auxiliar pessoas em situação de perigo, para que elas se sintam calmas e apoiadas para lidar melhor com seus desafios, gerenciar sua situação e tomar decisões coerentes. A base dos PCP é cuidar da pessoa em situação de perigo por meio da empatia. Envolve prestar atenção às reações, ouvir ativamente e, se necessário, prestar assistência prática, com a orientação de solucionar problemas, ajudar a suprir as necessidades básicas ou consultar outras opções de assistência.⁵

A composição do termo “Saúde Mental e Apoio Psicossocial” (SMAPS) é utilizada pelas Diretrizes do Comitê Permanente Interagências (IASC, na sigla em inglês) sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, para descrever ‘todo tipo de apoio local ou externo cujo objetivo seja proteger ou promover o bem-estar psicossocial e/ou prevenir ou tratar condições de saúde mental. O sistema humanitário global usa o termo SMAPS para unir uma ampla gama de atores que atuam

em emergências como o surto da COVID-19, incluindo aqueles que adotam abordagens biológicas e abordagens socioculturais na saúde, assistência social, educação e ambientes comunitários, bem como “salientar a necessidade de abordagens diversas e complementares no fornecimento de apoio adequado de segurança, tranquilidade e esperança”.⁵

Consideramos que esta abordagem, que inclui ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS), é apropriada e pode ser de extrema importância, num primeiro momento, na assistência aos profissionais de saúde em tempos de pandemia. Esta estratégia tem a grande vantagem de poder ser ofertada por equipe multiprofissional, e tem como base a escuta cuidadosa e qualificada, capacidade de acolhimento, avaliação da situação e encaminhamento de casos mais graves a especialistas (psicólogo, psiquiatra, médicos). No plano de contingência é importante definir as ações (curto, médio e longo prazos) e os objetivos que se pretende atingir.²⁰

Quanto mais rápida, precoce e eficiente forem as ações SMAPS, menor será o impacto psicopatológico a médio e longo prazos. Os métodos de trabalho devem ser ágeis, simples, concretos e adaptáveis às características étnicas e culturais.²¹

PROGRAMA HÁBITOS SAUDÁVEIS (PHS)

O PHS foi elaborado em 2013 por profissionais da assistência, gestão e Instituição de Ensino. Em 2014/2015 o Programa foi implantado em 38 unidades da SES/SP. Contando com gestão compartilhada da Coordenadoria de Recursos Humanos,

Coordenadoria de Serviços de Saúde e Coordenadoria de Regiões de Saúde.

O Programa Hábitos Saudáveis tem como objetivo apoiar o processo de autocuidado por meio de ações de incentivo ao estilo de vida saudável. Embasado no Princípio da Autonomia, Empoderamento, Plano de Autocuidados, Postura Participativa, Ações no ambiente de trabalho e rede social e Estratégias pautadas na realidade dos profissionais. Contempla os seguintes eixos: Aspectos Emocionais, Clínicos, Alimentação Saudável, Atividade Física, Práticas Integrativas, Cultura e Arte.

Com a implantação do Programa foi possível observar resultados significativos de melhoria da qualidade de vida dos profissionais e nos processos de trabalho. Em 2019 a Coordenadoria de Serviços de Saúde evidenciou, dentre os resultados, redução da taxa de absenteísmo nas Unidades que implantaram o Programa.

Desta forma, com a composição das metodologias, serão estabelecidos níveis de cuidados do cuidador e planos de estratégias de cuidados contínuos visando a Saúde Física e Emocional. Haverá alinhamento de estratégias e ações de Saúde Emocional voltadas às equipes, como:

- Rotina de acolhimento;
- Canais de comunicação virtuais para cuidar das equipes;
- Canais Diálogo entre as equipes;
- Espaços de escuta e valorização;
- Canais para estimular estratégias de enfrentamento.

Serão realizados atendimentos pelas equipes das Unidades contando com profissionais do PHS contemplando os Primeiros Cuidados Psicológicos e abordagem SMAPS. A referida equipe fará a gestão dos encaminhamentos para atendimento especializado em Saúde Mental, constituindo assim uma Rede de Cuidados articulada de acordo com critérios regionais, levando em consideração o contexto de cada Unidade de Saúde.

Os atendimentos psicológicos serão on-line, por telefone e, se necessário, presencial com as normativas de segurança resguardadas.

Os atendimentos on-line deverão ocorrer de acordo com a resolução do Conselho Federal de Psicologia CFP nº 4, de 26 de março de 2020, que dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia da COVID-19 – Conselho Federal de Psicologia.

Para capacitação e apoio técnico foram estabelecidas articulações com Fiocruz Brasília, Programa Autoestima da Secretaria de Estado da Saúde-SP, especialistas e Centros de Referência.

As equipes das Unidades evidenciaram necessidade de apoio técnico em dependência química, desta forma, foi estabelecida parceria com Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD (CSS-SES/SP), o trabalho ocorre desde setembro/2020.

A referida construção de Atenção em Saúde Mental para Profissionais da Saúde do Estado de São Paulo, no contexto da pandemia COVID-19, conta com a gestão da Área de Saúde Mental da Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD.

Relação de Unidades de Saúde para as quais as ações foram apresentadas durante o mês de setembro. Na ocasião, foram discutidas as ações já existentes nas unidades e a melhor forma de implementar assistência ampliada em Saúde Mental e Apoio Técnico.

Grupo 01

- Centro de Referência da Saúde da Mulher
- Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
- Instituto Clemente Ferreira
- Instituto Adolfo Lutz
- Instituto de Infectologia “Emílio Ribas”
- Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental da Água Funda – “Dr. David Capistrano da Costa Filho”
- Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Grupo 02

- Centro de Referência do Álcool Tabaco e Outras Drogas – CRATOD
- Conjunto Hospitalar do Mandaqui
- Hospital Geral de Taipas
- Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha
- NGA 63 – Várzea do Carmo
- Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental – “Philippe Pinel”

Grupo 03

- Hospital Infantil “Candido Fontoura”
- Hospital Geral de Guaianazes
- Hospital Geral de São Mateus
- Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos
- Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes”
- UGA IV – Hospital Maternidade “Leonor Mendes de Barros”
- Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos
- Complexo Hospitalar do Juquery
- Centro Especializado em Reabilitação – “Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti”
- DRS – Sorocaba
- Hospital Estadual Especializado em Reabilitação Dr. Francisco Ribeiro Arantes – Itu
- Hospital “Cantídio Moura Campos” – Botucatu

Grupo 04

- Hospital Regional Sul
- Hospital e Maternidade Interlagos
- UGA II – Hospital Ipiranga
- UGA III – Hospital Infantil Darcy Vargas
- Centro Pioneiro em Atenção Psicossocial “Arquiteto Januário José Ezemplari”

Grupo 05

- DRS – Santos
- Hospital “Guilherme Álvaro”, Santos

Grupo 06

- Hospital Regional de Assis
- DRS – Marília
- Hospital “Nestor Goulart Reis” – Américo Brasiliense
- DRS – Barretos
- Hospital de Santa Tereza – Ribeirão Preto
- Centro de Atenção Integrada a Saúde de Santa Rita
- Hospital Estadual “Dr. Oswaldo Brandi Faria” de Mirandópolis

Apoio Técnico realizado até o momento

- Centro de Referência do Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD
- Ana Lúcia Karasin
- Marcelo Ribeiro de Araújo
- Raquel Cleide da Mota Carvalho
- Rosana C. Frajzinger
- Sandra Silva Marques

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Policy Brief: COVID-19 And The Need For Action On Mental Health. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-servicos-de-saude-mental-devem-ser-parte-essencial-de-respostas-ao-coronavirus/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Brasília, abr. 2020.
3. Organização Mundial Da Saúde; War Trauma Foundation; Visão Mundial Internacional. Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo. Geneva: World Health Organization, 2015.
4. IASC. Inter-Agency Standing Committee (Comitê Permanente Interagências). Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007. IASC. Inter-Agency Standing Committee. Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak – Version 1.0 (Feb 2020). Disponível em https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/MHPSS%20COVID19%20Briefing%20Note%20FINAL_ver%201.1%20-%202%20March%202020-LORES.pdf
5. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Psychological First Aid. 2019. Available at: <http://redcross.ca/crc/documents/CRC-Psychological-Frist-Aid-Guide-2019.pdf>. Access on 03/24/2020.
6. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Psychological Coping During Disease Outbreak. 2020. Available at: https://pscentre.org/wp-content/uploads/2020/02/MHPSS-during-disease-outbreak_GEN_ENG.pdf. Acesso em 27/03/2020.
7. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. IASC Reference Group on MHPSS in Emergency Settings. Published: March 17th, 2020. Available at: https://pscentre.org/wp-content/uploads/2020/02/IASC-Interim-Briefing-Note-on-COVID-19-Outbreak-Readiness-and-Response-Operations-MHPSS_0.pdf. Acesso em 27/03/2020.
8. WHO Health Emergency Dashboard WHO (COVID-19) Homepage. <https://covid19.who.int/> - WHO CoronavirusDisease (COVID-19) Dashboard- Data last updated: 2020/7/13, 3:12pm CEST.
9. Ministério da Saúde. <https://covid.saude.gov.br/COVID-19>. Painel Coronavírus - Atualizado em: 12/07/2020.
10. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em <https://www.saopaulo.sp.gov.br/noticias-coronavirus/sao-paulo-registra-446-mil-obitos-e-136-milhao-casos-de-coronavirus/>
11. Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=295572
12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19. Recomendações Gerais. Brasília, abr. 2020.
13. Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisa de Comportamento – O que mudou nos hábitos dos brasileiros durante a pandemia. Instituto de Comunicação e Informação em Saúde (Icict), Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz, Universidade

- Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Acessível em: <https://ufmg.br/comunicacao/assessoria-de-imprensa/release/pesquisa-de-comportamento-da-ufmg-mostra-o-que-mudou-nos-habitos-dos-brasileiros-durante-a-pandemia>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. Orientação aos Trabalhadores dos Serviços de Saúde. Brasília, abr. 2020.
 15. Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. Mental health: Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>).
 16. Devilly GJ, Wright R. A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. *RevBrasPsiquiatr*, v. 25, n. (Supl I), p. 5, 2003.
 17. Sá-Serafim RCN, Do Bú E, Lima-Nunes AV. Guidelines for Psychological Care in Hospitals in Times of Struggle Against COVID-19. *Revista Saúde e Ciência online*, v. 8, n. 2, Suplemento n° 2 (março de 2020). 24 p.
 18. Policy Brief: COVID-19 And The Need For Action On Mental Health, 13 May 2020.
 19. Bromberg MHPF. Estudos avançados sobre o luto. Campinas: Livro Pleno, 2002.
 20. Organização Mundial da Saúde. War Trauma Foundation, Visão Mundial Internacional. Primeiros Cuidados Psicológicos – Guia para trabalhadores de campo. Geneva: World Health Organization, 2015.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. Recomendações para Gestores. Brasília, abr. 2020.
-
-

Classificação epidemiológica dos municípios do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2019

Epidemiological classification of the municipalities of the State of São Paulo according to the Visceral Leishmaniasis Control and Surveillance Program, 2019

Osias Rangel^{I,IV}; Silvia Silva de Oliveira^{I,II}; Roberto Mitsuyoshi Hiramoto^{I,III}; Lúcia de Fátima Henriques^{I,IV}; Affonso Viviani Junior^{I,II}; Helena Hilomi Taniguchi^{I,III}; José Eduardo de Raeffray Barbosa^{I,III}; Susy Mary Perpetuo Sampaio^{I,IV}; Roberta Spinola^{I,II}; Syla Rehder^I; José Ângelo Lauletta Lindoso^{I,V}; José Eduardo Tolezano^{I,III}; Claudio Casanova^{I,IV}.

^IComitê da Leishmaniose Visceral da Secretaria de Estado da Saúde. ^{II}Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. ^{III}Instituto Adolfo Lutz. ^{IV}Superintendência de Controle de Endemias. ^VInstituto de Infectologia Emílio Ribas. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O artigo de atualização em Leishmaniose Visceral tem representado ao longo dos anos um esforço conjunto de várias instituições paulistas, ligadas à Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Paulo (SES/SP), em atualizar questões relativas às ocorrências de eventos relacionados a Leishmaniose Visceral Humana (LV) e Leishmaniose Visceral Canina (LVC). Este esforço é justificado pelo sistema complexo em que a transmissão de LV/LVC por *Leishmania infantum* é mantido no espaço geográfico, envolvendo o hospedeiro humano, parasito, flebotomíneo e reservatório animal.¹ Neste sentido, o artigo tem obtido apoio do Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa) no aprimoramento das informações e para que as atualizações cheguem aos gestores e profissionais de saúde no Estado de São Paulo (ESP). Os tópicos são atualizados de forma objetiva, ressaltando os aspectos epidemiológicos relativos à doença humana, vetores e reservatórios. Como desdobramentos, são analisadas questões

laboratoriais relativas ao diagnóstico LV/LVC, educação em saúde e a evolução da mudança de cenários no território paulista considerando as diretrizes do Ministério da Saúde (MS). Dessa forma, é esperado um aprimoramento contínuo nos indicadores de vigilância epidemiológica da doença no ESP.

Classificação dos municípios quanto à transmissão humana de Leishmaniose Visceral

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado estudo descritivo para avaliação dos municípios do ESP quanto à transmissão autóctone de casos humanos de LV no período de 1999 a 2019.

Os municípios foram categorizados em “Municípios sem transmissão humana de LV” e “Municípios com transmissão humana de LV” quando houve notificação de caso humano autóctone durante o período de análise.

Para os municípios com transmissão humana adotaram-se as definições padronizadas pelo MS, publicadas no Guia de Vigilância em Saúde, 2019.² Os municípios foram classificados considerando o número de casos novos de LV humana no período de 2017 a 2019:

- **Municípios com transmissão recente:** apresentaram o primeiro registro da doença nos últimos três anos;
- **Municípios endêmicos:** apresentam transmissão contínua de LV humana há pelo menos três anos. Estes, por sua vez, são categorizados quanto à intensidade de transmissão a partir da média de casos nos três anos consecutivos:
 - **Transmissão Esporádica:** município que apresenta média maior que zero e menor que 2,4 casos;
 - **Transmissão Moderada:** município com média maior ou igual a 2,4 e menor que 4,4;
 - **Transmissão Intensa** município com média a partir de casos 4,4 casos.

Foram considerados “Prioritários” para as ações do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV) os municípios classificados como de transmissão moderada e intensa.

A fonte de dados foi a base estadual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), módulo de Leishmaniose Visceral, atualizado em 03/11/2020. As

variáveis utilizadas para seleção dos casos confirmados autóctones foram: ano de notificação, unidade federada de residência, classificação final e município de infecção.

Para os municípios em que houve a notificação do primeiro caso humano considerado como autóctone no período de estudo, investigação adicional foi desencadeada junto aos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) para confirmação da transmissão autóctone, bem como consulta ao Instituto Adolfo Lutz (IAL) e Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) a fim de avaliar a identificação do vetor e ocorrência de LVC no município em questão, respectivamente.

Para cálculo do coeficiente de incidência do ano de 2019, utilizou-se a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp>.

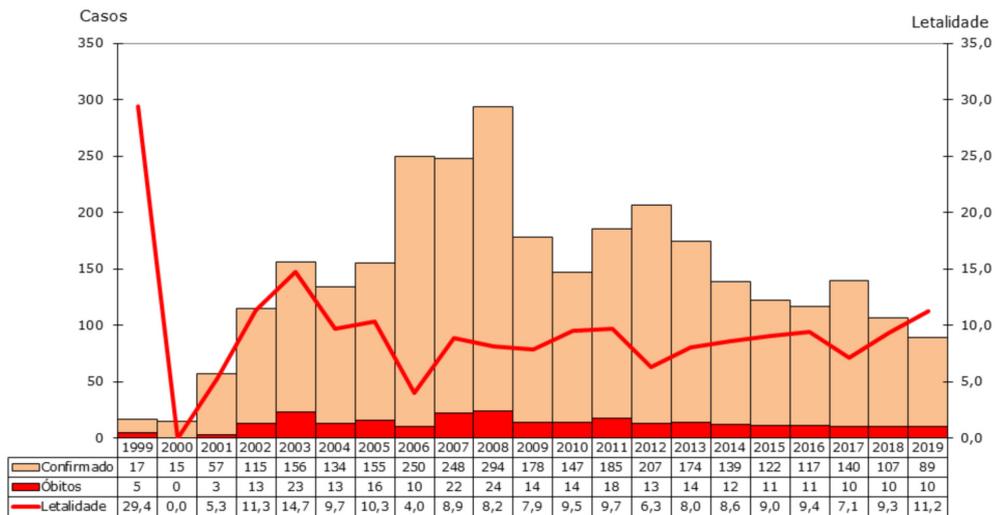
Para análise dos dados foram utilizados os softwares Tabwin e Microsoft Excel 2010. Os mapas foram produzidos no Tabwin.

Situação epidemiológica quanto à transmissão de casos humanos

a. Período de 1999 a 2019

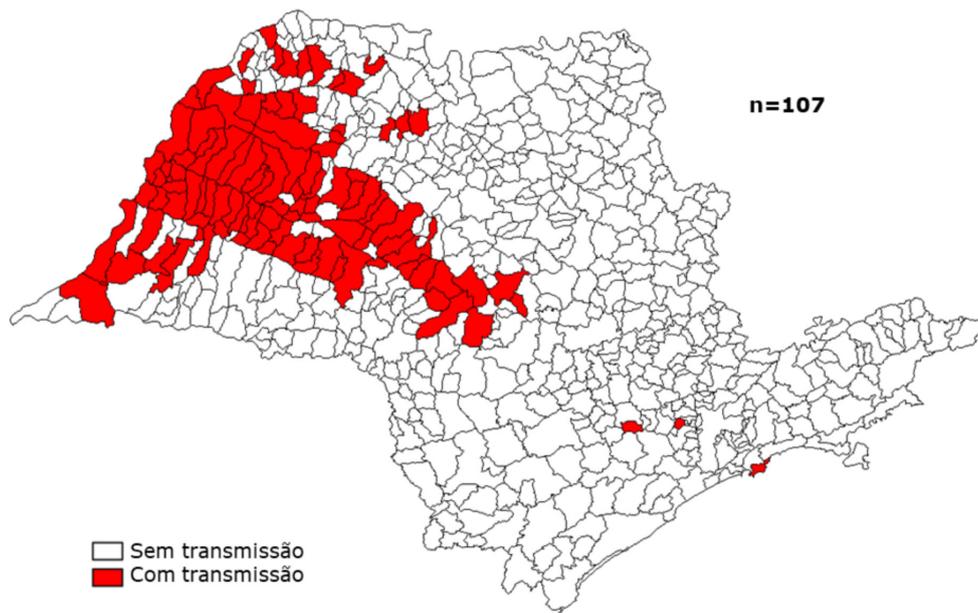
No ESP foram notificados 8.553 casos de LV no período de 1999 a 2019. Destes, 3.046 (35,6%) casos foram confirmados como autóctones, dos quais 266 evoluíram para óbito, resultando em uma letalidade geral de 8,7% (Figura 1).

O total de municípios com transmissão humana autóctone entre 1999 e 2019 foi de 107, representando 16,6% dos 645 municípios do ESP (Figura 2).



Fonte: Sinan-W e Sinan-Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Figura 1. Casos autóctones de Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo, óbitos e letalidade, segundo ano de notificação, 1999 a 2019



Fonte: Sinan-Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Figura 2. Municípios com casos humanos autóctones de LV no Estado de São Paulo, 1999 a 2019

b. Triênio 2017 a 2019

Quando avaliada a classificação quanto à transmissão humana no triênio de 2017 a 2019, 65 municípios apresentaram casos autóctones. Considerando apenas os casos novos de LV,

os municípios foram classificados como: 12 (18,5%) com transmissão recente, 43 (66,2%) com transmissão esporádica, 2 (3,1%) com transmissão moderada e 8 (12,3%) com transmissão intensa (Tabela 1) (Figura 3).

Tabela 1. Classificação epidemiológica dos municípios segundo casos novos de Leishmaniose Visceral, Estado de São Paulo, 2017 a 2019

Mun infec SP	2017				2018				2019				Total de casos novos de 2017 a 2019	Média de 2017 a 2019	Estratificação quanto a transmissão de casos humanos de LV	Categoria quanto a prioridade para as ações de VE	População 2019 (Estimativa IBGE)	CI/100.000 hab em 2019
	casos			Óbitos	casos			Óbitos	cass			Óbitos						
	Novos	Recidiva	Total		Novos	Recidiva	Total		Novos	Recidiva	Total							
GVE X OSASCO	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Recente			
352250 ITAPEVI	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Recente	Não Prioritário	234.352	
GVE XI ARAÇATUBA	31	0	31	4	27	6	33	2	20	2	22	4	78	26,0	Intensa	Prioritário		
350210 ANDRADINA	3	0	3	0	5	0	5	0	0	0	0	0	8	2,7	Moderada	Prioritário	57.112	
350280 ARACATUBA	10	0	10	1	11	3	14	1	8	0	8	3	29	9,7	Intensa	Prioritário	195.874	
350440 AVANHANDAVA	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	13.433	
350510 BARBOSA	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	7.335	
350640 BILAC	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	7.949	
350650 BIRIGUI	2	0	2	1	2	0	2	0	0	1	1	0	4	1,3	Esporádica	Não Prioritário	122.359	
350770 BRAUNA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	5.630	
351100 CASTILHO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	20.738	
351780 GUARACAI	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	8.357	
351820 GUARARAPES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	32.939	
352044 ILHA SOLTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	26.686	
352770 LUIZIANIA	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Recente	Não Prioritário	5.723	
353010 MIRANDOPOLIS	2	0	2	0	0	0	0	0	3	0	3	0	5	1,7	Esporádica	Não Prioritário	29.418	
353730 PENAPOLIS	7	0	7	0	5	1	6	0	3	0	3	0	15	5,0	Intensa	Prioritário	63.047	
353740 PEREIRA BARRETO	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4	1,3	Esporádica	Não Prioritário	25.660	
354840 SANTOPOLIS DO AGUAPEI	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0,3	Recente	Não Prioritário	4.777	
355630 VALPARAISO	1	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	26.130	
GVE XV BAURU	19	10	29	1	9	4	13	3	7	4	11	2	35	11,7	Intensa	Prioritário		
350070 AGUDOS	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	37.023	
350600 BAURU	15	10	25	1	6	4	10	2	6	4	10	2	27	9,0	Intensa	Prioritário	374.272	
351700 GETULINA	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	11.409	
352710 LINS	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	77.510	
353670 PEDERNEIRAS	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	Recente	Não Prioritário	46.251	
354160 PROMISSAO	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	40.027	

Classificação epidemiológica dos municípios do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2019/Rangel O et al.

BEPA 2020;17(204):13-34

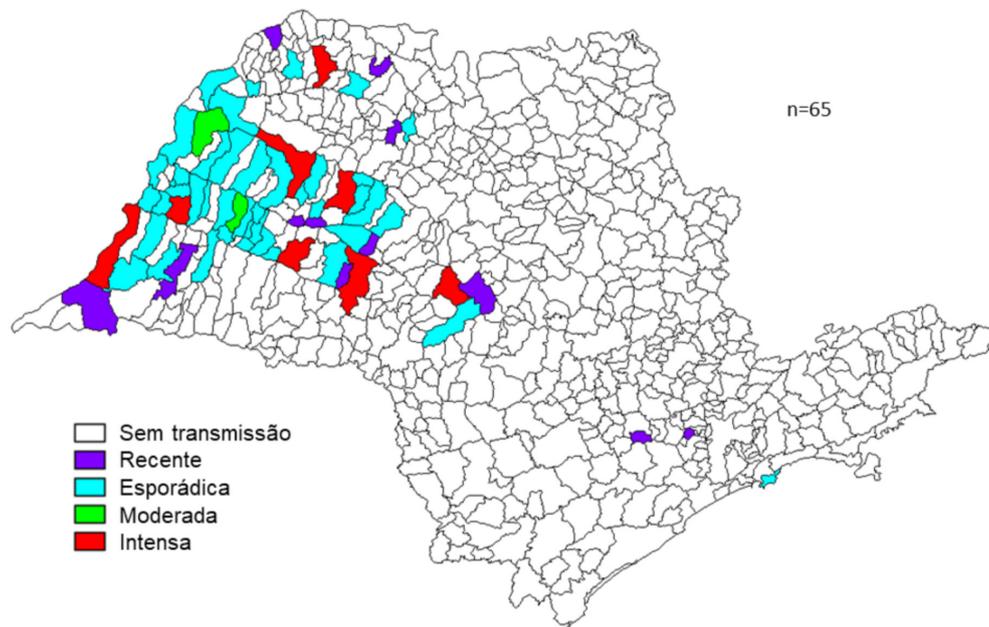
GVE XIX MARÍLIA	34	1	35	0	20	0	20	3	24	1	25	2	78	26,0	Intensa	Prioritário		
350010 ADAMANTINA	5	0	5	0	2	0	2	1	1	0	1	0	8	2,7	Moderada	Prioritário	35.068	2,85
350580 BASTOS	3	0	3	0	1	0	1	0	3	1	4	0	7	2,3	Esporádica	Não Prioritário	20.953	14,32
351600 FLORIDA PAULISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	14.640	6,83
351730 GUAIMBÊ	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0,7	Recente	Não Prioritário	5.765	34,69
352080 INÚBIA PAULISTA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	3.991	0,00
352740 LUCELIA	1	0	1	0	2	0	2	0	1	0	1	0	4	1,3	Esporádica	Não Prioritário	21.747	4,60
352890 MARIAPOLIS	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	4.084	24,49
352900 MARILIA	16	0	16	0	4	0	4	0	5	0	5	1	25	8,3	Intensa	Prioritário	238.882	2,09
353410 ORIENTE	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Recente	Não Prioritário	6.515	0,00
353460 OSVALDO CRUZ	2	0	2	0	2	0	2	1	2	0	2	0	6	2,0	Esporádica	Não Prioritário	32.879	6,08
353600 PARAPUA	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	10.964	9,12
354000 POMPEIA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	22.014	0,00
354470 SAGRES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	2.432	41,12
354510 SALMOURAO	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	5.300	18,87
355500 TUPA	3	0	3	0	7	0	7	1	5	0	5	1	15	5,0	Intensa	Prioritário	65.524	7,63
GVE XXI PRES.PRUDENTE	5	0	5	1	1	1	2	0	4	1	5	0	10	3,3	Moderada	Prioritário		
354120 PRESIDENTE BERNARDES	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0,7	Recente	Não Prioritário	13.190	7,58
354140 PRESIDENTE PRUDENTE	3	0	3	1	1	1	2	0	1	1	2	0	5	1,7	Esporádica	Não Prioritário	227.072	0,44
354770 SANTO ANASTACIO	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	3	1,0	Esporádica	Não Prioritário	20.889	9,57
GVE XXII PRES.VENCESLAU	26	4	30	2	21	0	21	0	15	0	15	0	62	20,7	Intensa	Prioritário		
351440 DRACENA	9	2	11	0	2	0	2	0	4	0	4	0	15	5,0	Intensa	Prioritário	46.536	8,60
352160 IRAPURU	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	8.261	0,00
352600 JUNQUEIROPOLIS	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	20.524	0,00
352870 MARABA PAULISTA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	5.757	0,00
353160 MONTE CASTELO	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	4.166	0,00
353310 NOVA GUATAPORANGA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	2.308	43,33
353480 OURO VERDE	2	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1,0	Esporádica	Não Prioritário	8.503	0,00
353540 PANORAMA	3	0	3	2	2	0	2	0	0	0	0	0	5	1,7	Esporádica	Não Prioritário	15.690	0,00
353640 PAULICEIA	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	7.274	0,00
354130 PRESIDENTE EPITACIO	4	1	5	0	12	0	12	0	6	0	6	0	22	7,3	Intensa	Prioritário	44.006	13,63
354150 PRESIDENTE VENCESLAU	2	0	2	0	0	0	0	0	3	0	3	0	5	1,7	Esporádica	Não Prioritário	39.448	7,60

Classificação epidemiológica dos municípios do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2019/Rangel O et al.

BEPA 2020;17(204):13-34

355430 TEODORO SAMPAIO	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Recente	Não Prioritário	23.019	0,00
355510 TUPI PAULISTA	2	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	4	1,3	Esporádica	Não Prioritário	15.404	6,49
GVE XXV SANTOS	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário		
351870 GUARUJA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	318.107	0,00
GVE XXIX S J DO RIO PRETO	3	2	5	2	6	2	8	0	2	1	3	2	11	3,7	Moderada	Prioritário		
350180 AMERICO DE CAMPOS	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Recente	Não Prioritário	5.956	0,00
353030 MIRASSOL	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	59.333	0,00
353250 NEVES PAULISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0,3	Recente	Não Prioritário	456.245	0,22
355710 VOTUPORANGA	3	2	5	2	3	1	4	0	1	1	2	1	7	2,3	Esporádica	Não Prioritário	93.736	1,07
GVE XXX JALES	2	1	3	0	7	1	8	1	8	0	8	0	17	5,7	Intensa	Não Prioritário		
350260 APARECIDA D'OESTE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	8.418	11,88
351550 FERNANDOPOLIS	2	0	2	0	5	0	5	1	7	0	7	0	14	4,7	Intensa	Prioritário	68.823	10,17
352480 JALES	0	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	49.011	0,00
354570 SANTA ALBERTINA	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Recente	Não Prioritário	5.672	0,00
GVE XXXI SOROCABA	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	2	0,7	Recente	Não Prioritário		
355700 VOTORANTIM	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	2	0,7	Recente	Não Prioritário	121.331	0,00
ESTADO DE SÃO PAULO	122	18	140	10	93	14	107	10	80	9	89	10	295	98,3	Intensa	Prioritário	45.094.866	0,18

Fonte: Casos - Sinan Net , 03/11/2020 e População - <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp>



Fonte: Sinan, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Figura 3. Classificação dos municípios com transmissão humana de Leishmaniose Visceral, Estado de São Paulo, triênio 2017 a 2019

Dentre o total de municípios com transmissão autóctone, 10 municípios foram considerados como prioritários para as ações do PVCLV: Andradina, Araçatuba e Penápolis - GVE Araçatuba; Bauru - GVE Bauru; Adamantina, Marília e Tupã - GVE Marília; Dracena e Presidente Epitácio - GVE Presidente Venceslau; Fernandópolis - GVE Jales (Tabela 1).

Em 2019, três municípios apresentaram o primeiro caso humano de transmissão autóctone: Guaimbê - GVE Marília, Neves Paulista - GVE São José do Rio Preto e Santópolis do Aguapeí - GVE Araçatuba. Em 2018, acrescentou-se o município de Santa Albertina - GVE Jales, o qual não constou na atualização de 2018, uma vez que a investigação do caso ainda não havia sido concluída.

Quando avaliado o coeficiente de incidência (CI) no ano de 2019, alguns municípios classificados como de transmissão recente e esporádica são identificados com maior força de transmissão de LV se comparado com Presidente Epitácio - GVE Presidente Venceslau, o qual é município com maior CI (13,63/100.000 hab.) dentro do grupo dos prioritários para o PVCLV. Dentre os municípios com maior CI destacam-se: Nova Guataporanga (43,33 casos/100.000 hab.), Sagres (41,12 casos/100.000 hab.), Braúna (35,52 casos/100.000 hab.), Mariápolis (24,49 casos/100.000 hab.) e Santópolis do Aguapeí (20,93 casos/100.000 hab.) (Tabela 1).

Quanto aos casos, no triênio de 2017 a 2019 foram registrados 336 episódios de LV com 30 óbitos, representando uma letalidade de 8,9% no período. Do total de episódios registrados,

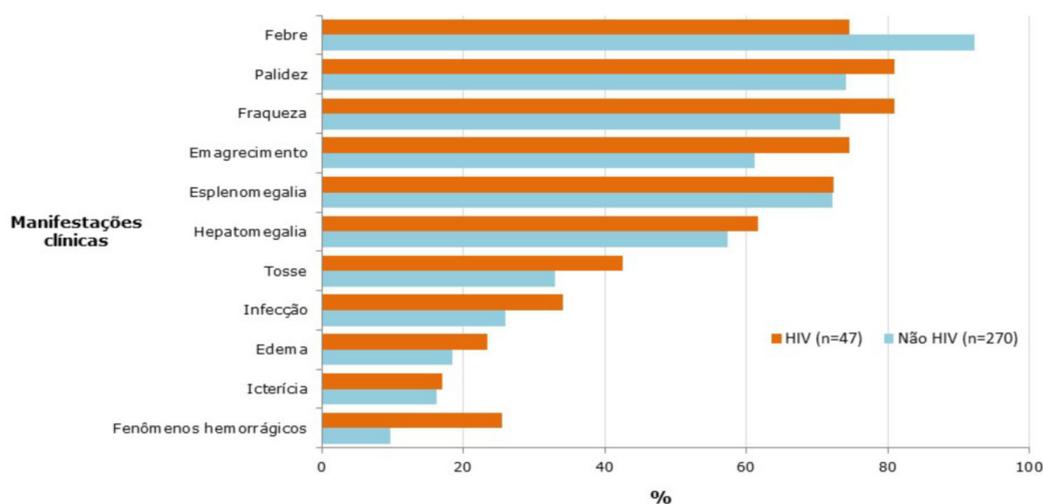
317 (94,3%) apresentavam informação quanto à presença ou não de coinfeção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo esses os registros considerados válidos para análise. Destes 317 episódios, 270 (80,4%) foram em pacientes não HIV e 47 (14,0%) ocorreram em paciente HIV. Quando avaliado o tipo de entrada, a proporção de casos novos no grupo não HIV foi de 92,2% (249/270), enquanto no grupo HIV foi de 57,4% (27/47) e um elevado percentual de recidiva (42,6%) (Tabela 2).

A Anfotericina b lipossomal foi a droga de escolha, em ambos os grupos, para tratamento dos episódios e o critério laboratorial a principal forma de diagnóstico da doença (Tabela 2). As manifestações clínicas mais prevalentes em ambos os grupos foram febre (não HIV 92,2% e HIV 74,5%), palidez (não HIV 74,1% e HIV 80,9%), astenia (não HIV 73,3% e HIV 80,9%), emagrecimento (não HIV 61,1% e HIV 74,5%) e esplenomegalia (não HIV 72,2% e HIV 72,3%) (Figura 4).

Tabela 2. Casos de leishmaniose visceral segundo a ocorrência de coinfeção ou não com HIV, Estado de São Paulo, triênio 2017 a 2019

Variável	Não HIV (n=270)		HIV (n=47)	
	n	%	n	%
Entrada				
Caso Novo	249	92,2	27	57,4
Recidiva	21	7,8	20	42,6
Medicamento utilizado				
Antimonial Pentavalente	42	15,6	0	0,0
Anfotericina b desoxicolato	16	5,9	1	2,1
Anfotericina b lipossomal	190	70,4	42	89,4
Critério diagnóstico				
Laboratorial	252	93,3	46	97,9
Clínico-epidemiológico	18	6,7	1	2,1

Fonte: Sinan-Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP



Fonte: Sinan-Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Figura 4. Leishmaniose Visceral - Manifestações clínicas segundo a ocorrência de coinfeção ou não com HIV, Estado de São Paulo, triênio 2017 a 2019

Dentre o total de casos novos (276), a mediana de idade foi de 32 anos (intervalo: 2 meses - 90 anos), porém quando avaliado apenas o grupo de pacientes HIV, a mediana foi de 42 anos (intervalo: 29 - 73 anos). Em ambos os grupos, o sexo masculino e residente de zona urbana foi mais prevalente. Quanto à raça/cor, pacientes brancos foram mais frequentes no grupo de pacientes não HIV (49,4%), enquanto pardos mais representativos no grupo de coinfectados (37,0%) (Tabela 3).

Quando avaliamos a faixa etária dos casos novos, no grupo não HIV os mais acometidos foram pacientes acima de 50 anos (33,3%), enquanto no grupo de coinfectados foi a faixa etária de 30 a 49 anos (66,7%). Em relação à letalidade, no grupo não HIV foi de 6,4% (16/249), sendo a faixa etária com maior letalidade a de menores de um ano, com 13,3% (2/15). Já entre o grupo de coinfectados LV/HIV, a letalidade foi de 22,2% (6/27), sendo que o grupo etário de 20 a 29 anos alcançou 50% (1/2) (Tabela 4 e Figura 5).

Tabela 3. Leishmaniose visceral – características dos casos novos segundo a ocorrência de coinfeção ou não com HIV, Estado de São Paulo, triênio 2017 a 2019

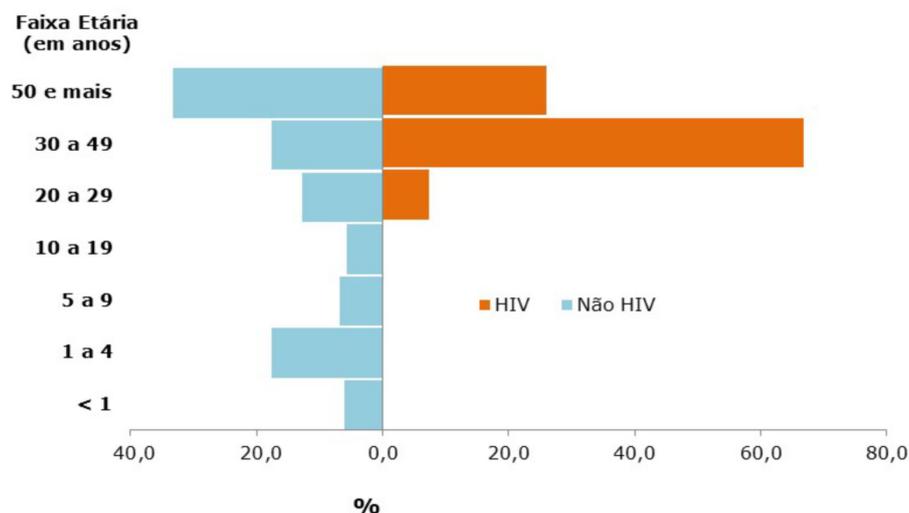
variável	Não HIV (n=249)		HIV (n=27)	
	Mediana	Intervalo	Mediana	Intervalo
Idade	30 anos	2 meses - 90 anos	42 anos	29 - 73 anos
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	165	66,3	19	70,4
Feminino	84	33,7	8	29,6
Raça/Cor				
Branca	123	49,4	8	29,6
Preta	21	8,4	5	18,5
Amarela	6	2,4	0	0,0
Parda	81	32,5	10	37,0
Zona urbana				
Urbana	242	97,2	26	96,3
Rural	2	0,8	0	0,0
Periurbana	0	0,0	1	3,7

Fonte: Sinan-Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Tabela 4. Leishmaniose visceral – casos novos segundo faixa etária e ocorrência de coinfeção ou não com HIV, ESP, triênio 2017 a 2019

Faixa etária (em anos)	Casos novos não HIV				Casos novos HIV			
	Casos		Óbitos		Casos		Óbitos	
	n	%	n	letalidade	n	%	n	letalidade
< 1	15	6,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0
1 a 4	44	17,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9	17	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19	14	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29	32	12,9	3	9,4	2	7,4	1	50,0
30 a 49	44	17,7	3	6,8	18	66,7	4	22,2
50 e>	83	33,3	8	9,6	7	25,9	1	14,3
Total	249	100,0	16	6,4	27	100,0	6	22,2

Fonte: Sinan-Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP



Fonte: Sinan-Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Figura 5. Leishmaniose Visceral – casos novos segundo faixa etária e ocorrência de coinfecção ou não com HIV, Estado de São Paulo, triênio 2017 a 2019

Diagnóstico laboratorial de leishmaniose visceral

Diagnóstico Humano

Em novembro de 2019, a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Departamento de Articulação Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS emitiu comunicado sobre a “Mudança de fornecedor e teste rápido Imunocromatográfico ofertado para o diagnóstico da leishmaniose visceral humana no Sistema Único de Saúde (SUS)”. O comunicado informava sobre a substituição do Teste Rápido *Onsite*TM Leishmania IgG/IgM Combo – CTK BIOTECH, utilizado até aquele momento, pelo LSH Ab ECO Teste produzido

pela Eco Diagnóstica. Mesmo com a mudança, as recomendações para uso permaneceram as mesmas já dispostas no Guia de Vigilância em Saúde (2ª Edição) e no Manual Leishmaniose Visceral: Recomendações Clínicas para a Redução da Letalidade (Ministério da Saúde).³

Em relação à investigação laboratorial de LV utilizando o Teste Rápido Imunocromatográfico (TR) durante o ano de 2019, o Estado de São Paulo recebeu 94 kits (940 testes), utilizando 859 testes (91,4%) e destes 104 foram reagentes para LV, conforme Figura 6 ou Tabela 5. Considerando apenas os testes válidos (n=784), ou seja, aqueles utilizados para o diagnóstico de LV, a positividade foi de 13,2% (104/784).

Tabela 5. Testes Rápidos Imunocromatográficos para diagnóstico da leishmaniose visceral humana - utilização no estado de São Paulo, 2019

Resultado	Número de testes utilizados (2019)
TR LVH reagentes:	104
TR LVH não reagentes:	678
TR LVH indeterminados/ inconclusivos:	2
TR LVH utilizados para outras finalidades	75
Total	859

Fonte: Instituto Adolfo Lutz/CCD/SES/SP

Importante salientar que, considerando a base estadual do Sinan-Net, em 2019 foram notificados 629 casos suspeitos de LV no Estado de São Paulo. Quando comparamos esse número aos TR válidos que foram realizados no mesmo período, identificamos uma subnotificação de 155 casos suspeitos da doença, o que representa 19,8% de casos que não foram registrados no sistema oficial de notificação.

Diagnóstico canino

Na última atualização com dados até o ano de 2018, 23 municípios eram considerados “Em investigação”, uma vez que foram detectados cães autóctones com exames reagentes (Teste Rápido Imunocromatográfico - Bio-Manguinhos

-TR DPP + Ensaio Imunoenzimático – Bio-Manguinhos - ELISA + Parasitológico e/ou Imunohistoquímica), porém o principal vetor *Lutzomyia longipalpis* não tinha sido identificado na área de abrangência do município.

A partir da orientação do MS em 2019 quanto à comprovação da participação de vetores secundários na transmissão de LV, os municípios “Em investigação” foram reduzidos para 12, principalmente nas regiões oeste e noroeste do estado, onde já foi confirmada a presença de *Lu longipalpis* nos municípios do entorno. Com isso, até o final de 2019, 166 (25,7%) municípios apresentaram transmissão canina confirmada, enquanto 467 municípios sem transmissão de LV canina (LVC) (Figura 6).

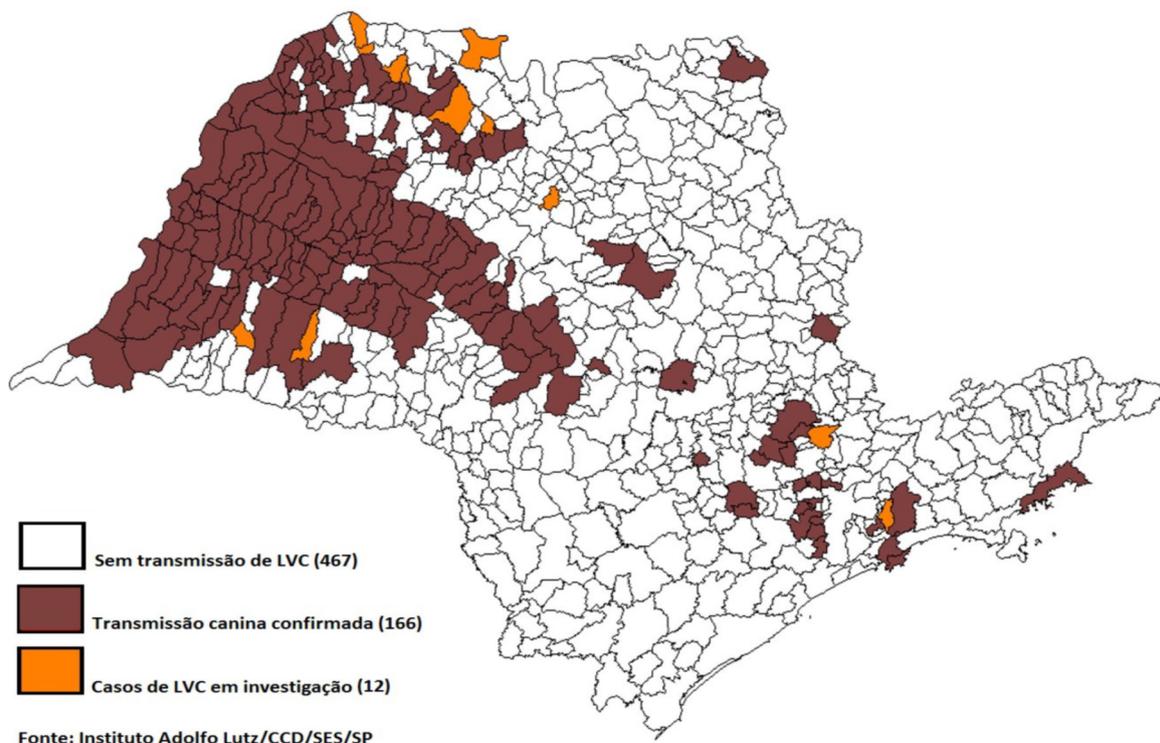


Figura 6. Distribuição dos municípios quanto a presença de leishmaniose visceral canina, Estado de São Paulo, 2019

Quanto ao diagnóstico laboratorial de triagem de LVC, os kits de testes imunocromatográficos (TR DPP leishmaniose visceral canina) são distribuídos aos municípios com transmissão confirmada desde o ano de 2012, contanto que estes tenham locais adequados para armazenamento correto dos kits, realização dos exames, bem como realização periódica dos inquéritos caninos, conforme recomendações do PVCLV. Considerando esses critérios, em 2019 foram repassados para os municípios cerca de 130 mil testes TR DPP LVC em todo o estado de São Paulo.

Considerações sobre a Classificação dos municípios quanto a presença do vetor primário *Lutzomyia longipalpis* (*Lu longipalpis*) e vetores considerados secundários *Pintomyia fischeri* (*P fischeri*), *Migonemya migonei* (*M migonei*) e *Nyssomyia intermedia* (*N intermedia*) no Estado de São Paulo

A partir do ano de 2019 foram considerados além de *Lu longipalpis* para Classificação dos municípios, a participação secundária de vetores na transmissão da LV/LVC de acordo com orientações do MS e da análise da evolução de cenários epidemiológicos sobre a transmissão da doença no ESP.² A presença de *Lu longipalpis* foi assinalada em 203 municípios paulistas até o ano de 2019 (Figura 7), sendo que 154 destes apresentaram alguma modalidade de transmissão de LV/LVC ou ambas (Figura 8). *Lu longipalpis* foi observado em todos os 101 municípios com transmissão canina e humana, em dois, dos quatro municípios com transmissão humana e em 51, dos 54 municípios com transmissão canina. A circulação de *Leishmania infantum*,

portanto, ainda não foi observada em 49 municípios que foram classificados como Silenciosos Receptivos Vulneráveis, ou seja, aqueles com presença do vetor primário e sem notificação de casos humanos e/ou caninos autóctones (Quadro 1).

A vigilância entomológica sistemática foi realizada nos municípios que configuraram maior probabilidade de circulação de fontes de infecção e sem o vetor, classificados como Silenciosos Não Receptivos Vulneráveis. Para estes, foi preconizada a atividade de Levantamento Entomológico, realizada pelos Serviços Regionais da SUCEN, que teve como objetivo detectar a espécie do vetor, expressando indicador de receptividade à transmissão da LV/LVC e apontando às Secretarias Municipais de Saúde a importância de incrementar as ações preventivas e de controle do vetor. Atualmente, 245 municípios estão classificados neste agrupamento.

A participação de vetores secundários foi considerada a partir de estudos em duas regiões geográficas delimitadas pelo IBGE como Regiões Geográficas Intermediárias.¹ As considerações sobre a participação secundária de vetores para transmissão de LV/LVC só foram realizadas para estas duas regiões: a região Intermediária de São Paulo e Região Intermediária de São José dos Campos, que juntas, somaram 89 municípios ou 13,8% (89/645) do total de municípios do ESP.¹ As regiões Intermediárias são divididas ainda pelo IBGE em Regiões Geográficas Imediatas.¹ A Região Intermediária de São Paulo foi constituída pelas Regiões Imediatas de São Paulo com 39 municípios e de Santos com 11 municípios. A Região Intermediária de São José dos Campos foi constituída pelas Regiões Imediatas de São

José dos Campos com 8 municípios, Taubaté-Pindamonhangaba com 10 municípios, Caraguatatuba-Ubatuba-São Sebastião com 4 municípios, Guaratinguetá com 8 municípios e Cruzeiro com 9 municípios. Na Região Intermediária e Imediata de São Paulo compareceram predominantemente as espécies *P. fischeri* e *M. migonei* enquanto a de Santos predominou *N. intermedia*. Na Região Intermediária de São José dos Campos e Região Imediata de Caraguatatuba-Ubatuba-São Sebastião predominou a espécie *N. intermedia*. Os Quadros 2 e 3 revelaram a

participação destas espécies na receptividade e na transmissão de LV/LVC.

Considerando todos os critérios adotados para classificação dos municípios de acordo com o PVCLV, em que são agregadas informações da ocorrência ou não de casos de LV (humanos e/ou caninos), distribuição dos vetores e da avaliação da vulnerabilidade dos municípios do estado de São Paulo foi elaborado a Figura 8.

A classificação geral dos municípios até 2019 encontra-se disponível em (Quadro 4).

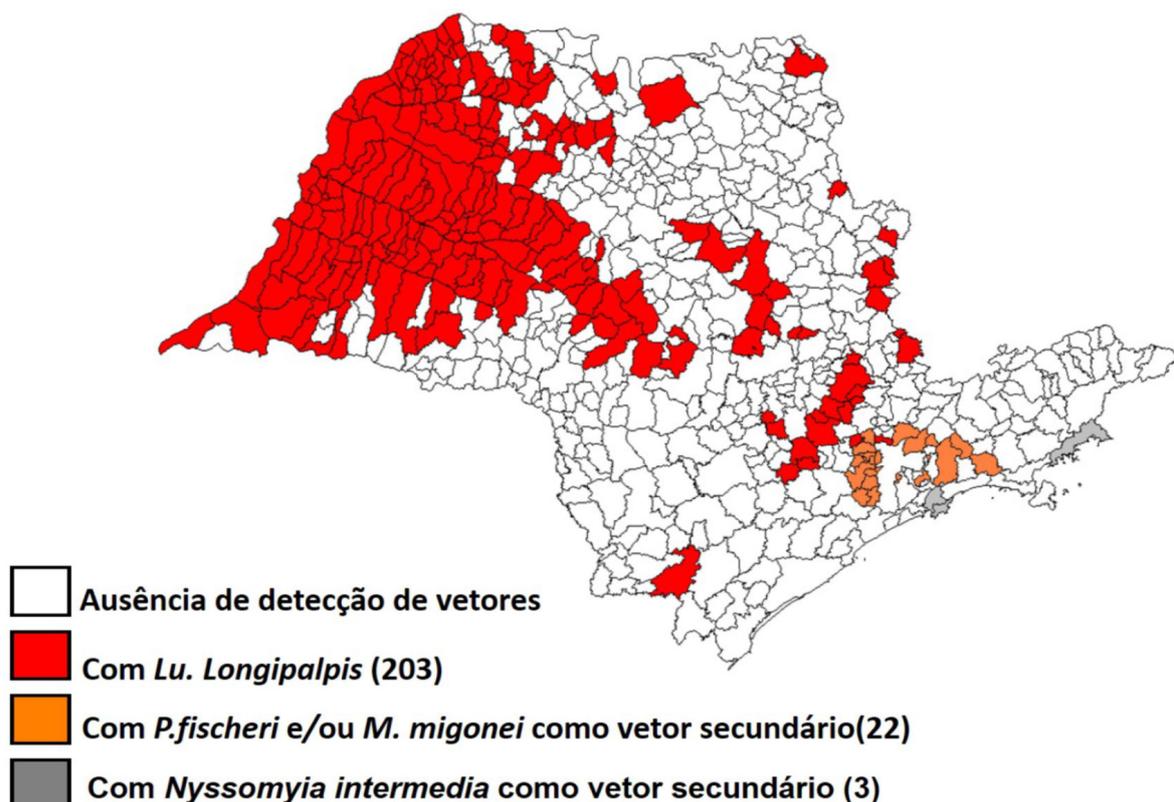


Figura 7. Distribuição de municípios com presença de *Lu longipalpis*, *P.fischer*, *M migonei* e *N intermedia*, Estado de São Paulo, 2019

Quadro 1. Classificação epidemiológica dos municípios com presença de vetor (*Lutzomyia longipalpis*) segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral, Estado de São Paulo, 2019. (n=49)

MUNICÍPIO	SR	DRS	GVE	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA
Águas da Prata	5	14	26	Silencioso receptivo vulnerável
Águas de Lindóia	5	7	17	Silencioso receptivo vulnerável
Álvares Florence	8	15	29	Silencioso receptivo vulnerável
Analândia	5	10	20	Silencioso receptivo vulnerável
Arco-Íris	11	9	19	Silencioso receptivo vulnerável
Bálsamo	8	15	29	Silencioso receptivo vulnerável
Barretos	6	5	14	Silencioso receptivo vulnerável
Boituva	4	16	31	Silencioso receptivo vulnerável
Caiabu	10	11	21	Silencioso receptivo vulnerável
Cardoso	8	15	29	Silencioso receptivo vulnerável
Cássia dos Coqueiros	6	13	24	Silencioso receptivo vulnerável
Cordeirópolis	5	10	20	Silencioso receptivo vulnerável
Divinolândia	5	14	26	Silencioso receptivo vulnerável
Dolcinópolis	8	15	30	Silencioso receptivo vulnerável
Duartina	11	6	15	Silencioso receptivo vulnerável
Emilianópolis	10	11	21	Silencioso receptivo vulnerável
Gastão Vidigal	8	15	29	Silencioso receptivo vulnerável
Icém	8	15	29	Silencioso receptivo vulnerável
Ipeúna	5	10	20	Silencioso receptivo vulnerável
Iporanga	2	12	23	Silencioso receptivo vulnerável
Itirapina	5	10	20	Silencioso receptivo vulnerável
Itu	4	16	31	Silencioso receptivo vulnerável
Jaguariúna	5	7	17	Silencioso receptivo vulnerável
José Bonifácio	8	15	29	Silencioso receptivo vulnerável
Magda	8	15	29	Silencioso receptivo vulnerável
Marinópolis	8	15	30	Silencioso receptivo vulnerável
Mira Estrela	8	15	30	Silencioso receptivo vulnerável
Narandiba	10	11	21	Silencioso receptivo vulnerável
Nova Luzitânia	9	2	11	Silencioso receptivo vulnerável
Oscar Bressane	11	9	19	Silencioso receptivo vulnerável
Paranapuã	8	15	30	Silencioso receptivo vulnerável
Pirapozinho	10	11	21	Silencioso receptivo vulnerável
Planalto	8	15	29	Silencioso receptivo vulnerável
Populina	8	15	30	Silencioso receptivo vulnerável
Pracinha	11	9	19	Silencioso receptivo vulnerável

Quatá	10	11	21	Silencioso receptivo vulnerável
Rosana	10	11	22	Silencioso receptivo vulnerável
Salto de Pirapora	4	16	31	Silencioso receptivo vulnerável
Sandovalina	10	11	21	Silencioso receptivo vulnerável
Santa Gertrudes	5	10	20	Silencioso receptivo vulnerável
São Carlos	6	3	12	Silencioso receptivo vulnerável
São Francisco	8	15	30	Silencioso receptivo vulnerável
São João da Boa Vista	5	14	26	Silencioso receptivo vulnerável
São Manuel	4	6	16	Silencioso receptivo vulnerável
Socorro	5	7	17	Silencioso receptivo vulnerável
Três Fronteiras	8	15	30	Silencioso receptivo vulnerável
Turmalina	8	15	30	Silencioso receptivo vulnerável
Uchoa	8	15	29	Silencioso receptivo vulnerável
Vinhedo	5	7	17	Silencioso receptivo vulnerável

Fonte: SUCEN/CCD/SES-SP

SR = Serviço Regional da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN);

DRS = Departamento Regional de Saúde; GVE = Grupo de Vigilância Epidemiológica.

Quadro2. Classificação epidemiológica dos municípios das Regiões Intermediárias de São Paulo e São José dos Campos do Estado de São Paulo com presença de vetores secundários (*P.fischeri* e/ou *M. migonei*) incorporados ao Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral, Estado de São Paulo, 2019 (n=12)

MUNICÍPIO	SR	DRS	GVE	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA
Arujá	1	1	8	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Carapicuíba	1	1	10	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Diadema	1	1	7	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Guararema	1	1	8	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Guarulhos	1	1	8	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Mairiporã	1	1	9	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Osasco	1	1	10	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Poá	1	1	8	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Salesópolis	1	1	8	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Santana de Parnaíba	1	1	10	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
São Lourenço da Serra	1	1	10	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário
Taboão da Serra	1	1	10	Silencioso receptivo vulnerável por vetor secundário

Fonte: SUCEN/CCD/SES-SP.

SR = Serviço Regional da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN);

DRS = Departamento Regional de Saúde; GVE = Grupo de Vigilância Epidemiológica

Quadro 3. Classificação epidemiológica dos municípios com transmissão de LV/LVC segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral, Estado de São Paulo, 2019. (n=170)

MUNICÍPIO	SR	DRS	GVE	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA
Barueri	1	1	10	Transmissão canina por vetor secundário
Caieiras	1	1	9	Transmissão canina
Cajamar	1	1	9	Transmissão canina por vetor secundário
Cotia	1	1	10	Transmissão canina
Embu	1	1	10	Transmissão canina
Embu-Guaçu	1	1	10	Transmissão canina por vetor secundário
Itapecerica da Serra	1	1	10	Transmissão canina por vetor secundário
Itapevi	1	1	10	Transmissão canina e humana por vetor secundário
Jandira	1	1	10	Transmissão canina por vetor secundário
Mogi das Cruzes	1	1	8	Transmissão canina por vetor secundário
Pirapora do Bom Jesus	1	1	10	Transmissão canina
Ribeirão Pires	1	1	7	Transmissão canina por vetor secundário
Guarujá	2	4	25	Transmissão canina e humana por vetor secundário
Santos	2	4	25	Transmissão canina por vetor secundário
Ubatuba	3	17	28	Transmissão canina por vetor secundário
Cerquillo	4	16	31	Transmissão canina
Salto	4	16	31	Transmissão canina
Sorocaba	4	16	31	Transmissão canina
Votorantim	4	16	31	Transmissão canina e humana
Campinas	5	7	17	Transmissão canina
Espírito Santo do Pinhal	5	14	26	Transmissão canina
Indaiatuba	5	7	17	Transmissão canina
Itupeva	5	7	17	Transmissão canina
São Pedro	5	10	20	Transmissão canina
Valinhos	5	7	17	Transmissão canina
Araraquara	6	3	12	Transmissão canina
Matão	6	3	12	Transmissão canina
Pedregulho	6	8	18	Transmissão canina
Aparecida d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina e humana
Jales	8	15	30	Transmissão canina e humana
Santa Fé do Sul	8	15	30	Transmissão canina e humana
Urânia	8	15	30	Transmissão canina e humana
Votuporanga	8	15	29	Transmissão canina e humana
Valentim Gentil	8	15	29	Transmissão canina e humana
Fernandópolis	8	15	30	Transmissão canina e humana
Meridiano	8	15	30	Transmissão canina
Palmeira d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina
Rubinéia	8	15	30	Transmissão canina
Santa Albertina	8	15	30	Transmissão canina
Santana da Ponte Pensa	8	15	30	Transmissão canina
Aspásia	8	15	30	Transmissão canina
Dirce Reis	8	15	30	Transmissão canina

Estrela d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina e humana
Floreal	8	15	29	Transmissão canina
General Salgado	8	15	29	Transmissão humana
Mirassol	8	15	29	Transmissão canina e humana
Monções	8	15	29	Transmissão canina e humana
Nova Canaã Paulista	8	15	30	Transmissão canina
Pontalinda	8	15	30	Transmissão canina
Santa Clara d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina
Santa Rita d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina
Santa Salete	8	15	30	Transmissão canina
Américo de Campos	8	15	29	Transmissão canina e humana
Cosmorama	8	15	29	Transmissão canina
Guapiaçu	8	15	29	Transmissão canina
Jaci	8	15	29	Transmissão canina
Mesópolis	8	15	30	Transmissão canina
Monte Aprazível	8	15	29	Transmissão canina
Neves Paulista	8	15	29	Transmissão canina e humana
São José do Rio Preto	8	15	29	Transmissão canina e humana
Alto Alegre	9	2	11	Transmissão canina
Andradina	9	2	11	Transmissão canina e humana
Araçatuba	9	2	11	Transmissão canina e humana
Auriflama	9	2	11	Transmissão canina e humana
Avanhandava	9	2	11	Transmissão canina e humana
Barbosa	9	2	11	Transmissão canina e humana
Bento de Abreu	9	2	11	Transmissão canina e humana
Bilac	9	2	11	Transmissão canina e humana
Birigui	9	2	11	Transmissão canina e humana
Braúna	9	2	11	Transmissão canina e humana
Brejo Alegre	9	2	11	Transmissão canina
Buritama	9	2	11	Transmissão canina e humana
Castilho	9	2	11	Transmissão canina e humana
Clementina	9	2	11	Transmissão canina e humana
Coroados	9	2	11	Transmissão canina e humana
Gabriel Monteiro	9	2	11	Transmissão canina
Glicério	9	2	11	Transmissão canina
Guaraçai	9	2	11	Transmissão canina e humana
Guararapes	9	2	11	Transmissão canina e humana
Guzolândia	9	2	11	Transmissão canina e humana
Ilha Solteira	9	2	11	Transmissão canina e humana
Itapura	9	2	11	Transmissão canina e humana
Lavínia	9	2	11	Transmissão canina e humana
Lourdes	9	2	11	Transmissão canina
Luiziânia	9	2	11	Transmissão canina e humana
Mirandópolis	9	2	11	Transmissão canina e humana
Murutinga do Sul	9	2	11	Transmissão canina e humana

Nova Castilho	9	2	11	Transmissão canina
Nova Independência	9	2	11	Transmissão canina e humana
Penápolis	9	2	11	Transmissão canina e humana
Pereira Barreto	9	2	11	Transmissão canina e humana
Piacatu	9	2	11	Transmissão canina e humana
Rubiácea	9	2	11	Transmissão canina e humana
Santo Antônio do Aracangu	9	2	11	Transmissão canina e humana
Santópolis do Aguapeí	9	2	11	Transmissão canina e humana
Sud Mennucci	9	2	11	Transmissão canina e humana
Suzanápolis	9	2	11	Transmissão canina
Turiúba	9	2	11	Transmissão canina e humana
Valparaíso	9	2	11	Transmissão canina e humana
Alfredo Marcondes	10	11	21	Transmissão canina
Álvares Machado	10	11	21	Transmissão canina
Caiuá	10	11	22	Transmissão canina
Dracena	10	11	22	Transmissão canina e humana
Flora Rica	10	11	21	Transmissão canina e humana
Irapuru	10	11	21	Transmissão canina e humana
Junqueirópolis	10	11	22	Transmissão canina e humana
Marabá Paulista	10	11	22	Transmissão canina e humana
Martinópolis	10	11	21	Transmissão canina
Mirante do Paranapanema	10	11	22	Transmissão canina
Monte Castelo	10	11	22	Transmissão canina e humana
Nova Guataporanga	10	11	22	Transmissão canina e humana
Ouro Verde	10	11	22	Transmissão canina e humana
Panorama	10	11	22	Transmissão canina e humana
Paulicéia	10	11	22	Transmissão canina e humana
Piquerobi	10	11	22	Transmissão canina
Presidente Bernardes	10	11	21	Transmissão canina e humana
Presidente Epitácio	10	11	22	Transmissão canina e humana
Presidente Prudente	10	11	21	Transmissão canina e humana
Presidente Venceslau	10	11	22	Transmissão canina e humana
Rancharia	10	11	21	Transmissão canina
Ribeirão dos Índios	10	11	22	Transmissão canina
Santa Mercedes	10	11	22	Transmissão canina e humana
Santo Anastácio	10	11	22	Transmissão canina e humana
Santo Expedito	10	11	21	Transmissão canina e humana
São João do Pau d'Alho	10	11	22	Transmissão canina e humana
Teodoro Sampaio	10	11	22	Transmissão canina e humana
Tupi Paulista	10	11	22	Transmissão canina e humana
Adamantina	11	9	19	Transmissão canina e humana
Agudos	11	6	15	Transmissão canina e humana
Álvaro de Carvalho	11	9	19	Transmissão humana
Arealva	11	6	15	Transmissão canina
Avai	11	6	15	Transmissão canina e humana

Balbinos	11	6	15	Transmissão canina
Barra Bonita	11	6	15	Transmissão canina
Bastos	11	9	19	Transmissão canina e humana
Bauru	11	6	15	Transmissão canina e humana
Cafelândia	11	6	15	Transmissão canina e humana
Flórida Paulista	11	9	19	Transmissão canina e humana
Getulina	11	6	15	Transmissão canina e humana
Guaiçara	11	6	15	Transmissão canina e humana
Guaimbê	11	9	19	Transmissão canina e humana
Guarantã	11	9	19	Transmissão canina e humana
Herculândia	11	9	19	Transmissão canina e humana
Iacri	11	9	19	Transmissão canina e humana
Inúbia Paulista	11	9	19	Transmissão canina e humana
Jaú	11	6	15	Transmissão humana
Lençóis Paulista	11	6	15	Transmissão canina e humana
Lins	11	6	15	Transmissão canina e humana
Lucélia	11	9	19	Transmissão canina e humana
Mariápolis	11	9	19	Transmissão canina e humana
Marília	11	9	19	Transmissão canina e humana
Mineiros do Tietê	11	6	15	Transmissão humana
Oriente	11	9	19	Transmissão canina e humana
Osvaldo Cruz	11	9	19	Transmissão canina e humana
Pacaembu	11	9	19	Transmissão canina e humana
Paraguaçu Paulista	11	9	13	Transmissão canina
Parapuã	11	9	19	Transmissão canina e humana
Pederneiras	11	6	15	Transmissão canina e humana
Pirajuí	11	6	15	Transmissão canina e humana
Piratininga	11	6	15	Transmissão canina e humana
Pompéia	11	9	19	Transmissão canina e humana
Presidente Alves	11	6	15	Transmissão canina e humana
Promissão	11	6	15	Transmissão canina e humana
Queiroz	11	9	19	Transmissão canina
Quintana	11	9	19	Transmissão canina e humana
Rinópolis	11	9	19	Transmissão canina e humana
Sabino	11	6	15	Transmissão canina
Sagres	11	9	19	Transmissão canina e humana
Salmourão	11	9	19	Transmissão canina e humana
Tupã	11	9	19	Transmissão canina e humana

Fonte: SUCEN/IAL/CVE/CCD/SES/SP

SR = Serviço Regional da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN);

DRS = Departamento Regional de Saúde; GVE = Grupo de Vigilância Epidemiológica

Quadro 4. Classificação epidemiológica dos municípios segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral, Estado de São Paulo, 2019. (n=645 municípios) ([acesse aqui o link](#))

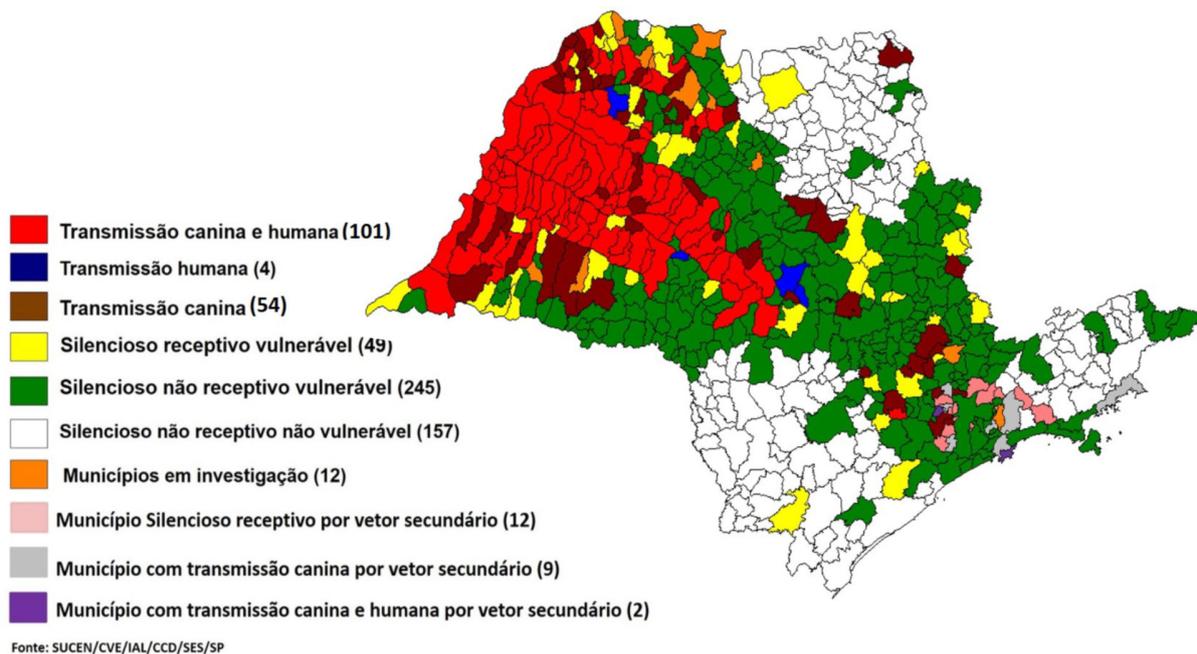


Figura 8. Leishmaniose Visceral - classificação epidemiológica por município, Estado de São Paulo, 2019

Comunicação e Educação em Saúde

Ações de Educação em Saúde no Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo, PVCLV-SP em 2019

A “Semana de Prevenção e Controle da Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo #Eu Apoio e Faço Parte” representa o conjunto de ações educativas referidas nas orientações do PVCLV do país, desde 2012. Suas atividades devem ser reafirmadas no cotidiano do trabalho das equipes de saúde dos municípios, para que se efetive seu objetivo de gerar conhecimentos a população sobre os cuidados com a saúde, com o ambiente e com os animais para prevenção da doença.

Em sua essência, destaca-se a relevância social dessa campanha para as comunidades onde ocorre a transmissão da doença, por ser considerada um dos elos de participação

dos indivíduos e grupos nas ações de vigilância e controle. Desenvolvida em uma linguagem simples e acessível, tem promovido informações, através das mídias, instituições públicas de saúde e demais, sendo reconhecida como uma importante mobilização coletiva para o PVCLV-SP.

Como atividades iniciais da semana de prevenção de 2019 foram publicados no estado informes digitais para sensibilização dos gestores e profissionais de saúde, do meio ambiente e da comunicação. Além disso, foi realizado o “VII Fórum Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo” trazendo atualização dos aspectos mais importantes relacionados a doença com expertises convidadas.

A sistematização das atividades desenvolvidas durante a semana de 05 a 10 de agosto de 2019 contabilizou 1516 (Tabela 6) atividades distribuídas em 119 municípios, sendo 75 com transmissão e 44

sem transmissão de LV/LVC (Tabela 7). Na avaliação dos resultados, destaca-se que ações de informações e comunicação em saúde foram as mais difundidas, sendo cerca de 850 atividades referidas em escolas, mídias, distribuição de folhetos em feiras, dentre outras.

O material e as estratégias desenvolvidas por município para promover as ações foram: vídeos, maquetes educativas, exposição com mostruários, palestras, confecção de porta-recados, blitz educativa em feira de adoção de animais aos tutores de cães, capacitações de agentes e fóruns de discussões com os médicos veterinários.

Uma das métricas da efetividade dessas ações foi o aumento da procura por informações sobre a doença pela população e pelas próprias

assessorias de comunicação e mídias locais, constatado por depoimentos dos profissionais de saúde nas planilhas de avaliação das ações educativas encaminhadas pelas regionais da Sucen. Também houve relatos das vigilâncias municipais em saúde sobre a realização de mutirões para manejo ambiental em áreas vulneráveis das cidades, incentivado por visitas domiciliares de equipes de agentes de saúde e de vetores.

No âmbito do programa, podemos assegurar que a interface entre educação, comunicação em saúde e mobilização social, baseada nos princípios da promoção da saúde³ constitui eixo prioritário para a produção da consciência social e ambiental, modos de vida mais saudáveis, sobretudo na abrangência do processo da LV.^{4,5}

Tabela 6. Leishmaniose Visceral - práticas educativas desenvolvidas pelos municípios durante as Semanas Estaduais de Combate a LV, Estado de São Paulo, 2019

Práticas Educativas	2019
Informação em Mídias	203
Atividade para Serviços de Saúde	213
Atividade para Profissionais de Saúde e Médicos Veterinários	119
Escolas	234
Atividade com Equipes de Vetores, Zoonoses e da Estratégia Saúde da Família	239
Distribuição de Cartazes e Folhetos	334
Feiras de Ciências em Praças Públicas	44
Outas Práticas	130
Total	1516

Fonte: Sucen

Tabela 7. Número de municípios envolvidos com práticas educativas durante as Semanas Estaduais de Combate a Leishmaniose Visceral, Estado de São Paulo, 2019

Municípios Envolvidos	2019
Municípios com Transmissão Humana e Canina de LV	75
Municípios sem Transmissão	44
Total	119

Fonte: Sucen

Entretanto, observa-se que ainda prevalece uma comunicação informacional, existindo poucos espaços para o diálogo e a participação social. Isso posto, persiste o desafio de propiciar-se experiências formativas (educação permanente e

continuada) aos profissionais de saúde que lidam nos cenários de transmissão da doença, de forma a produzir relações mais horizontais e democráticas,⁶ visando o protagonismo da população nas ações de promoção da saúde para controle da LV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rangel O; Sampaio SMP; Henriques LF; Moraes GSC; Rodas LAC; Casanova C. Vigilância Entomológica no Programa de Vigilância e Controle de
2. Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo. BEPA 2019;16(192):47-57.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Leishmaniose Visceral. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 3.ed. Brasília (DF); 2019:503-22.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
6. São Paulo (Estado). Coordenadoria de Controle de Doenças, Comitê de Leishmaniose Visceral Americana. Classificação epidemiológica dos municípios segundo o Programa de Vigilância e Controle da leishmaniose visceral americana no estado de São Paulo. Bol. epidemiol. paul. 2015; 12(143):1-8.
7. Martínez-Hernández A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 399-405, 2010.

Reinfecção, recorrência ou re-deteção de COVID-19, dezembro 2020

COVID-19 reinfection, recurrence or re-detection, December 2020

Divisão Técnica de Doenças de Transmissão Respiratória. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Instituto Adolfo Lutz.

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

O avanço da doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), a COVID-19, a continuidade dos casos ao longo do tempo e os novos achados têm desafiado os pesquisadores e a saúde pública no enfrentamento da pandemia.

No passado, foram documentadas reinfecções por outros coronavírus, por isso, a ocorrência de reinfecções por SARS-CoV-2 não pode ser descartada.

Elucidar as características e a frequência de reinfecção pelo SARS-CoV-2 é crucial, pois pode impactar nossa atual compreensão em relação à imunidade adaptativa, humoral e celular, após a infecção natural, assim como no desenvolvimento de vacinas.

Além disso, estudos mostram que nem todos os pacientes com COVID-19 têm título de anticorpo mensurável após sua recuperação.

A presença prolongada de material genético em um hospedeiro é comum em muitas infecções virais, mesmo após a eliminação do vírus e a resolução dos sintomas. Neste sentido, não está esclarecido, até o momento, de forma definitiva, a duração da detecção do RNA do SARS-CoV-2 por meio de teste de RT-PCR em um paciente. Estudos têm mostrado detecção do RNA viral em amostras do trato respiratório superior até 104 dias (aproximadamente 3,5 meses) após o início dos sintomas.

Deste modo, é incerto se o teste de RT-PCR do indivíduo permaneceu positivo por um longo

período de tempo após o primeiro episódio de infecção ou se representa uma reinfecção verdadeira.

Os testes sorológicos não devem ser usados para estabelecer a presença ou ausência de reinfecção pelo SARS-CoV-2.

Destaque-se que os dados atualmente disponíveis derivam de estudos em adultos e que não há dados suficientes disponíveis em crianças, adolescentes e em imunocomprometidos.

Com base nos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), pelo *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC), pelo *Center for Diseases and Controls* (CDC) e em artigos publicados até o momento, os quais orientam estratégias para a investigação de possíveis casos de reinfecção, elaborou-se as orientações para a notificação e investigação dos casos suspeitos de reinfecção, no âmbito do Estado de São Paulo, discriminadas a seguir:

- As precauções, a duração do isolamento e o manejo clínico do indivíduo suspeito de reinfecção e de seus contatos devem ser iguais ao orientado para o primeiro episódio de COVID-19.
- Será elegível para a **investigação de reinfecção** pelo SARS-CoV-2 indivíduo com duas ou mais

detecções de RNA viral por meio de RT-PCR, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória. Este indivíduo pode ter passado por um período assintomático e/ou com RT-PCR negativo entre as detecções, podendo ser sintomático ou não, na primeira e/ou na segunda detecção.

- Será considerada **reinfecção** (“**reinfection**”) quando o sequenciamento do genoma demonstrar diferenças que comprovem que o novo episódio pode ser atribuído a um variante viral diferente do episódio anterior.
- Será considerada **recorrência** (“**recurrence**”) quando o sequenciamento do genoma **não** demonstrar diferenças que comprovem que o novo episódio pode ser atribuído a um vírus diferente do episódio anterior.
- Será considerada **re-deteção** (“**long-term RNA positives**”) quando a investigação epidemiológica e laboratorial do caso revelar que **não** ocorreu um período assintomático ou com RT-PCR negativo entre os episódios.

Os casos devem ser notificados no SIVEP-Gripe ou no e-SUS, de acordo com as definições de caso vigentes, e os episódios serão considerados de forma

isolada sendo que **na ficha de investigação do episódio subsequente deve constar no campo observação a informação: Provável reinfecção.**

A vigilância epidemiológica municipal/regional deverá encaminhar as fichas de notificação do caso suspeito (e-SUS e/ou SIVEP-Gripe), os resultados laboratoriais (GAL e outros) digitalizados e um relatório de investigação do caso para o e-mail dvresp@saude.sp.gov.br, conforme descrito no **Anexo I**. O relatório deverá conter além das informações sobre a demografia do caso, seu quadro clínico, radiológico, presença de hospitalização, evolução do caso e exames de RT-PCR, assim como apontar de forma precisa o intervalo de tempo entre os episódios que deverá ser ≥ 90 dias.

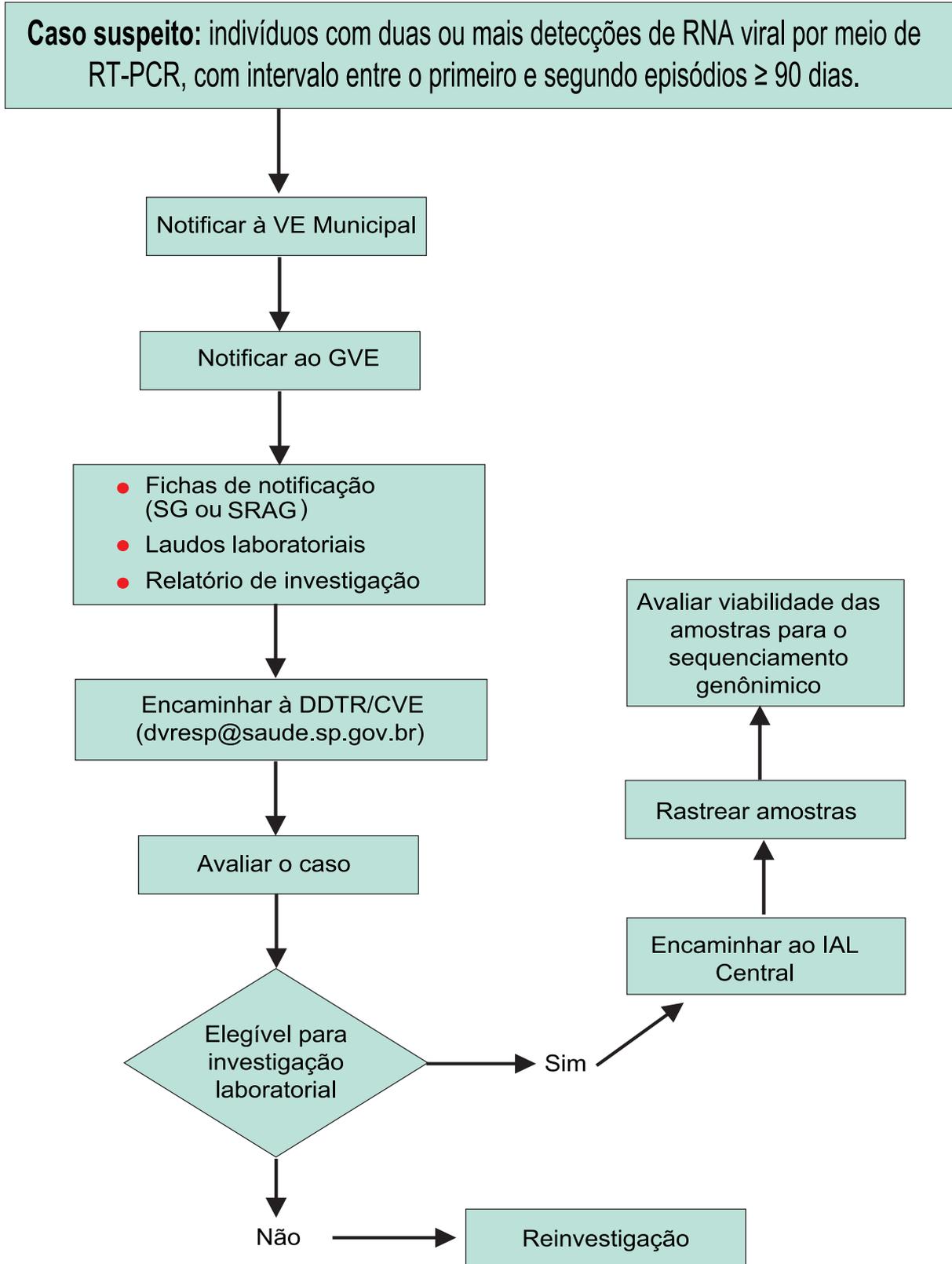
Neste momento, serão considerados para investigação de reinfecção os casos que apresentem pelo menos duas amostras de RT-PCR cadastradas no GAL.

É de responsabilidade a área técnica da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE), reavaliar as evidências e encaminhar listagem dos casos suspeitos de reinfecção para o Instituto Adolfo Lutz (IAL) que irá realizar o rastreo das amostras, avaliar sua viabilidade para serem sequenciadas e posterior sequenciamento de genoma completo. Cabe ainda ao IAL, encaminhar um relatório dos sequenciamentos ao CVE que por sua vez comunicará as vigilâncias epidemiológicas regionais e ao MS.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Orientações preliminares sobre a conduta frente a um caso suspeito de reinfecção da covid-19 no Brasil. Nota técnica N° 52/2020–GPNI/DEIDT/SVS/MS. Disponível em https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/comunicacao_novo/saude/SEI_MS_-_0017401088_-_Nota_Tecnica_final_1.pdf
2. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Orientações provisórias para detecção de casos de reinfecção pelo SARS-CoV-2, 27 de outubro de 2020, Washington, DC OPAS/OMS.2020. Disponível em www.paho.org
3. Arafkas M, Khosrawipour T, Kocbach P, Zielinski K, Schubert J, Mikolajczyk A, Celinska M, Khosrawipour V. Current meta-analysis does not support the possibility of COVID-19 reinfections. *J Med Virol.* 2020 Sep 8. doi: 10.1002/jmv.26496.
4. ECDC Threat Assessment brief: Reinfection with SARS-CoV-2: considerations for public health response. 21 September 2020. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Re-infection-and-viral-shedding-threat-assessment-brief.pdf>
5. Mahase E. Covid-19: WHO and South Korea investigate reconfirmed cases. *BMJ* 2020;369:m1498 doi: 10.1136/bmj.m1498
6. Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Anexo I.
Fluxo de investigação de casos suspeitos de reinfecção por COVID-19, Estado de São Paulo, 2020



Dados epidemiológicos

A pandemia de COVID-19 na Região do Grande ABC: atualização com base no censo hospitalar

The COVID-19 pandemic in the Greater ABC Region: update based on the hospital census

Equipe Técnica do Grupo de Vigilância Epidemiológica VII (GVE-VII). Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

Este artigo atualiza as informações sobre a evolução da pandemia de COVID-19 nos sete municípios integrantes da Região do Grande ABC, que ocupa a porção sudeste da Região Metropolitana de São Paulo (figura 1). Assim como na publicação anterior,^a as análises aqui apresentadas têm como base o “Censo COVID-19”, plataforma criada

pela SES-SP em março último^b e alimentada diariamente pelos hospitais públicos e privados do Estado de São Paulo com dados referentes às internações de casos suspeitos ou confirmados da doença. Complementarmente, dados extraídos do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) foram utilizados para expor as taxas de mortalidade por COVID-19 nos diferentes municípios.

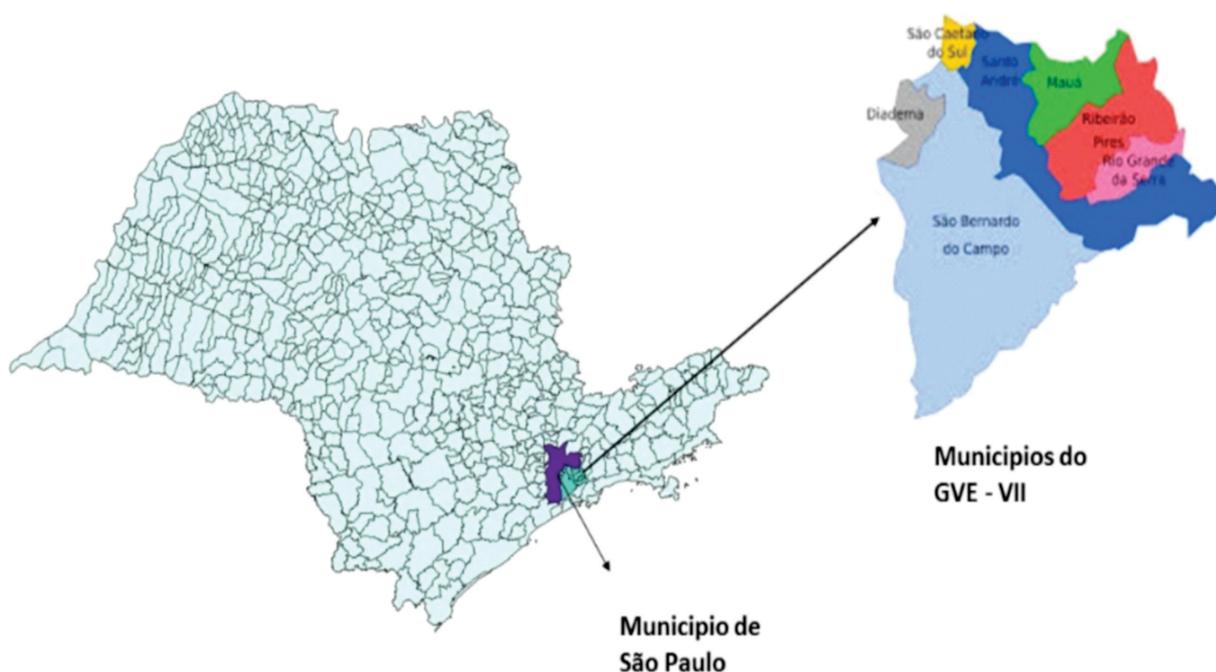


Figura 1. Região do Grande ABC, Estado de São Paulo (Grupo de Vigilância Epidemiológica de Santo André – GVE VII)

^aBepa 2020; 17(199): 18-29.

^bResolução SS-SP 42, de 30 de março de 2020, posteriormente modificada pela Resolução SS-SP 111, de 23 de julho de 2020.

Do ponto de vista metodológico, convém apontar dois aspectos importantes para a correta interpretação das informações apresentadas adiante. Inicialmente deve-se observar que, por se tratar de internações hospitalares, os números se referem a locais de ocorrência (e não de residência), exceto a tabela de taxas de mortalidade. O segundo aspecto envolve a adesão dos hospitais à notificação na plataforma: somente a partir da Semana Epidemiológica (SE) 17 foi alcançada certa estabilidade no número de notificantes, motivo pelo qual as análises têm início nessa semana. A partir da SE 22 houve crescimento gradativo da oferta de leitos, com a introdução dos hospitais de campanha, alguns dos quais foram posteriormente desativados entre as SE 32 e 35 (correspondentes ao mês de agosto) diante da ociosidade dos leitos num período de decréscimo da epidemia.^c Todavia, como será possível perceber mais à frente, as tendências de crescimento ou regressão da epidemia registrados por meio da observação dos dados do “Censo COVID-19” não guardam relação com as pequenas variações do número de hospitais notificantes; são, de fato, reflexos da dinâmica própria da evolução da doença na região, observada pela ótica das internações hospitalares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Gráfico 1 mostra as variações diárias dos números totais de casos confirmados, internados em enfermaria ou UTI,

juntamente com a média móvel semanal desses casos.^d As internações cresceram aceleradamente, atingindo seu pico no final de junho; seguiram-se praticamente 03 meses de decréscimo, porém em ritmo bem menor do que a subida. Esse movimento foi interrompido no início de outubro, substituído por praticamente 01 mês de estagnação. Ao final da primeira semana de novembro as internações de casos confirmados novamente cresceram, em ritmo tão acelerado quanto o do início da série. O Gráfico 2 reproduz o mesmo histórico, porém tendo como critério o agrupamento dos casos por Semana Epidemiológica.

O Gráfico 3 sobrepõe a curva diária de casos confirmados internados à quantidade, também diária, de hospitais notificantes. A imagem sugere que não será razoável atribuir às pequenas variações dos números de hospitais notificantes as grandes tendências da evolução da epidemia descritas nos gráficos anteriores.

A evolução do número de óbitos está representada nos gráficos 4, 5 e 6. O Gráfico 4 apresenta as ocorrências diárias e o acumulado no período de observação (01/04 a 12/12).

O Gráfico 5, construído à semelhança do Gráfico 1, expõe os óbitos diários e a média móvel semanal.

E o Gráfico 6 demonstra a ocorrência dos óbitos agrupados por Semana Epidemiológica.

^cNo período mais crítico (até aqui) da epidemia, durante a SE 26 (21 a 27/06), a região contava com 1665 leitos de enfermaria e 813 de UTI destinados exclusivamente ao atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, considerando as redes SUS e suplementar. Desses, 755 leitos de enfermaria e 156 de UTI estavam locados em 08 hospitais de campanha. Estes, atualmente (SE 50), foram reduzidos a 05, com 535 leitos de enfermaria e os mesmos 156 de UTI. No total a região tem (SE 50) 1259 leitos em enfermaria e 705 em UTI reservados para COVID-19 (749 e 356 de enfermaria e UTI, respectivamente, no SUS; e 510 e 349 na rede suplementar).

^dCada barra representa o número de pessoas que estavam internadas na data correspondente e cada ponto da linha contínua a média dos últimos 07 dias, incluindo aquele.

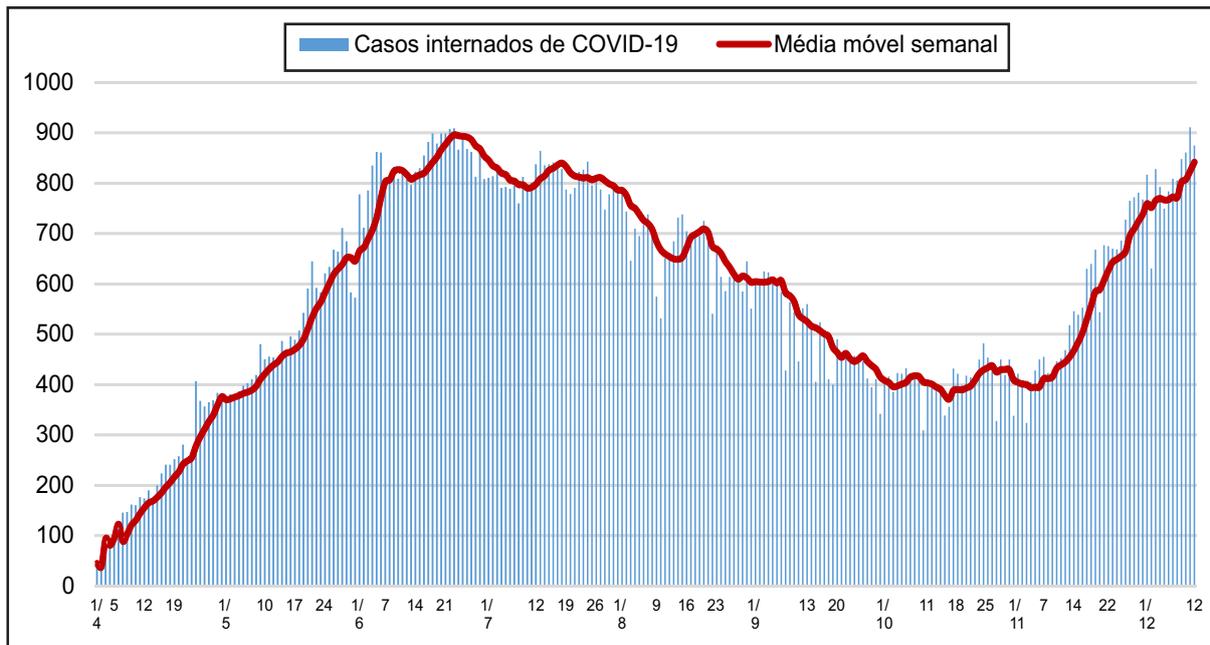


Gráfico 1. Média móvel semanal dos casos de COVID-19 confirmada internados nos hospitais da Região do Grande ABC, Estado de São Paulo, 01/04 a 12/12/2020

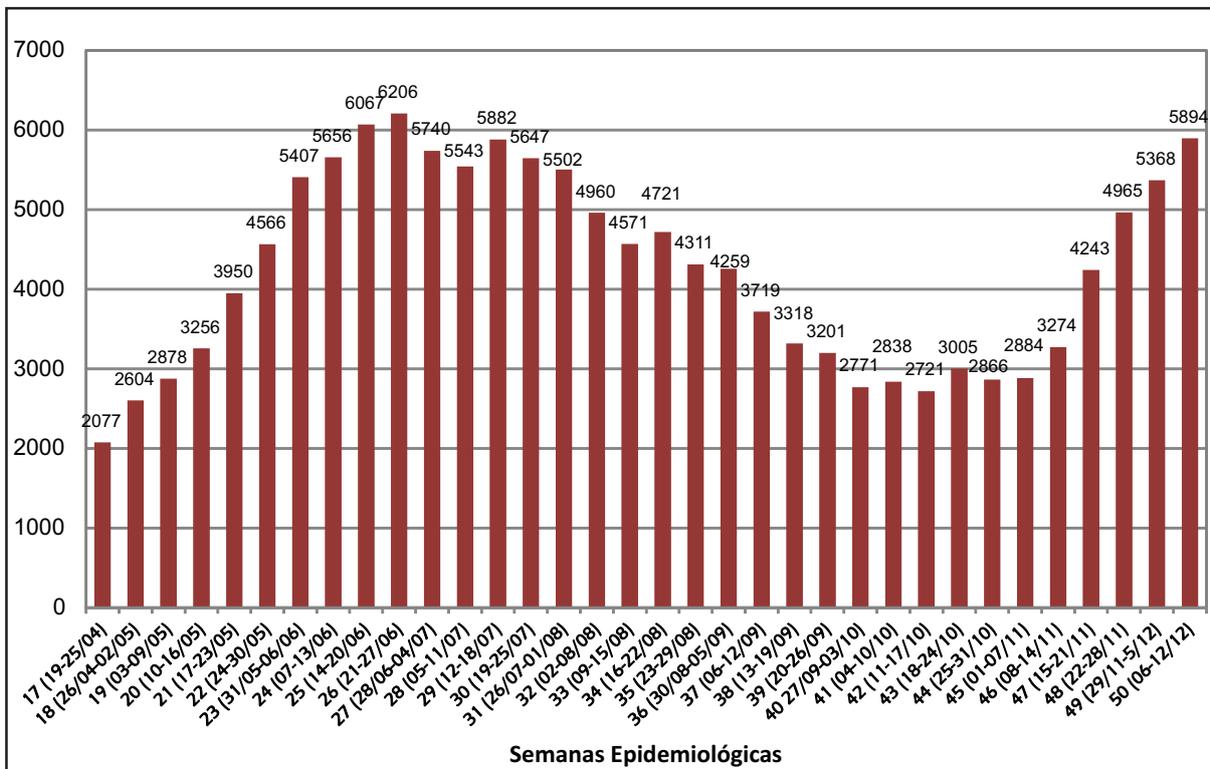


Gráfico 2. Casos de COVID-19 confirmada internados nos hospitais do Grande ABC, Estado de São Paulo, durante as semanas epidemiológicas 17 a 50/2020

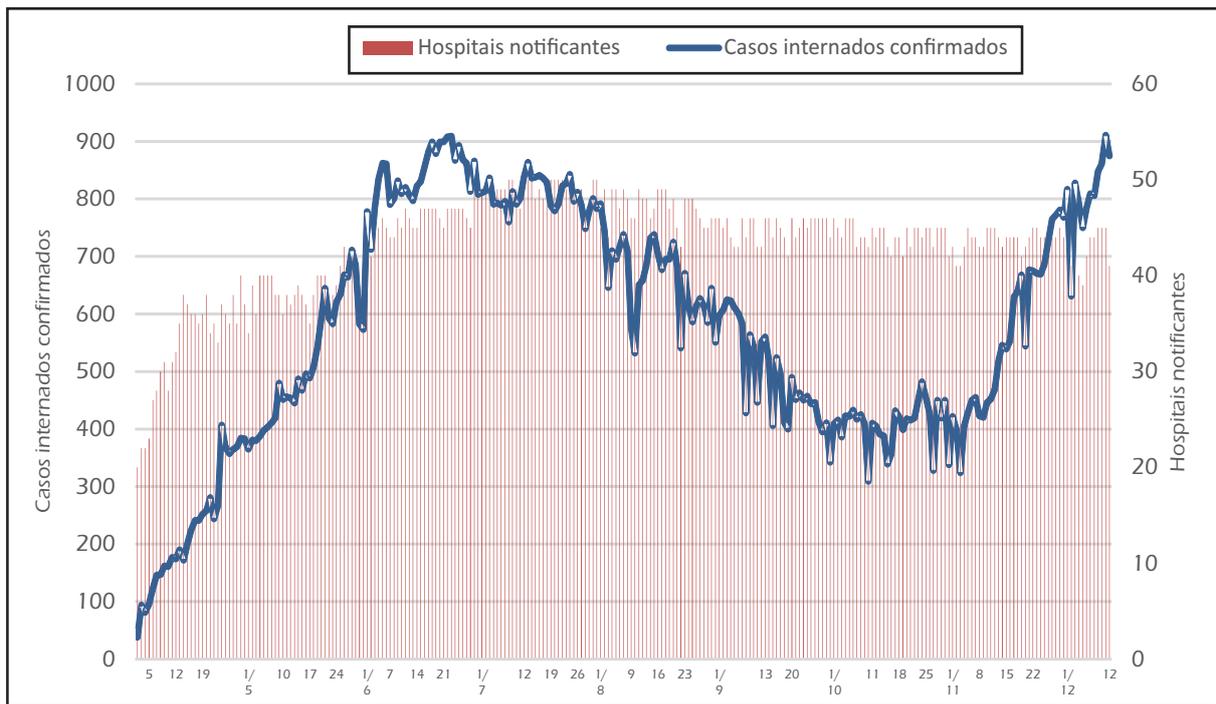


Gráfico 3. Casos internados confirmados e hospitais notificantes à plataforma “Censo COVID” - Região do Grande ABC, Estado de São Paulo, 01/04 a 12/12/2020

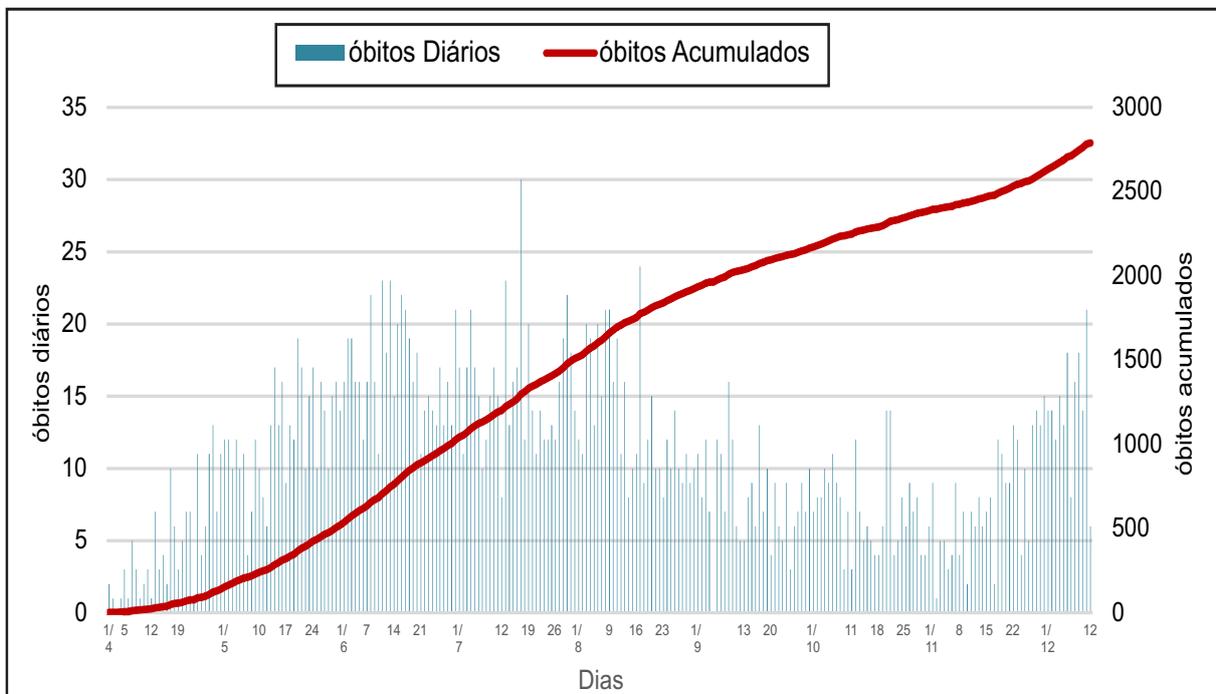


Gráfico 4. Óbitos por COVID-19, diários e acumulados, de internados em hospitais da Região do Grande ABC, Estado de São Paulo, 01/04 a 12/12/2020

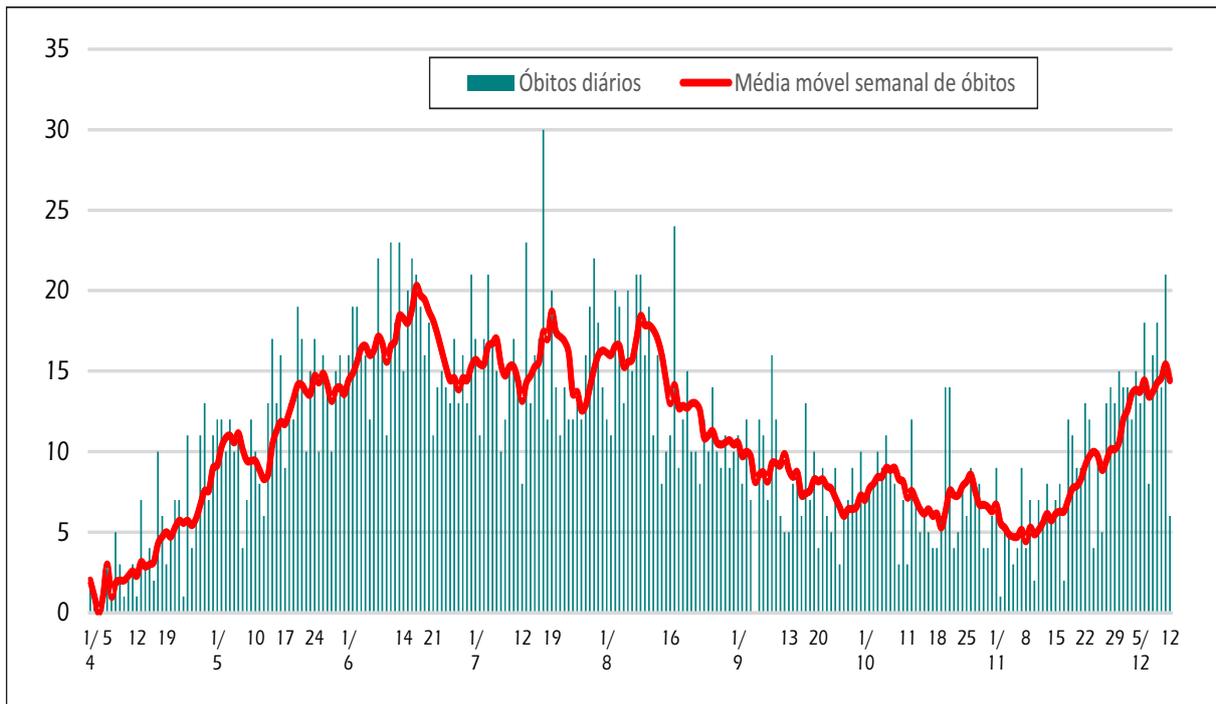


Gráfico 5. Média móvel semanal de óbitos de pacientes internados com COVID-19 confirmada nos hospitais da Região do Grande ABC, Estado de São Paulo, 01/04 a 12/12/2020

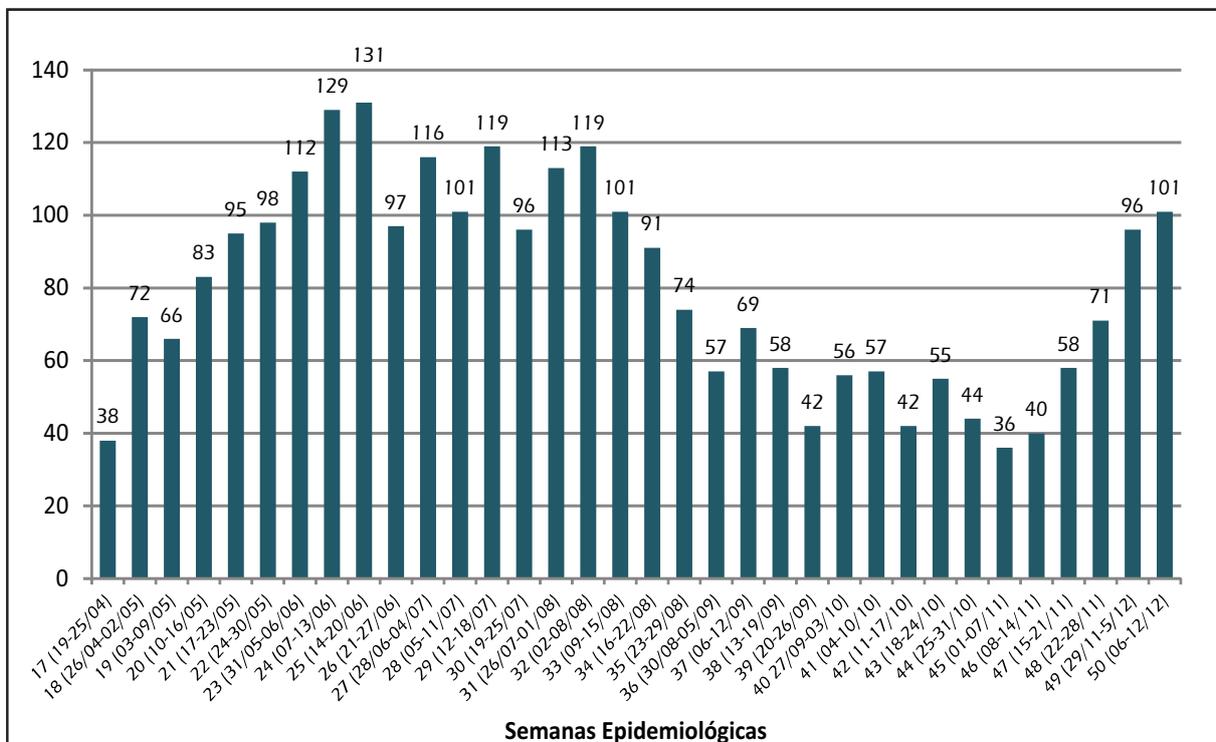


Gráfico 6. Óbitos por COVID-19 em pacientes internados nos hospitais do Grande ABC, Estado de São Paulo, nas semanas epidemiológicas 17 a 50/2020

Esses gráficos mostram, sob ângulos um pouco diferentes, que o comportamento dos óbitos é semelhante ao que foi observado para os casos confirmados, exceto pelo fato de que a tendência de estabilização, já no período de decréscimo após o pico na SE 25 (14 a 20/06), foi mais longa, estendendo-se por praticamente 09 semanas (SE 36 a 44). A SE 45, com o menor número de óbitos de toda a série e a terceira seguida com queda expressiva de mortes, parecia indicar recuo seguro da gravidade da epidemia. No entanto, as semanas seguintes registraram aumento vertiginoso dos óbitos, proporcionalmente ainda maior do que o observado com as internações de casos confirmados. No comparativo de casos e óbitos referentes às SE 45 e 50, os casos confirmados internados cresceram 104,4% (2884 para 5894) e os óbitos 180,6% (36 para 101).

Ainda em relação aos óbitos, na Tabela 1 estão dispostas as ocorrências totais por município, atualizadas até 10/12/2020 e calculada a mortalidade por 100 mil habitantes. Os dados foram extraídos do Sistema de Informações de Mortalidade e estão sujeitos a alterações.

É possível que a maior incidência de óbitos em São Caetano do Sul esteja relacionada à

estrutura etária da população: enquanto na média dos demais municípios a proporção de maiores de 50 anos representa 15,2% da população, em São Caetano essa relação alcança 25,2%.^e Alguns estudos que começam a ser projetados para a avaliação dos óbitos por COVID-19 no Grande ABC pretendem esclarecer melhor essas e outras questões relativas à mortalidade pela doença na região.

O recrudescimento da epidemia, evidenciado nos gráficos acima, fez dobrar as preocupações quanto à disponibilidade de leitos hospitalares, principalmente nas unidades de terapia intensiva (UTI). No Gráfico 7 estão apresentadas as taxas de ocupação de leitos de UTI reservados para COVID do SUS e do sistema suplementar em datas diversas, nos meses de outubro, novembro e dezembro, abrangendo o conjunto dos municípios do ABC. As duas primeiras datas, inseridas nas SE 42 e 44, ainda correspondem ao período de estagnação da curva epidêmica. As demais já adentram a nova fase de expansão da pandemia. Entre as primeiras e as últimas, as taxas de ocupação em UTI praticamente dobraram, atingindo o preocupante patamar de 70%.

Tabela 1. Óbitos e taxas de mortalidade por COVID-19 (CID-10 B34.2) segundo município. Região do Grande ABC, Estado de São Paulo, até 10/12/2020 (dados preliminares)

Município	Óbitos por COVID-19*	População**	Óbitos/100 mil hab
Diadema	478	426.757	112,0
Mauá	419	477.552	87,7
Ribeirão Pires	103	124.159	83,0
Rio Grande da Serra	29	51.436	56,4
Santo André	851	721.368	118,0
São Bernardo do Campo	1038	844.483	122,9
São Caetano do Sul	263	161.957	162,4
Total GVE-VII	3181	2.807.712	113,3

*SIM local. Base gerada em 11/12/2020.

**Estimativas elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

^eCom base nas populações estimadas pelo IBGE para 2019.

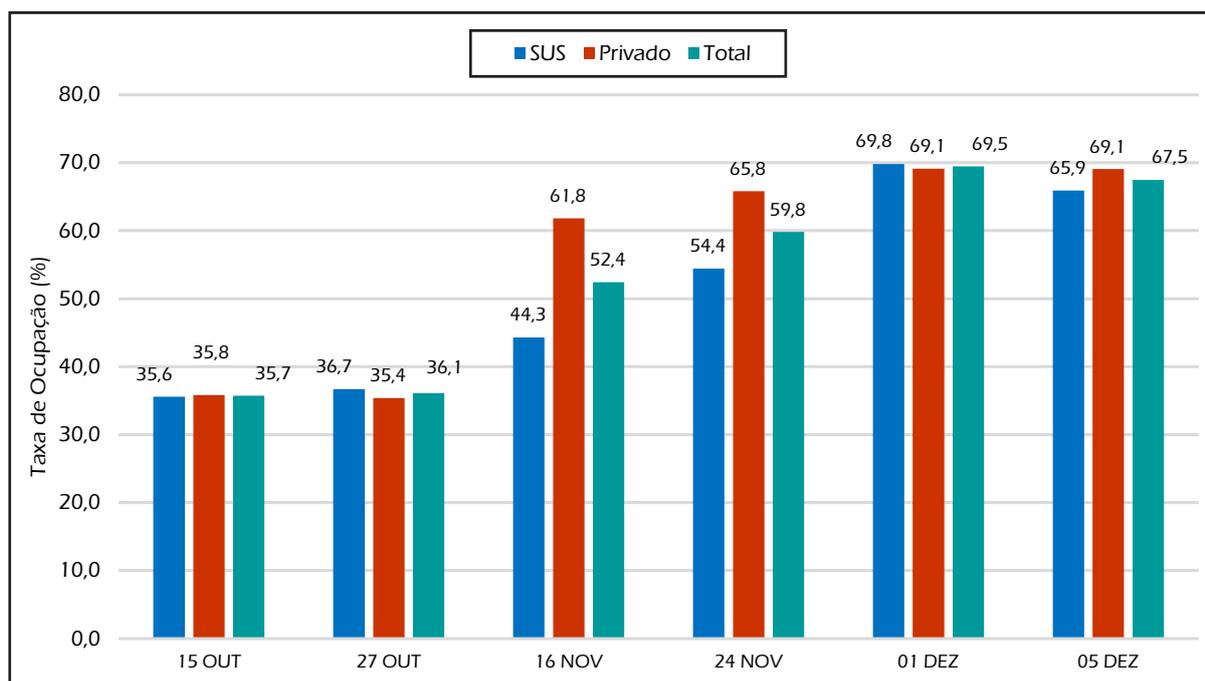


Gráfico 7. Evolução das Taxas de Ocupação (%) em leitos reservados para COVID-19 em UTI de hospitais públicos e privados - Região do Grande ABC, Estado de São Paulo, datas variadas de outubro a dezembro/2020

CONCLUSÕES

Desde o início de abril último, técnicos do GVE-VII acompanham diariamente os dados inseridos pelos hospitais da região na plataforma “Censo COVID-19”. Como já comentado em artigo anterior, a dedicação das equipes hospitalares que alimentam a plataforma tem permitido recolher dados muito confiáveis e importantes para a identificação das tendências de evolução da pandemia no ABC paulista. As informações produzidas ao longo desse trabalho têm sido continuamente transmitidas aos hospitais notificantes e aos órgãos de vigilância em saúde e de gestão da saúde na região.

O desenvolvimento da epidemia retratado com o auxílio dessa ferramenta descreve com clareza as fases de ascensão, regressão lenta e incompleta, estagnação e nova ascensão, em ritmo aparentemente tão intenso quanto

o da fase inicial. É possível elencar muitas hipóteses a respeito de fatores eventualmente envolvidos nesse desenrolar, distribuídos na tríade agente-hospedeiro-meio ambiente, desde características biológicas (se é que o rigor taxonômico nos permite utilizar esta expressão) do vírus, até as mais diversas e complexas expressões humanas (físicas, psíquicas e sociais), que interagem com o ambiente em que predominam – mesmo numa região de certo modo privilegiada como o Grande ABC – graves disfunções econômicas e sociais. Uma das exigências que surtos e epidemias cobram dos trabalhadores de saúde é a de estudar o cenário epidemiológico que se oferece e encontrar respostas para os desafios atuais e futuros.

Tem sido fartamente utilizado um conceito de “nova onda” para a descrição do fenômeno que caracteriza a fase mais recente da epidemia. Isso nos parece um

tanto impróprio, porque dá a entender que é a repetição, mesmo que com nuances, de algo que já ocorreu antes. Talvez seja mais coerente com a nossa realidade pensar num “prolongamento renovado”: uma ocorrência em que a estrutura principal se mantém e que agrega novos elementos, alguns dos quais decorrentes dela própria, como as vicissitudes econômicas e o aumento das desigualdades; e outros, que são atávicos da humanidade, como o convívio cotidiano e as celebrações de alegria e luto. Todos pressionando, quase inconscientemente em alguns casos e muito irresponsavelmente em outros, pelo fim das precauções sociais, como se, de fato, estivéssemos no “finalzinho da pandemia”.

AGRADECIMENTOS

À equipe de apoio do GVE-VII, que garante as condições materiais e participa das reflexões diárias sobre a pandemia; à equipe do GVS-VII, pela abertura do acesso à plataforma e colaboração permanente; às equipes municipais de vigilância em saúde, parceiras permanentes na notificação e revisão de casos e nas discussões para a compreensão da expressão regional da epidemia; e às equipes hospitalares, que se colocam com coragem e conhecimento na linha de frente do controle da epidemia e do tratamento humano dos pacientes e que não descuidam do cuidado com os dados epidemiológicos, tão necessários ao enfrentamento coletivo da doença.

Dados epidemiológicos

Novo Coronavírus (COVID-19) – Situação Epidemiológica em 22 de dezembro

New Coronavirus (COVID-19) - Epidemiological Situation on December 22

Divisão de Doenças Respiratórias. Central/Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

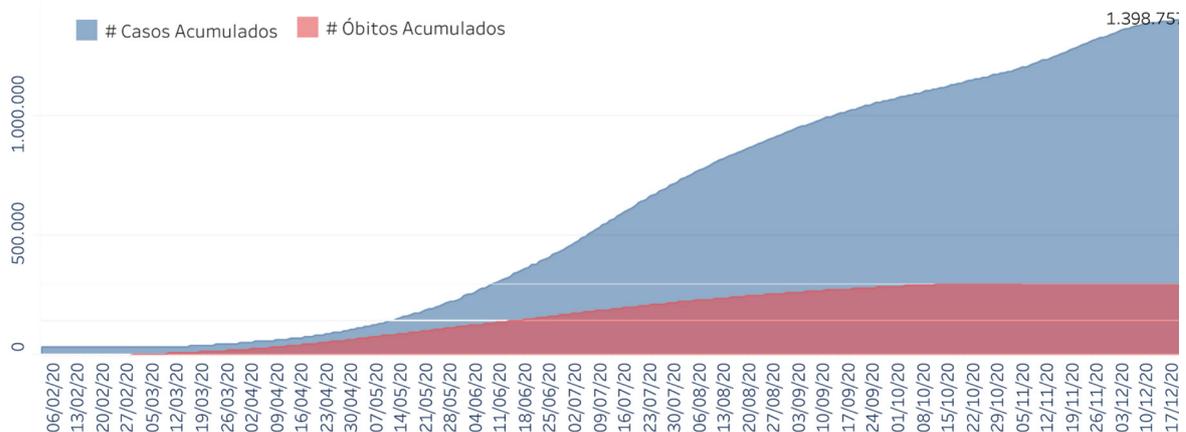
Atualizado em 22/12/2020 00:01:50

Situação em números de COVID-19 (casos confirmados e óbitos)			
Mundial	Óbitos Mundiais	Estado de São Paulo	Óbitos Estado de São Paulo
76.023.488	1.694.128	1.398.757	45.395

*FONTE: World Health Organization - Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Data: 22/12/2020 00:00:00 GMT 00:00

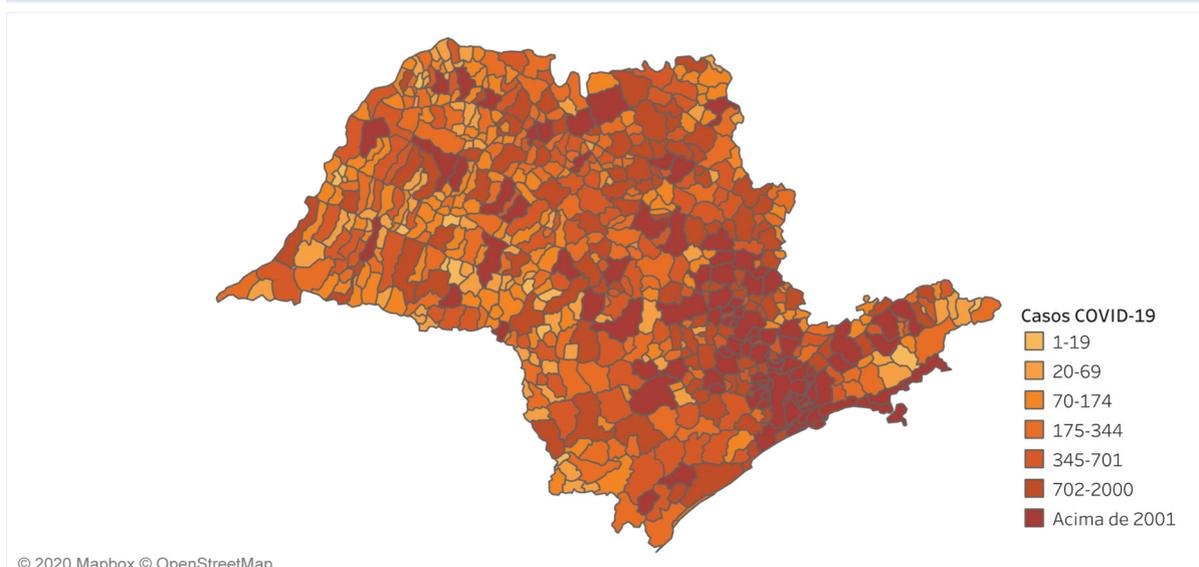
FONTE: CVE/CCD/SES-SP

Casos e óbitos confirmados para COVID-19, acumulados até 22/12/2020. Estado de São Paulo



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

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



© 2020 Mapbox © OpenStreetMap

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

BEPA 2020;(204):47-50

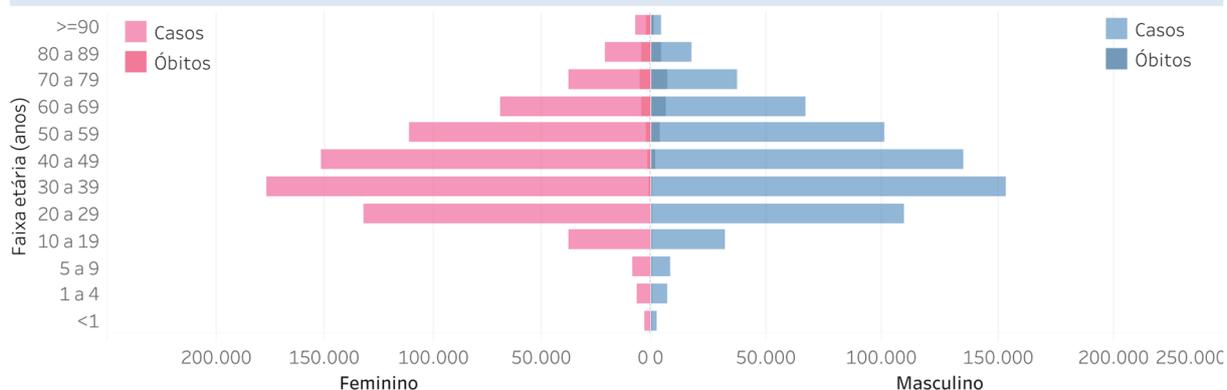
Município	# Casos	Óbitos	Município	# Casos	Óbitos	Município	# Casos	Óbitos
ADAMANTINA	589	15	IACANGA	347	5	PEDREGULHO	107	3
ADOLFO	141	5	IACRI	79	0	PEDREIRA	720	11
AGUAÍ	502	10	IARAS	75	3	PEDRINHAS PAULISTA	43	1
AGUAS DA PRATA	86	5	IBATE	553	6	PEDRO DE TOLEDO	115	8
AGUAS DE LINDOIA	277	8	IBIRAMA	204	5	PENAPOLIS	1.872	43
AGUAS DE SANTA BARBARA	44	1	IBIRAREMA	204	5	PEREIRA BARRETO	428	10
AGUAS DE SAO PEDRO	44	2	IBITINGA	1.973	53	PERUIBE	1.600	56
AGUDOS	979	18	IBIUNA	577	32	PIACATU	1.153	46
ALAMBARI	119	4	ICEM	219	3	PIEDADE	1.132	17
ALFREDO MARCONDES	100	3	IEPE	140	5	PILAR DO SUL	415	11
ALTAIR	253	8	IGARACU DO TIETE	547	15	PINDAMONHANGABA	3.031	67
ALTINOPOLIS	117	3	IGARAPAVA	735	31	PINHALZINHO	170	2
ALTO ALEGRE	363	11	IGARATA	1.025	8	PIQUEROBI	59	0
ALUMINIO	99	6	IGUAPE	718	17	PIRACANGA	649	6
ALVARES FLORENCE	393	11	ILHA COMPRIDA	207	9	PIRACICABA	18.300	409
ALVARES MACHADO	43	0	ILHA SOLTEIRA	590	18	PIRAJUA	391	9
ALVARO DE CARVALHO	21	0	ILHABELA	2.781	15	PIRANGA	670	10
ALVINLÂNDIA	383	11	INDAIATUBA	10.645	279	PIRANGUL	396	16
AMERICANA	7.332	201	INDIANA	173	4	PIRIPORA DO BOM JESUS	746	26
AMERICO BRASILIENSE	1.001	16	INDIAPORA	44	0	PIRASSUNUNGA	1.151	38
AMERICANO DE CAMPOS	376	12	INUBIA PAULISTA	40	1	PIRATUNINGA	2.071	58
AMPARO	1.525	35	IPAUSSU	381	4	PIRATUNINGA	397	11
ANALÂNDIA	43	2	IPERO	331	5	PIRATUNINGAS	1.515	34
ANDARAÍ	403	11	IPÊUNA	156	1	PLANALTO	216	3
ANHEMBI	33	1	IPIGUA	330	9	PLATINA	77	2
ANHUMAS	120	3	IPORANGA	91	1	POLONI	2.727	133
APARECIDA	580	13	IPUA	657	24	POMPEIA	136	3
APARECIDA D'OESTE	329	9	ITAPETICA DA SERRA	1.478	19	PONTAL	213	5
APIAI	231	8	ITAPETUNINGA	182	4	PONTALINDA	90	0
APICACARIGUAMA	10	0	ITAPERUNA	122	2	PONTALVISTA	149	3
ARACATUBA	9.609	198	ITABERA	371	5	POPULINA	66	3
ARACÓIABA DA SERRA	819	17	ITAJAÍ	209	21	PORANGABA	71	1
ARAMINA	136	4	ITAJOBÍ	526	12	PORTO FELIZ	1.117	22
ARANDU	14	0	ITAJU	193	1	PORTO FERREIRA	1.502	41
ARAPEÍ	7.436	84	ITANHAEIM	2.113	94	POTIM	382	9
ARARÁQUARA	5.880	88	ITAOCA	41	0	POTIRENDABA	753	24
ARARUAMA	18	0	ITAPETICA DA SERRA	3.282	184	POTIRENDABA	98	0
ARCO-IRIS	202	2	ITAPETUNINGA	3.524	73	PRADOPOLIS	835	22
AREALVA	581	0	ITAPEVA	1.461	43	PRAIA GRANDE	9.225	307
AREIÓPOLIS	177	4	ITAPEVI	3.985	253	PRAIA GRANDE	66	2
ARIRANHA	196	8	ITAPORA	715	1	PRESIDENTE ALVES	95	2
ARTUR NOGUEIRA	1.410	39	ITAPORANGA	2.213	52	PRESIDENTE BERNARDES	446	11
ARUJA	2.754	110	ITAPUÍ	405	5	PRESIDENTE BERNARDES	736	24
ASPAÍ	51	2	ITAPURU	87	2	PRESIDENTE EPITÁCIO	736	24
ASSIS	2.080	35	ITAPURUBA	5.356	341	PRESIDENTE FERREIRA	820	22
ATIBAIA	691	8	ITARARE	890	28	PRESIDENTE VIDENTE	700	26
AURIFLAMA	663	14	ITARARÉ	516	11	PRESIDENTE VENCESLAU	2.239	16
AVAI	132	3	ITARIRI	362	7	QUADRA	65	2
AVANHANDAVA	1.232	21	ITATIBA	2.633	32	QUATÁ	275	4
AVARE	126	3	ITATINGA	443	8	QUELUZ	59	1
BADY BASSITT	1.128	23	ITIRAPINA	57	1	QUINTANA	367	11
BALBINOS	253	3	ITOBÍ	451	19	RAFARD	243	4
BALSAMO	27	0	ITU	4.771	119	RAFAELIA	1.111	17
BANANAL	186	1	ITUPEVA	2.297	44	REDENCA DA SERRA	24	0
BARÃO DE ANTONINA	25	2	JABORANDI	688	33	REGENTE FEIJÓ	213	10
BARBOSA	1.286	29	JACAREÍ	162	3	REGINÓPOLIS	129	2
BARÍ	1.175	26	JACUIRANGA	1.034	51	REGISTRO	2.202	51
BARRA BONITA	63	0	JARDINA	2.394	62	RESTINGA	89	0
BARRA DO CHAPEU	5	0	JARDINÓPOLIS	101	5	RIBEIRA	68	0
BARRA DO TURVO	5.873	151	JARINU	2.352	111	RIBEIRÃO BONITO	404	9
BARRINHA	623	34	JAU	1.101	53	RIBEIRÃO BRANCO	335	8
BARUERI	10.939	457	JERIQUARA	580	25	RIBEIRÃO CORRENTE	78	3
BASTOS	237	7	JOÃO RAMALHO	4.147	90	RIBEIRÃO DO SUL	80	1
BATATAIS	947	34	JOÃO RIBEIRO	71	0	RIBEIRÃO DOS INDIOS	41	0
BAURÍ	17.584	288	JOÃO RIBEIRO	192	3	RIBEIRÃO GRANDE	1.044	33
BEBEDOURO	39	0	JOÃO RIBEIRO	1.333	3	RIBEIRÃO PIRES	2.986	96
BENTO DE ABREU	60	0	JOSE BONIFACIO	1.565	25	RIBEIRÃO PRETO	30.196	931
BERNARDINO DE CAMPOS	1.307	52	JULIO MESQUITA	44	2	RIFANA	57	0
BERTIÓGA	161	3	JUMIRIM	103	1	RINÓPOLIS	116	4
BILAC	4.062	115	JUNDIAÍ	16.746	465	RIO CLARO	110	0
BIRIGUI	51	0	JUNQUEIROPOLIS	303	8	RIO DAS PEDRAS	4.796	160
BIRITIBA-MIRIM	357	56	JUQUÍIA	574	14	RIO GRANDE DA SERRA	855	33
BOA ESPERANCA DO SUL	264	33	JUQUITIBA	1.291	18	RIO GRANDE DA SERRA	830	33
BOCAINA	242	4	LAGOINHA	76	1	RIOLÂNDIA	386	10
BOFETE	180	4	LARANJAL PAULISTA	1.041	8	RIVERSUL	30	0
BOITUVA	1.806	25	LAVÍNIA	474	4	ROSANA	262	7
BOM JESUS DOS PERDOES	471	3	LAVRINHAS	83	1	ROSEIRA	290	0
BOM SUCESSO DE ITARARÉ	14	0	LEME	3.198	84	RUBINEIA	53	0
BORA	174	2	LENÇOIS PAULISTA	3.570	53	SABINO	101	0
BORACEIA	336	2	LIMEIRA	10.796	287	SABOENS	19	0
BORBOREMA	54	0	LINDOIA	124	3	SALES	96	0
BORBÉ	357	56	LINS	3.347	53	SALES OLIVEIRA	503	16
BOTUCATU	4.897	94	LORENA	1.412	34	SALESOPÓLIS	291	1
BRAGANÇA PAULISTA	121	6	LOURDES	68	1	SALMOURAÓ	31	1
BRAUNIA	416	6	LOUVEIRA	1.159	27	SALTINHO	184	2
BREJO ALEGRE	222	9	LUCÉLIA	328	7	SALTO	3.676	81
BRODOWSKI	720	23	LUCIANÓPOLIS	1.288	1	SALTO DE PIRAPORA	1.491	33
BROTAS	220	5	LUIS ANTONIO	377	10	SALTO GRANDE	165	0
BURI	395	11	LUIZIANIA	103	2	SANDÓVALINA	422	0
BURITAMA	779	17	LUPERCIO	48	0	SANTA ANA	422	0
BURITIZAL	72	3	LUTECIA	9	0	SANTA ALBERTINA	247	0
CABRALIA PAULISTA	106	0	MACATUBA	1.070	13	SANTA BARBARA D'OESTE	7.482	214
CABREUVA	1.202	43	MACAUBAL	131	4	SANTA BARBARA D'OESTE	262	0
CACAPAVA	1.967	71	MACEDONIA	108	4	SANTA CLARA D'OESTE	74	0
CACHOEIRA PAULISTA	512	18	MAGDA	55	5	SANTA CLARA D'OESTE	74	0
CAÇÓIDE	288	6	MAIRINQUE	892	21	SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO	157	0
CAFELÂNDIA	452	12	MAIRIPÓRA	2.518	81	SANTA CRUZ DA ESPERANCA	22	0
CAIABU	41	2	MANDURÍ	181	0	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	1.532	23
CAIEIRAS	3.232	108	MARABÁ PAULISTA	62	1	SANTA CRUZ DO RIO PARDO	991	12
CAIUA	70	0	MARACAÍ	205	1	SANTA CRUZ DO RIO PARDO	181	0
CAJAMAR	1.829	83	MARAPÓAMA	93	3	SANTA FE DO SUL	1.324	45
CAJATI	2.078	46	MARIAPOLIS	59	0	SANTA GERTRUDES	1.117	19
CAJURU	269	7	MARILIA	6.115	96	SANTA LUCIA	1.783	81
CAMPINA DO MONTE ALEGRE	498	14	MARINÓPOLIS	446	15	SANTA LUÍZIA	125	0
CAMPINAS	41.337	1.433	MARTINÓPOLIS	446	15	SANTA MARIA DA SERRA	132	1
CAMPO LIMPO PAULISTA	1.537	78	MATAO	1.100	30	SANTA MERCEDES	43	1
CAMPOS DO JORDÃO	1.353	33	MAUÁ	10.705	448	SANTA MERCEDES	43	1
CAMPOS NOVOS PAULISTA	288	6	MENDONÇA	187	10	SANTA RITA DO PASSA QUATRO	429	14
CANANÉIA	54	2	MERIDIANO	149	5	SANTA ROSA DE VITERBO	510	6
CANDIDO MOTA	541	6	MESÓPOLIS	40	4	SANTA SALETE	69	0
CANDIDO RODRIGUES	78	1	MIGUELÓPOLIS	594	21	SANTANA DA PONTE PENSA	19	0
CANITAR	1.177	44	MIRAIRES DO TIETE	377	7	SANTANA DE PARNAIABA	4.865	124
CAPOA BONITO	416	6	MIRASTRELA	81	1	SANTO ANASTACIO	412	14
CAPELA DO ALTO	1.894	38	MIRASSOLÂNDIA	522	20	SANTO ANDRÉ	26.550	802
CAPIVARI	3.752	120	MIRASSOLÂNDIA	649	10	SANTO ANTONIO DA ALEGRIA	159	3
CARAGUATUBA	13.549	434	MIRASSOLÂNDIA	225	6	SANTO ANTONIO DE POSSE	929	12
CARAPICUBA	232	9	MIRASSOLÂNDIA	2.678	61	SANTO ANTONIO DO ARACANGUA	179	6
CASA BRANCA	804	12	MIRASSOLÂNDIA	198	2	SANTO ANTONIO DO JARDIM	92	0
CASSIA DOS COQUEIROS	678	12	MIRASSOLÂNDIA	1.681	36	SANTO ANTONIO DO PINHAL	121	0
CASTILHO	4.160	177	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SANTO EXPEDITO	48	0
CATTUGUA	326	8	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SANTOPOLIS DO AGUAPEI	109	5
CEDRAL	329	10	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SANTOS	31.411	879
CERQUEIRA CESAR	291	7	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO BENTO DO SAPUCAI	121	2
CERQUILHO	1.165	20	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO BERNARDO DO CAMPO	32.986	1.163
CESARIO LANGE	261	6	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO CAETANO DO SUL	720	293
CHARQUEADA	401	0	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOAO DO SUL	5.528	67
CHARVANTES	211	2	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOAO DO SUL	80	4
CLEMENTINA	188	2	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOAO DA BOA VISTA	1.263	34
COLINA	343	16	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOAO DAS OVAS PONTES	87	3
COLMÉLIA	401	2	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOAO DE IRACEMA	47	0
CONCHAL	785	19	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOAO DO PAU D'ALHO	6	0
CONCHAS	484	10	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOAO DE BELA VISTA	53	0
CORDEIROPOLIS	1.903	26	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOSE DO BARREIRO	23	0
CORODADOS	168	2	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOSE DO RIO PARDO	944	3
CORONEL MACEDO	44	2	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOSE DO RIO PRETO	34.511	883
CORUMBATAI	133	2	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO JOSE DOS CAMPOS	23.890	536
COSMÓPOLIS	2.092	45	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO LOURENÇO DA SERRA	313	0
COSMORAMA	349	21	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO LUIS DO PARATINGA	18	0
COTIA	5.605	228	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO MANUEL	504	0
CRAVINHOS	460	36	MIRASSOLÂNDIA	1.070	30	SAO MIGUEL ARCANJO	323	0
			MONTE ALEGRE DO SUL	1.360	1	SAO PAULO	385.111	15.334
			MONTE ALTO	1.360	1	SAO PEDRO	954	12
						SAO PEDRO DO TURVO	166	0
						SAO RUI	1.682	33
						SAO SEBASTIAO	2.396	46

BEPA 2020;17(204):47-50

CRAVINHOS	460	36	MONTE ALTO	1.360	42	SAO SEBASTIAO	2.396	46
CRISTAIS PAULISTA	109	7	MONTE APRAZIVEL	848	22	SAO SEBASTIAO DA GRAMA	225	5
CRUZALIA	26	0	MONTE AZUL PAULISTA	286	2	SAO VICENTE	9.112	526
CRUZEIRO	1.090	39	MONTE CASTELO	137	5	SARAPUI	35	1
CUBATAO	8.040	228	MONTE MOR	1.808	37	SARUTAI	64	1
CUNHA	244	2	MONTEIRO LOBATO	82	2	SEBASTIAOPOLIS DO SUL	82	1
DESCALVADO	792	8	MORRO AGUDO	1.434	26	SERRA AZUL	754	4
DIADEMA	11.149	476	MORUNGABA	170	3	SERRA NEGRA	416	4
DIXE REIS	27	0	MOTUCA	74	3	SERRANA	1.443	49
DIVINOLANDIA	170	6	MURUTINGA DO SUL	82	4	SERTAOZINHO	5.509	125
DOBRADA	193	4	NAZARE PAULISTA	58	1	SETE BARRAS	629	14
DOIS CORREGOS	389	2	NAO INFORMADO	209	0	SILVEIRAS	793	19
DOLCINOPOLIS	79	5	NARANDIBA	170	6	SOCORRO	55	1
DOURADO	198	4	NATIVIDADE DA SERRA	38	1	SOROCABA	842	13
DRACENA	1.276	35	NAZARE PAULISTA	322	8	SUD MENNUCCI	21.985	540
DUARTINA	289	5	NEVES PAULISTA	309	8	SUMARE	151	1
DUMONT	583	5	NHANDEARA	307	10	SUZANO	8.039	244
ECHAROBA	53	1	NIPOA	131	2	TABAPUA	469	15
ELDORADO	534	8	NOVA ALIANCA	327	6	TABATINGA	441	14
ELIAS FAUSTO	684	19	NOVA CAMPINA	102	4	TABOAO DA SERRA	9.725	348
ELISIARIO	190	4	NOVA CANAA PAULISTA	81	2	TACIBA	126	2
EMBAUBA	61	1	NOVA CASTILHO	24	2	TAGUAI	538	4
EMBU DAS ARTES	4.431	207	NOVA EUROPA	332	3	TAIUVA	214	1
EMBU-GUACU	1.668	57	NOVA GRANADA	1.160	24	TAMBAU	306	6
EMILIANOPOLIS	107	2	NOVA GUATAPORANGA	35	0	TANABI	540	3
ENGENHEIRO COELHO	924	21	NOVA INDEPENDENCIA	97	1	TAPIRATI	1.541	51
ESPIRITO SANTO DO PINHAL	1.162	22	NOVA LUZITANIA	99	2	TAPIRATIBA	186	4
ESPIRITO SANTO DO TURVO	57	1	NOVA ODESSA	1.799	64	TAPIRATINGA	252	2
ESTIVA GERBI	188	7	NOVAIS	198	8	TAPUIRIVAI	105	2
ESTRELA D'OESTE	582	14	NOVO HORIZONTE	1.436	34	TARABAI	256	6
ESTRELA DO NORTE	74	2	NUPORANGA	127	2	TARUMA	361	6
EULIDES DA CUNHA PAULISTA	51	4	OCAUCU	47	1	TATUI	3.763	95
FAZENDA	256	1	OLEO	6	0	Taubate	7.834	192
FERNANDO PRESTES	156	3	OLIMPIA	3.089	73	TE JUPA	49	0
FERNANDOPOLIS	3.933	66	ONDA VERDE	276	5	TEODORO SAMPAIO	610	7
FERNAO	0	0	ORIENTE	107	4	TERRA ROXA	306	6
FERRAZ DE VASCONCELOS	4.985	151	ORINDIUA	348	5	TETE	868	28
FLORA RICA	55	2	ORLANDIA	1.174	40	TIMBURI	27	2
FLOREAL	85	1	OSCAR BRESSANE	41	0	TORRE DE PEDRA	25	1
FLORIDA PAULISTA	42	1	OSVALDO CRUZ	383	12	TORRINHIA	215	6
FLORINIA	7.292	223	OURINHOS	2.825	54	TRABIJU	33	0
FRANCA	3.675	148	OURO VERDE	97	0	TREMEMBE	597	4
FRANCO DA ROCHA	3.393	138	OURIOESTE	372	6	TRES FRONTEIRAS	280	10
GABRIEL MONTEIRO	56	4	PACAEMBU	407	10	TUIUTI	66	2
GALIA	117	5	PALESTINA	187	7	TUPA	1.346	50
GARÇA	941	22	PALMARES PAULISTA	439	15	TUPI PAULISTA	275	3
GASTAO VIDIGAL	85	12	PALMEIRA D'OESTE	285	6	TURIUBA	61	2
GAVIAO PEIXOTO	290	1	PALMITAL	581	9	TURMALINA	45	0
GENERAL SALGADO	334	3	PANORAMA	163	7	UBARANA	310	5
GETULINA	325	4	PARAGUACU PAULISTA	918	20	UBATUBA	2.489	48
GLICERIO	117	32	PARAIBUNA	232	11	UBIRAJARA	91	1
GUAICARA	581	8	PARAISO	175	4	UCHOA	465	10
GUAIMBE	82	3	PARANAPANEMA	318	6	UNIAO PAULISTA	90	3
GUAIRA	1.682	48	PARAPUA	143	6	URANIA	477	16
GUAPIACU	1.112	32	PARDINHO	146	4	URUPES	53	3
GUAPIARA	289	11	PARIQUERA-ACU	257	3	VALENTIM GENTIL	263	14
GUARA	621	25	PARISI	129	6	VALINHOS	883	14
GUARACAI	109	7	PATROCINIO PAULISTA	212	8	VALPARAISO	3.989	124
GUARACI	283	7	PAULICIA	79	3	VARGEM	788	20
GUARANIL D'OESTE	60	0	PAULINIA	6.336	90	VARGEM GRANDE DO SUL	83	1
GUARANTA	158	2	PAULISTANIA	12	0	VARGEM GRANDE PAULISTA	1.171	24
GUARARAPES	916	13	PAULO DE FARIA	235	3	VARZEA PAULISTA	796	32
GUARAREMA	599	35	PEDERNEIRAS	1.078	25	VERA CRUZ	2.158	77
GUARATINGUETA	2.245	60	PEDRA BELA	110	1	VINHEDO	184	9
GUAREI	2.016	7	PEDRANOPOLIS	81	2	VIRADOURO	2.781	45
GUARIBA	1.360	37				VISTA ALEGRE DO ALTO	590	10
GUARUJA	10.583	474				VITORIA BRASIL	242	3
GUARULHOS	27.039	1.685				VOTORANTIM	40	0
GUATAPARA	136	4				VOTUPORANGA	3.333	109
GUZOLANDIA	100	6				ZACARIAS	6.451	121
HERCULANDIA	108	6					133	1
HOLAMBRA	515	3						
HORTOLANDIA	7.819	170						

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

Distribuição dos casos de confirmados para COVID-19 segundo faixa etária e sexo. Estado de São Paulo, 2020.



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

Faixa Etária	Não	Sim
<1	9 (0,02%)	17 (0,04%)
1 a 4	5 (0,01%)	11 (0,02%)
5 a 9	2 (0,00%)	8 (0,02%)
10 a 19	24 (0,05%)	52 (0,11%)
20 a 29	96 (0,21%)	263 (0,58%)
30 a 39	394 (0,87%)	882 (1,94%)
40 a 49	896 (1,97%)	2.031 (4,47%)
50 a 59	1.363 (3,00%)	4.461 (9,83%)
60 a 69	2.120 (4,67%)	8.611 (18,97%)
70 a 79	1.937 (4,27%)	9.846 (21,69%)
80 a 89	1.556 (3,43%)	7.764 (17,10%)
>=90	555 (1,22%)	2.492 (5,49%)
Total geral	8.957 (19,73%)	36.438 (80,27%)

FONTE: SIVEP-Gripe

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

Cardiopatia	59,9%
Diabetes Mellitus	43,3%
Doença Neurológica	10,8%
Doença Renal	9,4%
Obesidade	8,5%
Pneumopatia	8,4%
Imunodepressão	5,5%
Asma	3,1%
Doença Hepática	2,0%
Doença Hematológica	1,7%
Síndrome de Down	0,4%
Gestante	0,1%
Puérpera	0,1%

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

Links úteis:

<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus-covid-19/situacao-epidemiologica>
<https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/simi>
<http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
<https://covid19.who.int/>

Agradecimentos aos pareceristas
Acknowledgement to peer-reviewers

Encerramos mais um ano de publicação do Boletim Epidemiológico Paulista – BEPA registrando nossos mais sinceros agradecimentos aos pareceristas que, em 2020, foram indispensáveis para a continuidade desta publicação.

Este ano que se encerra ficará marcado pelo registro histórico da maior pandemia do planeta e muitos de vocês estão envolvidos no esforço da ciência em traduzi-la. Dessa forma, torna-se especial nosso agradecimento pelo tempo do qual dispuseram, a compreensão com os prazos da edição e o rigoroso crivo, que colaboraram para manter a qualidade e aprimorar cada vez mais este periódico.

<i>Adriano Pinter dos Santos</i>	<i>José Brites-Neto</i>
<i>Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso</i>	<i>Luciano José Eloy</i>
<i>Antonio Carlos Lofego</i>	<i>Luiz Sérgio Ozório Valentim</i>
<i>Brigina Kemp</i>	<i>Luzia Márcia Romanholi Passos</i>
<i>Cáris Maroni Nunes</i>	<i>Marcos Vinicius da Silva</i>
<i>Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza</i>	<i>Maria Filomena de Gouveia Vilela</i>
<i>Cátia Martinez Minto</i>	<i>Núbia Virginia d'Avila L. de Araujo</i>
<i>Eduardo de Masi</i>	<i>Renilson Rehem de Souza</i>
<i>Eliana Maria Ribeiro Dourado</i>	<i>Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz</i>
<i>Fábio Kummrow</i>	<i>Rita de Cássia Xavier Balda</i>
<i>Gerusa Figueiredo</i>	<i>Tamara Nunes de Lima-Camara</i>
<i>Haino Burmester</i>	<i>Trícia Maria Ferreira de Sousa Oliveira</i>

Resumo

Estudo da prevalência de depressão em pacientes com alterações neurocognitivas associadas ao HIV em centro de referência de São Paulo, Brasil

Ana Caroline Saldanha Martins; José Ernesto Vidal Bermudez (orientador)

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

RESUMO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode causar a Síndrome da Imunodeficiência humana (aids), e também outras alterações, como depressão e Alteração Neurocognitiva Associada ao HIV (HAND). Poucos estudos analisam a relação entre HAND e depressão ou sintomas depressivos, embora se saiba que elas coexistam no HIV e tenham impacto na qualidade de vida. O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre HAND e sintomas depressivos em portadores de HIV. Nesse estudo foram analisados por meio de avaliação neuropsicológica 536 participantes portadores do vírus. Foram avaliados 355 homens e 181 mulheres, com média de 45,65 anos de idade e 11,95 anos de escolaridade. Esses foram diagnosticados como sem HAND, com Alteração Neurocognitiva Assintomática (ANI), com Comprometimento Cognitivo Leve/Moderado associado ao HIV (MND) ou com Demência Associada ao HIV (HAD). Os participantes também responderam um questionário para classificar sintomas de depressão com mínimo, leve moderado e grave. Dos 536 participantes, 405 apresentaram alguma forma de HAND, 241 apresentaram ANI, 109 apresentaram MND e, 55 apresentaram HAD. O grau de depressão nesses 536 participantes foi mínimo em 56,0% leve em 15,7%, moderado em 15,9% e, grave em 12,5%. Em teste de qui-quadrado foi encontrada associação estatística significativa ($\chi^2(9) = 106,99$; $p < 0,01$), porém fraca (V de Cramer = 0,26). Os participantes sem HAND, em sua maioria possuem sintomas mínimos de depressão e os participantes com HAD, em sua maioria apresentam sintomas graves de depressão. Em teste de regressão pode-se concluir que apenas a HAD e a MND apresentam impacto na depressão ($p < 0,001$).

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Depressão. Alteração neurocognitiva associada ao HIV. Neuropsicologia.

Abstract

Study of the prevalence of depression in patients with neurocognitive disorders associated with HIV in a reference center in São Paulo, Brazil

Ana Caroline Saldanha Martins; José Ernesto Vidal Bermudez (orientador)

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

ABSTRACT

Human Immunodeficiency Virus (HIV) can cause Acquired Human Immunodeficiency Syndrome (AIDS), and cause other health complications, such as depression and HIV-Associated Neurocognitive Disorder (HAND). Few studies analyze the relation between HAND and depression or depressive symptomatology, although it is known that they coexist on HIV and have a significant impact on quality of life. The aim of the study was to evaluate the relation between HAND and depressive symptoms in HIV positive patients. 536 participants with the virus were analyzed through neuropsychological assessment and mood scale. We evaluated a total of total of 355 men and 181 women, with a mean age of 45.65 and 11.95 years of study. Participants were diagnosed with no HAND, Asymptomatic Neurocognitive Impairment (ANI), with Mild Neurocognitive Disorder (MND) and with HIV Associate Dementia (HAD). In addition, participants also responded to a questionnaire to rate the symptoms of depression on minimum, mild, moderate and severe depression. Of the 536 participants, 405 have some HAND form, 241 were diagnosed with ANI, 109 with MND and, 55 with HAD. The depression symptoms of the 536 participants were minimum in 56.0%, light in 15.7%, moderate in 15.9%, and severe in 12.5%. In the chi-square test significant statistical association ($\chi^2(9) = 106,99; p < 0,01$), but weak (Cramer V = 0.26) was found. Highlights are the participants with no HAND, who mostly have minimal symptoms of depression and those with HAD, who mostly present with severe symptoms of depression. In the regression test, it can be concluded that only HAD and MND have an impact on depression ($p < 0.001$).

KEYWORDS: HIV. Depression. HIV associated neurocognitive disorder. Neuropsychology.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

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

Missão

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

Arbitragem

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

Processo de revisão

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

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

Tipos de artigo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apresentação dos trabalhos

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

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar, em MÉTODOS, que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de Helsinki e aprovada por comissão de ética reconhecida pela Comissão Nacional

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

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

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

Estrutura dos textos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exemplo:

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

preconizadas para todos os níveis de complexidade de atenção.”

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

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

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

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

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

Exemplos de Referências:

a) Artigos de periódicos:

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

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

b) Livros:

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

A indicação da edição é necessária a partir da segunda.

c) Capítulos de livro:

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

d) Autoria corporativa:

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

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

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

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

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

g) Documentos eletrônicos:

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

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

h) Legislação:

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

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

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

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

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

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

Instruções na íntegra em:

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

