



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UNB
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

PAULO HENRIQUE MELO DA SILVA

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE EM SÃO SEBASTIÃO, DISTRITO
FEDERAL, NO PERÍODO DE 2008 A 2017**

BRASÍLIA, 2017

PAULO HENRIQUE MELO DA SILVA

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE EM SÃO SEBASTIÃO, DISTRITO
FEDERAL, NO PERÍODO DE 2008 A 2017**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília-UnB, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Janaina Sallas

BRASÍLIA

2017

PAULO HENRIQUE MELO DA SILVA

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE EM SÃO SEBASTIÃO, DISTRITO
FEDERAL, NO PERÍODO DE 2008 A 2017**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília - UnB, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em 12 de dezembro de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Janaína Sallas
Universidade de Brasília - UnB
Orientadora

Prof. Jonas Lotufo Brant de Carvalho
Universidade de Brasília - UnB
Membro 1

Prof.^a Vanessa Torales Porto
Universidade de Brasília - UnB
Membro 2

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE EM SÃO SEBASTIÃO, DISTRITO FEDERAL, NO PERÍODO DE 2008 A 2017

Janaina Sallas¹
Paulo Henrique Melo da Silva¹

RESUMO

Introdução: Dengue é um problema de saúde pública mundial. No Brasil, em Brasília e em São Sebastião os casos notificados e confirmados têm aumentado ao longo dos anos e constantes episódios de surtos chamam a atenção. **Objetivo:** analisar a situação epidemiológica de dengue em São Sebastião Distrito Federal no período de 2008 a 2017. **Método:** estudo observacional descritivo retrospectivo que analisou aspectos de perfil da população, distribuição e intensidade dos casos ocorridos ao longo do tempo. **Resultados:** São Sebastião é uma das regiões de Brasília de maior ocorrência de casos confirmados de dengue no período do estudo. O total de casos distribuem nos bairros Residencial Oeste e São José. A maior ocorrência de casos confirmados de dengue ocorreu nos meses de fevereiro a maio nos anos estudados. A principal fonte notificadora é Unidade de Pronto Atendimento, responsável por 53,9% das notificações. O perfil populacional mais acometido foram pessoas do sexo feminino, em idade adulta, da cor/raça parda e com formação em ensino médio completo. **Conclusão:** Dengue é uma doença que com ações simples de prevenção e controle pode ser minimizada a sua ocorrência. O estudo apresenta-se como uma análise da situação epidemiológica da dengue na cidade de São Sebastião – DF e auxilia os gestores na tomada de decisão ágil e oportuna em locais e populações específicas.

Palavras-chave: Dengue. Vigilância Epidemiológica. Sistemas de Informação em Saúde. Análise de Situação de Saúde.

¹ Orientadora e professora; Universidade de Brasília – UnB. janainasallas@gmail.com;

¹ Graduando em Saúde Coletiva; Universidade de Brasília – UnB; paulomelo.unb@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Dengue fever is a global public health problem. In Brazil, in Brasília and São Sebastião notified and confirmed cases have increased over the years and constant episodes of outbreaks point. Objective: to analyse the epidemiological situation of dengue fever in San Sebastián Distrito Federal in the period 2008 to 2017. **Objective:** to analyse the epidemiological situation of dengue fever in San Sebastián Distrito Federal in the years 2008 to mid-2017. **Method:** descriptive retrospective observational study which examined aspects of the population, distribution and intensity of cases over time. **Results:** Saint Sebastian is one of the regions with the highest occurrence of Brasilia confirmed cases of dengue fever in the period of the study. The total cases distributing in neighborhoods West Residential and São José. The higher incidence of confirmed cases of dengue fever occurred in the months of February to may in the years studied. The main source is Er unit effecting service, responsible for 53.9% of the notifications. The most affected population profile has been female people, in adulthood, color/race and Brown in complete high school. **Conclusion:** Dengue is a disease with simple actions of prevention and control can be minimized to your case. The study provides an analysis of the epidemiological situation of dengue fever in the city of São Sebastião – DF and assists managers in agile and timely decision-making in places and specific populations.

Keywords: Dengue. Epidemiological surveillance. Health Information Systems. Health Situation Analysis.

RESUMEN

Introducción: El dengue es un problema de salud pública mundial. En Brasil, en Brasília y São Sebastião casos notificados y confirmados han aumentado sobre los años y constantes episodios de brotes llaman la atención. **Objetivo:** Análisis de la situación epidemiológica del dengue en San Sebastián Distrito Federal en el período 2008 a 2017. **Método:** retrospectivo descriptivo observacional que examinó aspectos de la población, la distribución y la intensidad de los casos con el tiempo. **Resultados:** San Sebastián es una de las regiones con la más alta ocurrencia de Brasilia confirmó casos de dengue en el período del estudio. Los casos total distribución en barrios residenciales del oeste y São José. La mayor incidencia de casos confirmados de dengue ocurrió en los meses de febrero a mayo en los años estudiados. La principal fuente es Er efectuar servicio, 53.9% de las notificaciones. El perfil de población más afectado han sido personas femeninas, en la edad adulta, raza color y marrón en secundaria completa. **Conclusión:** El dengue es una enfermedad con simples acciones de prevención y control puede reducirse a su caso. El estudio proporciona un análisis de la situación epidemiológica del dengue en la ciudad de São Sebastião – DF y ayuda a los gerentes en la toma de decisiones ágil y oportuna en los lugares y poblaciones específicas.

Palabras clave: Dengue. Vigilancia epidemiológica. Sistemas de Información en Salud. Análisis de Situación de Salud.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil os primeiros relatos de dengue ocorreram na metade do século XIX, provavelmente trazida da África nos navios negreiros e aconteceram no Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador. Somente na era Vargas houve uma luta para a erradicação do *Aedes aegypti*, quando foi concedido ao Brasil o certificado por estar livre do mosquito¹. Em 1981 e 1982 foi documentada a primeira epidemia clínica e laboratorial na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima, mantendo-se no Rio de Janeiro, Ceará Alagoas e Pernambuco por alguns anos, passando a se disseminar pelo país depois dos primeiros anos da década de 1990, resultando em anos de epidemia no Brasil².

Atualmente, a dengue ainda é um problema de saúde pública que atinge diversos países no mundo, além do Brasil, com cerca de 50 milhões de infecções em mais de 100 países onde ela é endêmica, corroborando risco de infecção em parte considerável da população mundial³.

No Brasil e em São Sebastião região administrativa do Distrito Federal (DF) tem aumentado os casos de dengue notificados e confirmados. São Sebastião participa da Região Leste de Saúde do DF e atualmente é cenário de episódios de surtos envolvidos em noticiários. Em 2016 ocorreram 1.500.535 casos de dengue notificados no Brasil, dentre eles 17.837 se encontraram espalhados pelos municípios do Distrito Federal⁴. Entre as grandes epidemias de dengue ocorridas no DF, os anos de 2014 e 2016 foram marcados por situação de epidemia em São Sebastião⁵.

A Região Administrativa (RA) de São Sebastião está localizada no quadrante sudeste do território do DF, parte sul da Área de Proteção Ambiental (APA) do Rio São Bartolomeu. As terras que hoje constituem a RA XIV pertenciam às fazendas Taboquinha, Papuda e Cachoeirinha. A Região tem clima tropical com estação seca, caracterizado pelas chuvas no verão, interrompidas pelos períodos de seca e pela seca acentuada no inverno⁶.

São Sebastião tem uma população urbana estimada de 100.161 habitantes para o ano de 2016. A proporção do sexo feminino é de 50,25%. Do total de habitantes a faixa etária de 25 a 59 anos é predominante com 48,18%, seguido de acima de 60 anos com 8,37% e 0 a 14 anos com 22,73%. A renda domiciliar média apurada correspondem a R\$ 3.264,00, ou seja, 4,14 salários mínimos (SM) e uma renda per capita de R\$ 985,18 (1,25 SM)⁷.

Apesar dos esforços direcionados a prevenção e controle ao *Aedes aegypti*, e considerando a quantidade de casos notificações de dengue em São Sebastião -DF de 2008 a 2017 a necessidade de descrever a situação epidemiológica local é fundamental para apoiar aos gestores na tomada de decisão.

O estudo visa analisar os casos confirmados de dengue na cidade de São Sebastião no período de janeiro de 2008 a maio de 2017 descrevendo os aspectos de perfil da população, distribuição e intensidade dos casos ocorridos ao longo do tempo.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo observacional descritivo retrospectivo que apresenta a descrição de perfil da população, distribuição e intensidade dos casos de dengue notificados e confirmados ocorridos em São Sebastião. Os dados foram coletados em 25 de maio de 2017 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde e disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde Leste de Brasília-DF.

O período de análise dos dados é de 01 de janeiro de 2008 a 09 de maio de 2017. As variáveis analisadas são as descritas na ficha de notificação/investigação de dengue. Para análise utilizamos medidas de frequências para a apresentação dos dados de dengue notificados e confirmados.

Realizamos análise de qualidade dos dados quanto a duplicidade. Desta forma, excluímos os casos notificados mais de uma vez na mesma Unidade notificante e em Unidades diferentes desde que estivesse no período de viremia. Este conhecido como período em que o vírus da dengue está circulante no sangue de um humano, geralmente um dia antes do aparecimento da febre até o sexto dia da doença.

Para embasamento teórico deste estudo foram consultados os dicionários de dados, boletins epidemiológicos, notas técnicas e guia de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde e estudos científicos disponíveis que abordassem o tema. As bases de consulta utilizadas para os artigos científicos foram Scielo, Lilacs e PubMed. Para o processamento e análise dos dados, foram seguidas as etapas de agrupamento, avaliação e análise, utilizando os softwares Epi Info, Tabwin e o Excel 2016 (Microsoft). Os resultados obtidos foram estruturados em tabelas e gráficos.

O estudo obteve a isenção de análise ética da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) para sua realização conforme Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

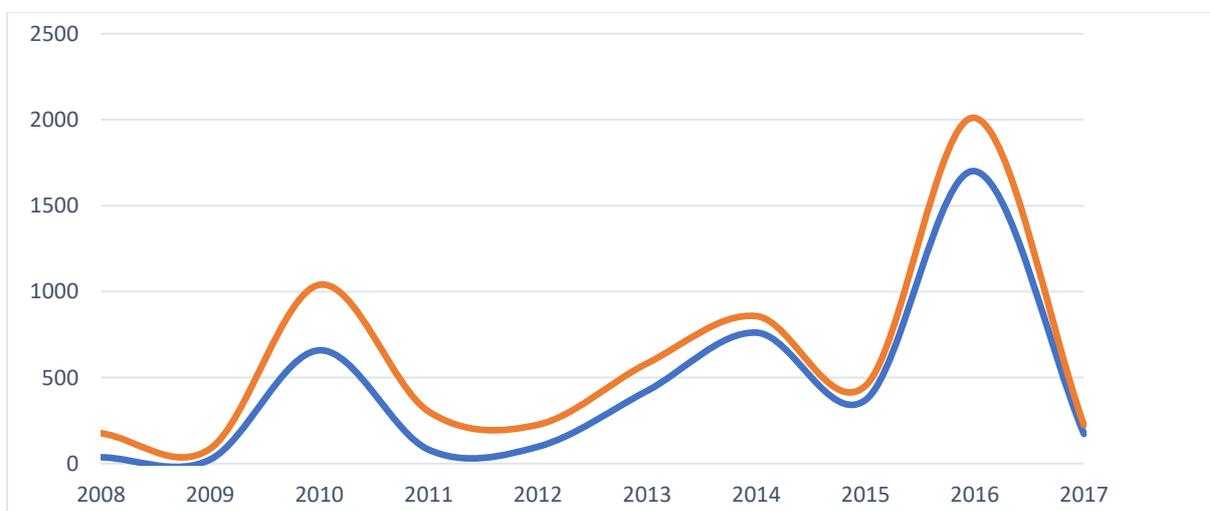
3. RESULTADOS

São Sebastião está localizada na Região de Saúde Leste de Brasília, junto com Itapoã, Jardim Botânico e Paranoá. De acordo com os Boletins Epidemiológicos de 2008 a 2017, a Região Leste registrou 10.228 notificações de dengue, das quais 8.223 foram confirmadas. Desse total, 53% dos casos ocorreram em São Sebastião.

Na cidade de São Sebastião-DF foram registradas 6.032 notificações de casos prováveis de dengue no período de 01 de janeiro de 2008 a 09 de maio de 2017. Desse total, 70 registros foram excluídos conforme análise de duplicidade, considerando casos notificados mais de uma vez na mesma Unidade notificante e em Unidades diferentes desde que estivesse no período de viremia.

Foram analisadas 5.962 notificações de casos suspeitos de dengue no Sinan, ocorridos no território no período de estudo, destes 4.328 foram confirmados (Gráfico 1). Dos casos confirmados 81,5% foram por critério laboratorial e 18,3% clínico-epidemiológico ao longo dos anos. Em relação ao sorotipo circulante, não foi possível mensurar a proporção devido à ausência dessa informação na base de dados.

Gráfico 1 - Total de casos de dengue notificados e confirmados por ano de 2008 a 2017



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Nota: *Dados atualizados até 25/05/2017 (19ª semana epidemiológica). Sujeito a alterações

A distribuição dos casos ao longo dos meses e período concentrou-se no mês de março. Os meses de fevereiro a maio observamos a maior concentração de casos confirmados. O ano de maior concentração de caso foi 2016 (Tabela 1).

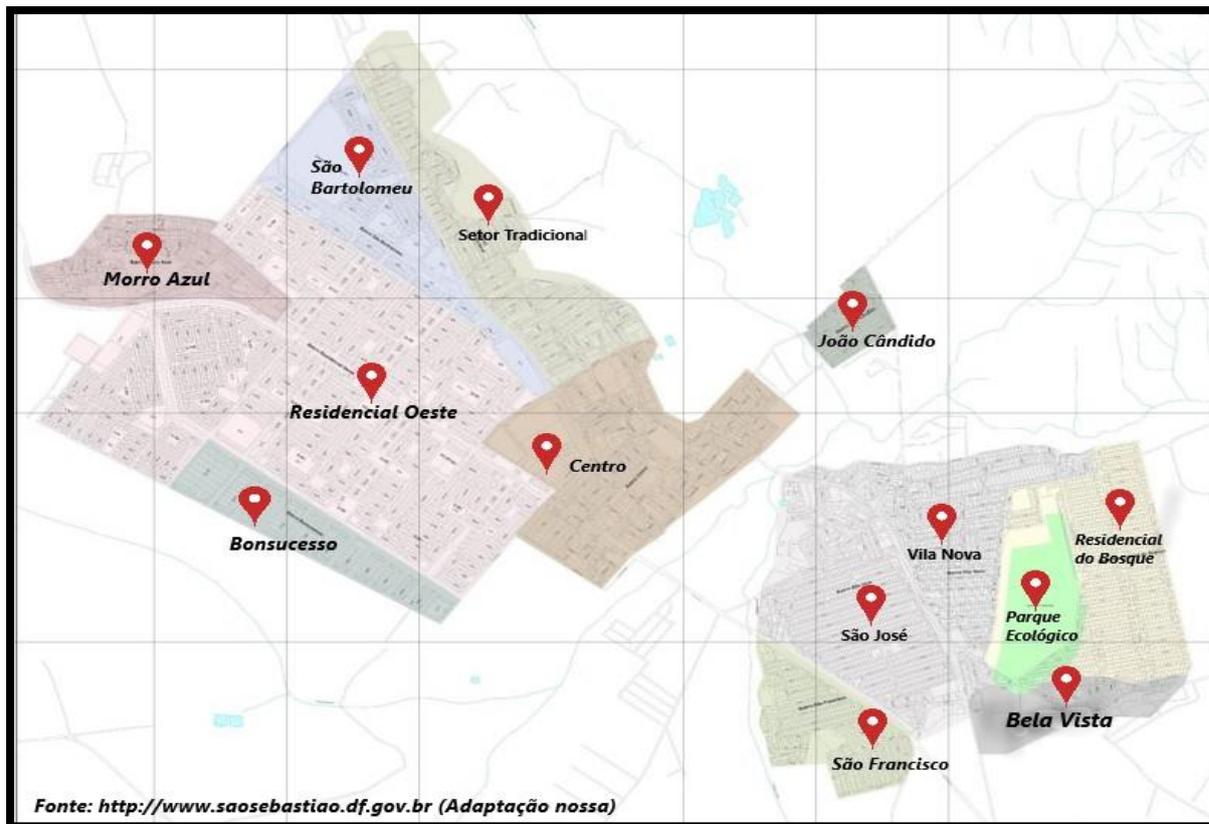
Tabela 1 - Proporção de casos confirmados por mês e ano, São Sebastião-DF, 2008 a 2017 (N = 4.328).

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	n
2008	2,7	27,0	48,6	10,8	5,4	2,7	-	-	-	-	2,7	-	37
2009	12,5	20,8	20,8	-	16,7	-	4,2	4,2	-	-	4,2	16,7	24
2010	8,2	17,5	29,1	20,9	17,3	4,1	1,4	0,3	0,2	-	0,2	0,9	659
2011	8,6	3,7	6,2	43,2	25,9	4,9	4,9	-	1,2	-	0,0	1,2	81
2012	11,2	14,3	32,7	16,3	15,3	5,1	3,1	-	-	-	2,0	-	98
2013	4,7	6,1	13,5	16,3	27,9	20,1	7,8	1,7	0,5	-	0,9	0,5	423
2014	3,1	3,4	8,4	22,6	35,8	17,8	6,4	1,2	0,4	0,3	0,4	0,1	762
2015	3,5	2,4	12,7	36,5	22,2	11,4	3,8	0,5	0,3	-	2,4	4,3	370
2016	11,1	21,8	35,5	11,7	11,3	5,4	1,9	0,1	0,1	0,1	0,1	1,0	1.701
2017	15,0	13,3	35,8	31,8	3,5	-	-	-	-	-	-	-	173
Total	8,0	13,9	25,1	19,0	19,1	9,1	3,4	0,5	0,2	0,1	0,5	1,1	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Nota: *Dados atualizados até 25/05/2017 (19ª semana epidemiológica). Sujeito a alterações.

A distribuição no território concentrou-se em quatro principais bairros. O Bairro Residencial Oeste obteve 21,2% dos casos, seguido pelo Bairro São José com 11%, Vila Nova com 7,8%, Centro com 7,5% e Setor Tradicional com 6,1%. Os demais bairros registraram menos de 6% dos casos enquanto os registros onde não se identifica bairro, logradouro e complemento registraram 15,5% (Figura 1).

Figura 1 – Mapa de São Sebastião-DF - Localização dos bairros



Fonte: www.saosebastiao.df.gov.br - Nota: Adaptação nossa.

Na cidade, a atenção secundária (hospitais, Unidades de Pronto Atendimento - UPA) e terciária (de alta complexidade) registraram 55,6% dos casos enquanto a Atenção Primária à Saúde (APS) foi responsável por notificar 40,3% dos casos de dengue, no período de estudo. Os hospitais, clínicas e laboratórios da esfera privada notificaram apenas 4,1% dos casos no mesmo período. De modo geral, o Sistema Único de Saúde (SUS) notificou 95,6% dos casos de dengue em São Sebastião.

A evolução dos casos de dengue foi de 89,5% para cura e 2,3% para ignorados, 0,05% óbito pelo agravo, nenhum registro de óbito por outras causas, porém 8,2% dos casos continham o campo vazio. A proporção de casos confirmados como dengue clássica foi 94,4%, dengue com sinais de alarme, 5,4% e dengue grave, 0,2% (Tabela 2). Do total de casos de dengue, tiveram hospitalização 2,72%, 79,9% não, e 17,34%.

Tabela 2 - Número total e proporção de casos confirmados de dengue, classificação final, critério de confirmação e evolução de caso, São Sebastião - DF, 2008 a 2017 (N = 4.328)

Característica	n	%
Classificação final		
Dengue clássica	4.085	94,4
Dengue com sinais de alarme	233	5,4
Dengue grave	10	0,2
Critério de confirmação		
Laboratório	3529	81,5
Clínico-epidemiológico	794	18,3
Em investigação	5	0,1
Evolução		
Cura	2972	89,5
Óbito pelo agravo	2	0,05
Óbito por outras causas	-	-
Ignorados	99	2,3
Vazio	355	8,2

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Nota: *Dados atualizados até 25/05/2017 (19ª semana epidemiológica). Sujeito a alterações.

A distribuição de casos confirmados segundo perfil da população apresentou 55% para o sexo feminino e 45% masculino. A distribuição por faixa etária foi predominante na população entre 20 a 39 anos com 42%, seguido de 40 a 59 anos e 10 a 19 anos com 26% e 19%, respectivamente. De acordo com os critérios de ciclo de vida do Ministério da Saúde, a distribuição de casos foi de 7% em crianças (0 a 9 anos), 19% em adolescentes (10 a 19 anos), 68% em adultos (20 a 59 anos) e 6% em idosos (60 anos e mais) no período de estudo. De acordo com a raça/cor a frequência dos casos foi predominante nos que se autodeclararam pardas com 27% e brancas com 13,4%. Entretanto, a proporção de casos confirmados que obtiveram a raça/cor ignorados e vazios foi de 54,9%. A frequência dos casos de dengue em gestantes foi 11% e a distribuição da idade gestacional foi no 1º trimestre com 0,3%, 2º trimestre com 0,4%, 3º trimestre com 0,3% e com idade gestacional ignorada com 0,1%. A proporção

de casos com dengue que tiveram a informação de gestante ignorados foi 12,2% (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição e caracterização do perfil da população com dengue, São Sebastião - DF, de 2008 a 2017 (N = 4.328)

Característica	n	%
Idade (em anos)		
< 1	50	1,0
1 a 4	67	2,0
5 a 9	190	4,0
10 a 19	834	19,0
20 a 39	1.829	42,0
40 a 59	1.113	26,0
≥ 60	245	6,0
Sexo		
Feminino	2.379	55,0
Masculino	1.949	45,0
Gestação		
1º trimestre	12	0,3
2º trimestre	19	0,4
3º trimestre	15	0,3
Idade Gestacional Ignorada	4	0,1
Não	1.203	27,8
Não se aplica	2549	58,9
Ignorado	526	12,2
Raça/Cor		
Branca	581	13,4
Preta	184	4,3
Amarela	15	0,3
Parda	1.169	27
Indígena	4	0,1
Ignorado	1.980	45,7
Vazios	395	9,1

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Nota: *Dados atualizados até 25/05/2017 (19ª semana epidemiológica). Sujeito a alterações.

Em relação ao nível de escolaridade 41,8% das notificações tiveram esse campo ignorado, 13,6% declaram ter ensino médio completo, 12,9% possuíam 5ª a 8ª série incompleta, 3,4% preencheram como “não se aplica” e os demais níveis não passam de 5%.

Observamos que o maior número de campos com preenchimento ignorados ou vazios foram as variáveis relacionadas à hospitalização, raça/cor, nível de escolaridade e gestante.

4. DISCUSSÃO

O número de duplicidade do estudo foi 1,16% (baixo) conforme citado Abath e colaboradores⁸, foi considerado o percentual de duplicidade até 5%. Esse atributo deve ser incluído na rotina de avaliação das vigilâncias conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde⁹. A dimensão duplicidade é importante porque repetidas notificações de um mesmo caso podem impactar na superestimação da incidência e/ ou da prevalência de um determinado agravo segundo Lima e colaboradores¹⁰. O resultado achado e apontado por Abath e colaboradores⁸ sugere que a vigilância epidemiológica precisa melhorar a rotina de identificação das duplicidades para que todos os casos duplicados sejam identificados e excluídos.

As proporções de casos confirmados por critério laboratorial nos anos epidêmicos em São Sebastião foram superiores ao recomendado, enquanto os anos interepidêmicos ficaram abaixo do preconizado, o que pode significar uma desarticulação da vigilância epidemiológica dos municípios nesses períodos, com consequente superestimação do número de casos de dengue¹¹. Em anos epidêmicos, os protocolos do Ministério da Saúde recomendam realizar sorologia em suspeitos de dengue clássica – recomenda-se coleta de forma amostral (um a cada 10 pacientes) e casos graves – coleta obrigatória em 100% dos casos¹².

A dinâmica de circulação do vírus da dengue no Brasil é caracterizada pela alternância no predomínio dos seus diferentes sorotipos virais¹³. No DF, o DENV 1 tem se mostrado predominante no período do estudo, apesar da presença dos outros sorotipos, porém a divulgação desse dado no boletim epidemiológico contempla o território do DF, não fazendo a identificação das RA's afetadas por determinado sorotipo.

A sazonalidade da dengue no Brasil é predominante nos meses de março a maio, embora o pico de transmissão apresente variações entre as regiões do país¹⁴, o que coincide com os achados para São Sebastião, que apresentou maior frequência entre os meses de fevereiro a maio. Essas informações podem ser utilizadas para que ações de prevenção e controle sejam enfatizadas em meses anteriores para minimizar a ocorrência de novos casos.

Quanto à distribuição espacial da dengue, São Sebastião foi responsável por mais da metade dos casos notificados na Região Leste, que também contempla Itapoã, Jardim Botânico e Paranoá. Existem fatores contribuintes para o aumento dos casos de dengue, como: coleta de lixo deficiente, densidade populacional alta, habitações sem água encanada e com recipientes inadequados de armazenamento e condições socioeconômicas precárias¹⁵. Devido à localização em área de vale, na bacia do rio São Bartolomeu, com importantes nascentes que abastecem a área e outras regiões do DF crescimento desordenado, coleta de lixo precária, São Sebastião produz ambiente propício à dengue¹⁶.

Em São Sebastião, os bairros identificados com maior proporção de dengue foram o Residencial Oeste e o São José. Apesar dos problemas recorrentes com a alimentação dos dados relacionados ao endereço na ficha de notificação de dengue, esses achados já orientam as ações de combate ao vetor nesses bairros, observando os seus fatores socioeconômicos, o que também foi verificado em Campo Mourão-PR¹⁷ e em São José do Rio Preto – SP¹⁸, onde os altos índices de infestação por dengue foram associados, em sua maioria, aos aspectos socioeconômicos, em áreas onde a população era predominantemente de baixa renda e baixo nível de escolaridade. Todavia, outro estudo em São José do Rio Preto – SP¹⁹ e em Nova Iguaçu – RJ²⁰ a ocorrência de dengue foi predominante em áreas com população em melhores condições de vida.

Quando analisado o tipo de estabelecimento notificante, observou-se que a 95,6% dos casos foram notificados nos serviços de saúde pública. Com isso, acredita-se que parte dos casos tenha sido subnotificada nos serviços de saúde particulares, que normalmente representam as principais fontes de assistência à saúde mais procurada pela população com melhores condições econômicas²¹.

Os resultados apresentados sobre evolução dos casos de dengue em São Sebastião foram de 89,5% para cura, o que pode significar que a rotina mínima de anamnese e exame físico estão sendo feitas de forma adequada pelos serviços de saúde, pois definem necessariamente o estadiamento e o planejamento terapêutico adequados²².

Notamos que os casos confirmados aconteceram de forma predominante no sexo feminino, exceto nos anos de 2009, 2011 e 2012, onde a proporção foi maior no sexo masculino, o que nos permite concluir que não há diferença relevante na distribuição de casos de dengue por sexo em São Sebastião. O mesmo ocorreu em Manaus, Amazonas (AM) no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2001, o número absoluto de notificações de dengue também foi no sexo feminino, contudo, isso ocorre porque as mulheres permanecem mais tempo dentro de casa, além de procurarem mais os serviços de saúde do que os homens²³.

Em relação à distribuição por faixa etária, observou-se a predominância entre indivíduos na fase adulta (20 a 39 anos) e baixa em crianças (0 a 5 anos). Essa distribuição também foi observada por França et al (2011), em que a faixa etária predominante foi entre 21 a 40 anos²⁴. Em ambos estudos, percebe-se que a distribuição de casos de dengue se concentrou na população economicamente ativa.

Em relação às menores quantidade de casos ocorreu em crianças, uma questão a ser considerada é a dificuldade para diferenciar a dengue de outras doenças febris comuns na infância. A dengue pode ser assintomática nesse ciclo de vida, deste modo, é possível que, dadas essas dificuldades diagnósticas, haja subnotificação de casos entre crianças²⁵.

A baixa ocorrência de dengue em gestantes é um achado importante, considerando as complicações possíveis que podem acometer a paciente²⁶. Contudo, os serviços de saúde devem considerar a dengue ao atenderem mulheres gestantes com febre em períodos de epidemia. O diagnóstico pode ser dificultado pela ambiguidade clínica, e mudanças fisiológicas típicas da gravidez podem confundir os resultados clínicos (Kariyawasam & Senanayake, 2010; tradução nossa).

A variável raça/cor é uma ferramenta importante para analisar desigualdades sociais²⁷. Em São Sebastião, essa variável incrementou 34,3% dos casos notificados. Entretanto, esse foi um indicador negligenciado, considerando que 42,5% das notificações apresentaram resultado ignorado, como também foi observada em Aracaju – Sergipe²⁸, onde a maior frequência de notificação também foi na população parda e negra, apesar de 51,7% das notificações também apresentarem resultado ignorado (CUNHA, P. E. L; BOHLAND, A.K., 2008).

5. CONCLUSÃO

O presente estudo caracterizou a população sobre risco além de demonstrar os principais bairros e meses de ocorrências. Essa pode apoiar no direcionamento de ações pontuais que minimizem novos episódios de dengue.

Ainda demonstrou que é necessário intensificar as ações de prevenção e controle da dengue em São Sebastião. Isso é possível quando se reconhece que dengue é um problema de todos os órgãos públicos, setores e sociedade. Portanto, são necessárias ações intersetoriais envolvendo e compartilhando essa responsabilidade com a população.

Mostrou-se necessário, também, orientar os profissionais em saúde e vigilância acerca da importância do correto preenchimento das fichas de notificação e investigação de dengue, com mais atenção às informações essenciais como raça/cor, bairro, escolaridade, gestante, e outros, pois o não preenchimento ou o preenchimento inadequado prejudicam o cálculo e interpretação de indicadores que podem ser utilizados no direcionamento de ações.

A base de dados do Sinan é uma poderosa ferramenta, que, quando alimentada de forma adequada, permite a análise epidemiológica e detalhamento dos casos mais próximas da realidade de cada região. Por isso, é recomendável que seja feita periodicamente a análise de qualidade dos dados quanto duplicidade, completitude, inconsistência dos dados para que outros problemas sejam identificados⁹.

Recomendamos à Secretaria de Estado de Saúde (SES), que em parceria com a Secretaria de Estado de Educação (SEE) promovam ações nas escolas direcionadas à identificação de focos de dengue e do próprio mosquito, bem como na conscientização das crianças e adolescentes, visando constituir uma nova geração mais atenta aos cuidados com a saúde. Essas parcerias e recomendações podem (e devem) se estender à Secretaria de Estado de Infraestrutura e Serviços Públicos (SINESP) e à Secretaria de Estado do Meio Ambiente (SEMA), pois atualmente a única forma de combater a dengue ainda é eliminando o seu vetor *Aedes Aegyti*, e apesar da doença ser um problema de saúde pública, não compete só à área da saúde

a responsabilidade de intervenção. Salientamos que não basta realizar ações emergenciais em período de epidemia, é essencial manter ações preventivas nos períodos não-epidêmicos.

Por fim, é fundamental que mais estudos sejam realizados na região para que os conhecimentos possam se agregar e resultar em medidas mais assertivas de acordo com o contexto local.

6. AGRADECIMENTOS

Às minha irmãs e exemplos Joelma Melo e Beatriz Melo, pelos incentivos e pelos conselhos e broncas nos momentos de desânimo.

À toda a minha família pelo apoio contínuo.

À Universidade de Brasília – UnB junto ao Departamento de Saúde Coletiva – DSC.

Aos meus pais que, à distância me acompanham, me orientaram e não pouparam em absolutamente nada para que eu pudesse encerrar este ciclo da minha vida.

Aos amigos que fiz e levarei por toda a vida, Taviana Areal, Ellen Adriane, Ana Carolina Monjardim, Leticia Lobato, Sidcley Queiroga e Laura Viana, por me estenderam a mão nos momentos difíceis e compartilharem comigo um sem-número de bons momentos.

Aos melhores colegas de trabalho que já tive, Maria Mello, Elizângela Araújo, Deize Silva, que, talvez não saibam, mas suas palavras direta e indiretamente me encorajaram.

Ao David Sousa pelo companheirismo, conselhos e paciência todos esses anos.

À Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde Leste do Distrito Federal pela colaboração.

Por fim, à Professora Janaína Sallas pela humildade, humanidade e competência durante as orientações deste trabalho.

7. CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Sallas, Janaina e Silva, PHM, colaboraram substancialmente na delimitação do estudo, agrupamento e análise e interpretação dos dados, escrita e revisão do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final e declaram-se responsáveis pelo trabalho em todos os aspectos, bem como a garantia de sua integridade.

8. REFERÊNCIAS

1. Costa, M. A Ocorrência do *Aedes aegypti* na Região Noroeste do Paraná: um estudo sobre a epidemia da dengue em Paranavaí – 1999, na perspectiva da Geografia Médica”. Universidade Estadual Paulista; Faculdade Estadual de Educação Ciências e Letras de Paranavaí. Presidente Prudente. 2001. (2001).
2. Barreto, M. L.; Teixeira, M. G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. Estudos Avançados, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 53-72, 2008. ISSN 1806-9592.
3. Organización Mundial de la Salud. Disponível em: <http://www.who.int/denguecontrol/es/> .Acesso em: 14 de julho de 2017.
4. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Monitoramento dos Casos de Dengue, Febre de Chikungunya e Febre Pelo Vírus Zika Até Se 4, Brasília, v. 48, n. 5, p.1-9, maio 2017. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/2017-Dengue_Zika_Chikungunya-SE4.pdf>. Acesso em: 08 out. 2017.
5. BRASILIA. Gerência de Doenças Crônicas e Agravos Transmissíveis (gedcat). Secretaria de Estado de Saúde do Df (Org.). Informativo Epidemiológico de Dengue, Chikungunya e Zika. 2017. Anual 2008 a 2017. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/programas/435-informes-epidemiologicos-dengue.html>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

6. Santos, J. P. Espaço e Doença: Análise Geográfica do Surto de Dengue em São Sebastião, Distrito Federal, 2001-2002. Monografia Conclusão Curso de Geografia]. [Brasília]: Universidade de Brasília, 2003.
7. Codeplan. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Brasília. 2016.
8. ABATH, Marcella de Brito et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 1, p. 131-142, 2014.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 2. Brasília, DF, 22 de novembro de 2005. Instrução Normativa. Brasília, 22 nov. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0002_22_11_2005.html>. Acesso em: 10 dez. 2017.
10. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de validade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saude Publica*. 2009 out;25(10):2095-109.
11. Barbosa, Isabelle Ribeiro et al. Epidemiologia do dengue no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2000 a 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 149-157, mar. 2012.. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100015>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Critérios para orientar o processo de decisão para introdução da vacina contra dengue no Programa

Nacional de Imunizações (PNI): Relatório do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde. Brasília: Cgpn/devit/svs/ms, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/05/relatorio-01-criterios-orientar-decisao-vacina-dengue.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

14. Goto, Dora. Qualidade dos dados e oportunidade de notificação da Dengue no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), Paraná: Uma pesquisa avaliativa. Universidade do Paraná. Curitiba, 2015. Acesso em: 20 de jun. 2017.

15. Organização Pan-Americana de Saúde. Diretrizes relativas à prevenção e ao controle da dengue e da dengue hemorrágica nas Américas. Relatório de Reunião sobre Diretrizes para a Dengue. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde; 1991.

16. Cavalcante, Karina Ribeiro Jardim Leite; Porto, Vanessa Torales; Tauil, Pedro Luiz. Avaliação dos conhecimentos, atitudes, e práticas em relação à prevenção de dengue na população de São Sebastião - DF. Brasil, 2006 Revista Comun. ciênc. saúde; 18(2): 141-146, abr.-jun. 2007.

17. Alves JAB, Santos JR.; Mendonça EN, Abud ACF, Nunes MS.; Fakhouri R, Inagaki ADM, Marchioro M, Antonioli AR. Epidemiological aspects of dengue in Aracaju, State of Sergipe, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2011; 44(6): 670-673.

18. Costa AIP, Natal D. Distribuição espacial da dengue e determinantes socioeconômicos em localidade urbana no Sudeste do Brasil. Rev Saude Publica. 1998 jun;32(3):232-6. 6

19. Mondini A, Chiaravoloti Neto F. Variáveis socioeconômicas e a transmissão de dengue. Rev Saúde Pública. 2007; 41(6): 923-930.

20. Machado JP, Oliveira RM, Souza-Santos R. Análise espacial da ocorrência de dengue e condições de vida na cidade de Nova Iguaçu, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(5):1025-1034.

21. Rocha, Ricardo da Costa. Epidemiologia da dengue na cidade de Rio Branco-Acre, Brasil, no período de 2000 a 2007. 2011. 200 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

22. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. p. 28

23. Bastos MS. Perfil soroepidemiológico do dengue diagnosticado na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (1998-2001) [dissertação]. Manaus (AM): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004.

24. França, E.L. et al. Aspectos epidemiológicos da dengue em Jaciara, Mato Grosso. Revista de Ciências Médicas. Campinas. v.20, p.121-26. 2011.

25. Rodrigues MBP, Freire HBM, Corrêa PRL, Mendonça ML, Silva MRI, França EB. É possível identificar a dengue em crianças a partir do critério de caso suspeito preconizado pelo Ministério da Saúde? J Pediatra (Rio J). 2005 maio-jun;81(3):209-15.

26. Kariyawasam S, Senanayake H. Dengue infections during pregnancy: case series from a tertiary care hospital in Sri Lanka. J Infect Dev Ctries 2010; 4:767-75.

27. Fiorio NM. Mortalidade por raça/cor em Vitória (ES): análise das informações e das desigualdades em saúde. [Dissertação]. Vitória: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

28. Cunha, P. E. L.; BOHLAND, A.K. Dengue: descrevendo a epidemia em Aracaju, Sergipe, Brasil, 2008. Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade. V.7. p.247-254. Out-dez. 2012

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE DENGUE (FRENTE)

SINAN																
República Federativa do Brasil Ministério da Saúde	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO															
FICHA DE INVESTIGAÇÃO	DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA Nº															
<p>Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de <i>Ae.aegypti</i> que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.</p> <p>Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.</p>																
Dados Gerais	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;">1</td> <td style="border: none;">Tipo de Notificação</td> <td style="width: 40%; border: none;">2 - Individual</td> <td style="width: 15%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">2</td> <td style="border: none;">Agravado/doença</td> <td style="border: none;">1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">Código (CID10) A 90 A 92</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">3</td> <td style="border: none;">Data da Notificação</td> <td colspan="3" style="border: none;"></td> </tr> </table>	1	Tipo de Notificação	2 - Individual			2	Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/>	Código (CID10) A 90 A 92	3	Data da Notificação			
	1	Tipo de Notificação	2 - Individual													
	2	Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/>	Código (CID10) A 90 A 92											
3	Data da Notificação															
4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)												
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data dos Primeiros Sintomas												
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento												
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado										
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			13		Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Pará 5-Indígena 9- Ignorado										
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe												
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)											
Dados de Residência	19			Distrito												
	20			Bairro												
	21			Logradouro (rua, avenida,...)												
	22			Número												
	23			Complemento (apto., casa, ...)												
	24			Geo campo 1												
	25			Geo campo 2												
26			Ponto de Referência													
27			CEP													
28			(DDD) Telefone													
29			Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado													
30			País (se residente fora do Brasil)													
Dados clínicos e laboratoriais																
Inv.	31			Data da Investigação												
	32			Ocupação												
Dados clínicos	33					Sinais clínicos 1-Sim 2- Não										
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital															
	34					Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não										
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-ímmunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica																
Dados laboratoriais	35			Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)												
	36			Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)												
	37			Data da Coleta												
	38			Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado												
	39			Data da Coleta												
	40			Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado												
	41			Data da Coleta												
42			Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado													
43			Data da Coleta													
44			Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado													
45			Data da Coleta													
46			Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado													
47			Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4													
48			Histopatologia 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado													
49			Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado													

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE DENGUE (VERSO)

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação <input type="text"/>	52 UF <input type="text"/>	53 Município do Hospital <input type="text"/>	Código (IBGE) <input type="text"/>	
	54 Nome do Hospital <input type="text"/>	Código <input type="text"/>	55 (DDD) Telefone <input type="text"/>			
Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)					
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	57 UF <input type="text"/>	58 País <input type="text"/>			
	59 Município <input type="text"/>	Código (IBGE) <input type="text"/>	60 Distrito <input type="text"/>	61 Bairro <input type="text"/>		
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica			
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado	66 Data do Óbito <input type="text"/>	67 Data do Encerramento <input type="text"/>			
Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave						
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua <input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade <input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito <input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	69 Data de início dos sinais de alarme: <input type="text"/>		
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	Extravasamento grave de plasma: <input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	Sangramento grave: <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	Comprometimento grave de órgãos: <input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência <input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: <input type="text"/>	
	71 Data de início dos sinais de gravidade: <input type="text"/>					
	Informações complementares e observações					
Observações Adicionais						
<input type="text"/>						
Investigador	Município/Unidade de Saúde <input type="text"/>				Cód. da Unid. de Saúde <input type="text"/>	
	Nome <input type="text"/>		Função <input type="text"/>		Assinatura <input type="text"/>	

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERV. DE SAÚDE – 2

11/12/2017	Epidemiol. Serv. Saúde - Normas para publicação
Formato dos manuscritos	
<p>Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (RichText Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.</p>	
<p>Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:</p>	
Folha-de-rosto	
<ul style="list-style-type: none"> a) modalidade do manuscrito; b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol; c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas; d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem (somente uma instituição por autor, incluindo unidade ou departamento), cidade, estado e país; e) endereço eletrônico de todos os autores; f) endereço completo e endereço eletrônico, números de telefones do autor correspondente; g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa (incluir número de processo), se pertinente. 	
Resumo	
<p>Para as modalidades artigo original, revisão da literatura e nota de pesquisa, deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.</p>	
Palavras-chave	
<p>Deverão ser selecionadas três a cinco, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: http://decs.bvs.br).</p>	
Abstract	
<p>Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective; Methods; Results; e Conclusion.</p>	
Key words	
<p>Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.</p>	
Resumen	
<p>Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusión.</p>	
http://acilho.ics.gov.br/revistas/eesw/pinstruc.html#formato2	6/13

ANEXO D - NORMAS DA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERV. DE SAÚDE – 2

11/12/2017

Epidemiol. Serv. Saúde - Normas para publicação

Palavras-chave:

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, a descrição da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. Esta seção deverá iniciar, preferencialmente, com um parágrafo contendo a síntese dos principais achados do estudo, e finalizar com as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – após a discussão; devem limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16); devem vir após a seção Contribuição dos autores. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Damascena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa