

Editorial

As infecções hospitalares – IH são importante risco para saúde pública, medidas de prevenção de baixa complexidade, como a lavagem das mãos impactam significativamente na morbi-mortalidade associada às infecções hospitalares.

Neste número, apresentamos os resultados do trabalho da Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica que avaliou o impacto de medidas de intervenção na redução das taxas de infecção de corrente sanguínea – ICS associadas a cateter venoso central – CVC. As estratégias propostas resultaram em redução das taxas de IH, especialmente nos hospitais onde as taxas iniciais eram mais altas.

Apresentamos, também, os resumos dos trabalhos premiados no V Fórum de Promoção da Saúde organizado pela Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica.

Ana Freitas Ribeiro
Editor

SUMÁRIO

Editorial	01
Projeto Estadual para Redução de Infecção de Corrente Sanguínea em Unidades de Terapia Intensiva: Intervenção de Baixo Custo, Grandes Resultados	02
Resumos	10
Tabelas de Doenças e Agravos de Notificação	20
Notícias	21

PROJETO ESTADUAL PARA REDUÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: INTERVENÇÃO DE BAIXO CUSTO, GRANDES RESULTADOS.

SUMÁRIO

As infecções hospitalares (IH), principalmente em pacientes críticos, estão relacionadas com elevada morbi-mortalidade, sendo as infecções de corrente sanguínea (ICS) uma importante causa de mortalidade em unidades de terapia intensiva (UTI). Diversos estudos sobre o impacto de medidas de intervenção na redução das taxas de ICS mostraram resultados positivos quando aplicadas em apenas um hospital ou em um conjunto de hospitais, demonstrando a factibilidade e custo-efetividade destas medidas. O Projeto Estadual de Redução de ICS associada a cateter venoso central (CVC) teve como objetivo avaliar o impacto de medidas de intervenção, implantadas no período de abril a dezembro de 2011, na redução das taxas de ICS associadas à CVC em hospitais com UTI adulto do Estado de São Paulo. A definição da amostra do projeto foi realizada pelo Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo (IME/USP) e 56 hospitais foram incluídos. Avaliação de indicadores de processo e medidas de intervenção foram propostas. As estratégias propostas pelo Projeto Estadual de Redução de ICS associada à CVC foram eficazes para a melhoria dos processos e redução das taxas.

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares (IH) constituem um sério problema de saúde pública na atualidade. Em 2002, os gastos com IH chegaram a 6,7 bilhões de dólares nos Estados Unidos e a 1,06 bilhões de libras (aproximadamente 1,7 bilhões de dólares) no Reino Unido. Estima-se que aproximadamente um em cada dez pacientes hospitalizados terá infecção após sua admissão, gerando custos elevados, resultantes do aumento do tempo de internação e de intervenções terapêuticas e diagnósticas adicionais (Graves, 2004).

Além do impacto econômico, as IH, principalmente em pacientes críticos, estão relacionadas com elevada morbi-mortalidade, sendo as infecções de corrente sanguínea (ICS) uma importante causa de mortalidade em unidades de terapia intensiva (UTI) (Gastmeier et al, 2007; Fabro-Peray et al, 2007; Pittet et al, 1994).

Desde 2004 o Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE), órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP), mantém o Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, seguindo a metodologia para coleta e análise de dados proposta pelo NNIS (BEPA, 2006).

Comparando com as demais IH sob vigilância nas UTI adulto do Estado de São Paulo as ICS associadas à CVC são a terceira causa de IH com taxas medianas variando de 4,14/1000 CVC-dia a 5,07/1000 CVC-dia no período de 2004 a 2010 (Assis et al, 2011).

Diversos estudos sobre o impacto de medidas de intervenção na redução das taxas de ICS vêm sendo publicados com resultados positivos quando aplicadas em apenas um hospital ou em um conjunto de hospitais, demonstrando a factibilidade e custo-efetividade destas medidas (Galpern et al, 2008; Yilmaz et al, 2007; Pronovost et al, 2006; Lobo et al, 2005).

A instituição de medidas de intervenção para a prevenção de ICS associadas à CVC em UTI adulto do Estado de São Paulo pode fundamentar novas estratégias de prevenção e controle das ICS no Estado, além de garantir maior segurança aos pacientes internados em UTI e reduzir os custos atribuíveis ao tratamento das ICS (Higuera et al, 2007).

OBJETIVO

Avaliar o impacto de medidas de intervenção, implantadas no período de abril a dezembro de 2011, na redução das taxas de infecção de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em hospitais com UTI adulto do Estado de São Paulo.

MÉTODO

A definição da amostra foi realizada pelo Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo (IME/USP).

Optou-se por utilizar amostragem estratificada, método que consiste na divisão de uma população (hospitais) em grupos ou classes (estratos) segundo uma característica conhecida (taxa de ICS associada à CVC) na população sob estudo e de cada um destes estratos selecionar amostras proporcionais ao tamanho do estrato.

Para incluir no estudo todos os hospitais que notificaram taxas em algum momento no período de 2007 a 2009, foi utilizada como medida de inclusão a média ponderada das taxas de ICS associada à CVC atribuindo maior peso às observações mais recentes notificadas por cada hospital considerando a evolução (positiva ou negativa) das taxas no período. Essa média foi construída da seguinte maneira:

- Para hospitais que notificaram apenas uma taxa no período considera-se o único valor divulgado
- Para aqueles que notificaram duas taxas, considera-se a média ponderada dada por: $taxa = taxa_i + (2 \times taxa_j) / 3$, com $i < j$.
- Para os que notificaram taxas nos três anos considera-se a média ponderada: $taxa = taxa_{2007} + (2 \times taxa_{2008}) + (3 \times taxa_{2009}) / 6$

Os hospitais foram distribuídos em 20 estratos com amplitude de 0,99 em todas as classes, exceto em duas, a décima sexta e a vigésima, das quais a primeira tem uma amplitude de 2,99 e a última tem os valores iguais ou maiores que seu limite inferior. Assim entre os vinte estratos, o primeiro inicia-se com taxa igual a 0 e o último com 30.

A estratificação proporcional ao estrato tem como objetivo diminuir a variabilidade entre as taxas e contemplar na amostra a mesma proporcionalidade de taxas da população em questão.

Foi estimado um número mínimo de hospitais necessário para o estudo e realizada uma amostragem aleatória sem reposição dos hospitais em cada estrato utilizando o software estatístico R.

Dessa forma, foram incluídos 56 hospitais no estudo. Deste total 50,0% (28/56) estão localizados no município de São Paulo e Grande São Paulo e o restante estão distribuídos em 14 dos 28 GVE do Estado de São Paulo.

Todos os hospitais incluídos no estudo foram convidados a participar do projeto por meio de uma carta enviada ao diretor clínico do hospital.

Hospitais foram orientados a formar um grupo de trabalho para reduzir a ICS em sua UTI. Hospitais com mais de uma UTI foram solicitados a escolher uma unidade para o estudo. Os grupos foram convocados para uma reunião na qual foram debatidos os problemas e um plano de trabalho foi desenvolvido em março de 2011.

Durante o período de abril a maio de 2011, cada hospital aplicou um questionário aos seus profissionais de saúde (PAS) para avaliação de conhecimento sobre a higiene das mãos, técnica de inserção do cateter, escolha do local de inserção, indicação e tempo de uso do CVC e cuidados com o cateter. Além disso, a observação de indicadores de processo foi realizada pelos grupos de trabalho: a higienização das mãos, local de inserção e uso de barreira máxima durante a inserção do CVC, higienização das mãos antes e após manipulação do CVC, desinfecção da conexão e curativo limpo e seco.

Os dados foram compilados e apresentados para os grupos de trabalho durante a 2ª reunião (Junho de 2011) na qual quatro estratégias de intervenção foram :

1. Implantação de produto alcoólico para higiene das mãos na unidade;
2. Implantação de kit de inserção de CVC;
3. Capacitação dos PAS com ênfase na escolha do local de inserção, preparação da pele do paciente e manutenção do CVC;
4. Implantação do cateter central de inserção periférica (PICC).

Na fase seguinte (julho-agosto de 2011), cada hospital escolheu as estratégias mais adequadas a sua realidade para implantação na UTI.

A 3ª reunião (setembro de 2011) ocorreu para discutir as dificuldades e trocar experiências. Foi realizado um segundo período de observação (Novembro de 2011) seguido de uma 4ª reunião para discutir os resultados (Fevereiro de 2012).

RESULTADOS

A tabela 1 mostra as características dos 56 hospitais participantes do projeto.

Tabela 1. Características dos 56 hospitais e das UTI participantes do Projeto Estadual para Redução de Infecção de ICU em UTI, São Paulo, Brasil, 2011.

CARACTERÍSTICAS		
Natureza do Hospital	NÚMERO	PORCENTAGEM (%)
Público	21	38
Privado	20	36
Filantrópico	15	27
Tipo de UTI		
Geral	54	98
Outras	2	4
Localização		
Interior do Estado	41	73
Capital do Estado	17	27
Coordenador do Grupo de Trabalho		
Médico	31	55
Enfermeiro	25	45
Local de Trabalho do Coordenador do Grupo de Trabalho		
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	50	89
UTI	5	9
Outros	1	2
	Média	Mediana
Número de leitos na UTI	15	12
Número de PAS no grupo de trabalho	7	6

Fonte: Divisão de Infecção Hospitalar/CVE/CCD/SES-SP

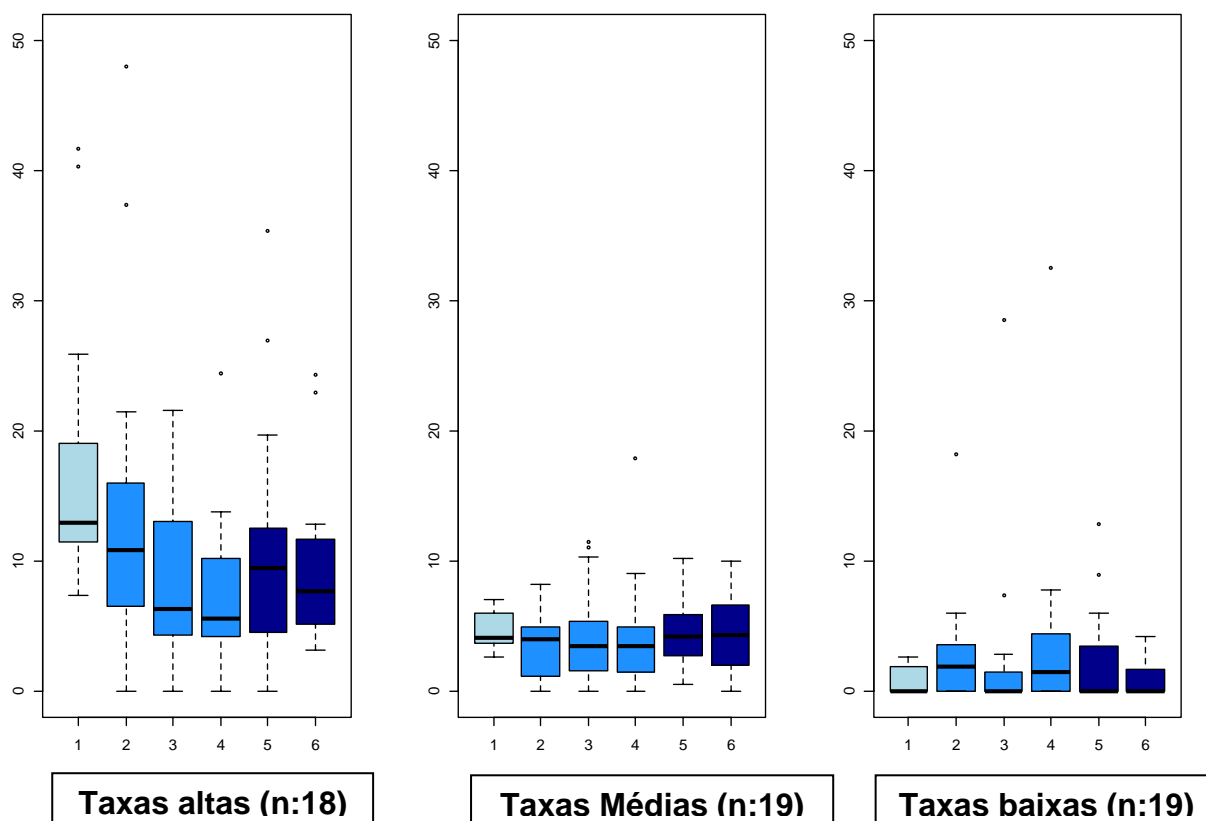
Já a tabela 2 mostra os resultados dos indicadores de processo nos períodos pré e pós intervenção.

Tabela 2. Resultados dos indicadores de processo de inserção, manutenção e manipulação de CVC antes e depois das medidas de intervenção em 56 hospitais. Projeto Estadual para Redução de Infecção de ICU em UTI, São Paulo, Brasil, 2011.

Indicadores de Processo	Frequência		Valor de p
	Pré intervenção	Pós Intervenção	
Inserção de CVC em veia subclávia	907/1864 (48.7%)	813/1434 (56.8%)	<0.0001
Não realização de higienização das mãos antes da inserção do CVC	67/1739 (3.9%)	38/1288 (3.0%)	0.18
Preparo da pele antes da inserção do CVC com solução alcoólica	1476/1503 (98.2%)	1142/1353 (84,4%)	<0.0001
Uso de campo estéril ampliado durante inserção do CVC	1432/1586 (90.3%)	1078/1166 (92.5%)	0.048
Uso de barreira máxima durante inserção do CVC	1449/1554 (93.2%)	1087/1174 (92.6%)	0.51
Desinfecção da conexão do CVC	2539/4017 (63.2%)	3490/4395 (79.4%)	<0.0001
Não realização de higienização das mãos antes da manipulação do CVC	1065/4595 (23.2%)	386/4512 (8.6%)	<0.0001
Não realização de higienização das mãos depois da manipulação do CVC	817/4106 (19.9%)	545/4816 (11.3%)	<0.0001
Presença de curativo oclusivo	5014/5290 (94.8%)	3863/4126 (93.6%)	0.017
Curativo limpo e seco	4797/5157 (93.0%)	3808/4118 (92.5%)	0.31
Uso de solução alcoólica durante a realização do curativo	2050/2338 (87.7%)	1805/2032 (88.8%)	0.24
Não realização de higienização das mãos antes da realização do curativo	276/2463 (11.2%)	77/1806 (4.3%)	<0.0001
Não realização de higienização das mãos depois da realização do curativo	336/2390 (14.1%)	92/2061 (4.5%)	<0.0001

Fonte: Divisão de Infecção Hospitalar/CVE/CCD/SES-SP

Houve uma diminuição nas taxas de ICS associada à CVC no período pós-intervenção em relação ao período pré-intervenção de 6,3 / 1000 cateteres-dia para 5,1 / 1000 cateteres-dia. As medianas das taxas de ICS associada à CVC não se alterou durante a intervenção e o período pós-intervenção nos hospitais com taxas iniciais baixas e médias. Nos hospitais com taxas iniciais altas, houve redução na taxa média de ICS associada à CVC nos períodos de intervenção e pós-intervenção (Figura 1).



Fonte: Divisão de Infecção Hospitalar/CVE/CCD/SES-SP
Legenda: 1, 2 e 3: período de intervenção; 4 e 5: período pós intervenção

Figura 1. Taxas de ICS associada à CVC por 1000 cateteres-dia por trimestre durante Projeto Estadual para Redução de Infecção de ICU em UTI, São Paulo, Brasil, Janeiro 2011-Junho 2012.

DISCUSSÃO E PRÓXIMOS PASSOS

As estratégias propostas pelo Projeto Estadual de Redução de ICS associada à CVC foram eficazes para a melhoria dos processos e redução das taxas.

A redução das taxas foi mais importante nos hospitais com taxas iniciais mais altas.

Dessa forma, em 2014, o projeto será ampliado para todos os hospitais com taxas acima do percentil 75 das taxas de ICS associada a CVC do Estado.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Corrente Sanguínea: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília-DF, Setembro 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home/servicosdesaude>

Assis DB, Madalosso G, Ferreira SA, Yassuda YY, Polachini ZM. Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo – Ano 2011. **BEPA** 2012; 9 (106):15-23. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/bepa10612.pdf>

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention. National Nosocomial Infections Surveillance System. National Nosocomial Infections Surveillance System, data summary from January 1992 through June 2004, issue October 2004. **Am J Infect Control** 2004; 32:470-485

Fabbro-Peray P, Sotto A, Defez C, Cazaban M, Molinari L, Pinède M, Mahamat A, Daurès JP. Mortality attributable to nosocomial infection: a cohort of patients with and without nosocomial infection in a French university hospital. **Infect Control Hosp Epidemiol** 2007; 28: 265-272.

Galpern D, Guerrero A, Tu A, Fahoum B, Wise L. Effectiveness of central line bundle campaign on line-associated infections in the intensive care unit. *Surgery*, 2008; 144:492-495

Gastmeier P, Sohr, D, Geffers C, Behnke M, Rüden H. Risk factors for death due to nosocomial infection in intensive care unit patients: finding from Krankenhaus Infektions Surveillance System. **Infect Control Hosp Epidemiol** 2007; 28: 466-472.

Graves N. Economics and preventing hospital-acquired infection. **Emerg Infect Dis** [periódico on line] 2004; 10 (4). Disponível em [URL:http://www.cdc.gov/eid](http://www.cdc.gov/eid) [2004 set 28]

Higuera F, Rangel-Frausto MS, Rosenthal DV, Soto JM, Franco G, Tabal-Galan N, Ruiz J, Duarte P, Graves N. Attributable cost and length of stay for patients with central venous catheter-associated bloodstream infection in México City intensive care units: a prospective, matched analysis. **Infect Control Hosp Epidemiol** 2007; 28:31-35

Horan TC, Gaynes RP. Surveillance of Nosocomial Infections. In: Hospital Epidemiology and Infection Control, 3rd ed., Mayhall CG, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004:1659-1702.

Lacerda RA. organizador. **Manual de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar**. Disponível em URL: <http://www.cve.saude.sp.gov.br> [2011 fev 05]

Lobo RD, Levin AS, Gomes LMB, Cursino R, Park M, Figueiredo VB, Taniguchi L, Polido CG, Costa SF. Impact of an educational program and policy changes on decreasing catheter-associated bloodstream infections in a medical intensive care unit in Brazil. **Am J Infect Control** 2005; 33:83-87

O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. MMWR 2002; 51: 1-26

Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. **N Engl Med**, 2006; 355:2725-2735.

Pittet D, Tarara D, Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infection in critically ill patients, excess length of stay, extra costs and attributable mortality. JAMA 1994, 271:1598-1601.

[SES/SP] Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. **Suplemento 3 do Boletim Epidemiológico Paulista**. Setembro 2006

Yilmaz G, Caylan R, Aydin K, Topbas M. Effect of education on the rate of and the understanding of risk factors for intravascular catheter-related infections. **Infect Control Hosp Epidemiol** 2007; 28:689-694.

Endereço para correspondência: Denise Brandão de Assis, Telefone: (11) 3066-8261

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

RESUMOS...

TÍTULO DO TRABALHO: PROMOVEDO A SAÚDE DE ESCOLARES

AUTORES: Cristina Passeri; Carolina Gilli Hadg Karkachi Rocco

EMAIL: daras.pse.guarulhos@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Pautado no Decreto Presidencial nº6286, de 05 de dezembro de 2007, que instituiu o Programa Saúde na Escola - PSE, o município de Guarulhos, assinou em 2012, Termo de Compromisso, pactuando ações e metas para o desenvolvimento do programa em escolas da rede pública de ensino, buscando o desenvolvimento integral dos estudantes a partir de uma inovadora tecnologia em saúde. Um Grupo de Trabalho Intersetorial-GTI, com representantes da Saúde, Educação Municipal e Estadual e da Universidade Guarulhos, foi instituído com a missão de apoiar os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros, articulando a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE aos projetos políticos pedagógicos das escolas. Num projeto audacioso, a meta, pactuada com o Ministério da Saúde, que envolvia apenas as unidades com estratégia de saúde da família, foi ampliada e as 66 unidades básicas de saúde(UBS) assinaram termo de compromisso municipal, envolvendo 200 escolas da rede pública de ensino.**OBJETIVO:** O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento, proporcionando melhoria da qualidade de vida das comunidades escolares. **METODOLOGIA E RESULTADOS:** Várias atividades foram desenvolvidas pelas equipes de saúde em parceria com as escolas que foram pactuadas nos termos de compromisso locais. Destacamos dentro das ações do Componente I do PSE-Avaliação Clínica e Psicossocial, a avaliação nutricional, que conseguiu contemplar 77.584 educandos em 2012, identificando 24% de distúrbios nutricionais. Na área da Saúde Visual foram realizados 58 mil testes de acuidade visual dos quais 13% foram encaminhados para consultas oftalmológicas. A avaliação das cadernetas de vacina constatou que dentro das 53 mil avaliadas, 5% necessitaram de atualizações. Já a Saúde Bucal identificou a necessidade de tratamento odontológico em 36% dos 70 mil alunos avaliados. O Componente II que tem por objetivo desenvolver ações de prevenção às doenças e principalmente de promoção à saúde, devem estar inseridas nos projetos políticos pedagógicos das unidades escolares. São elas: segurança alimentar e promoção de alimentação saudável, promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas, educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz e prevenção de acidentes, promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. Contemplaram em 2012, 175 mil alunos. Todas as ações do componente II, após ampla discussão do GTI, resultaram no primeiro seminário do PSE, realizado em junho de 2012, para a construção de uma visão sistêmica e o fortalecimento da parceria Saúde e Educação.

A partir da proposta curricular da educação foi colocado os saberes relacionados aos eixos do PSE: corpo e movimento, interação social, autonomia e identidade, natureza e sociedade e arte que constam no quadro de saberes necessários e que são trabalhados ao longo do ano letivo, bem como o que consta nos parâmetros curriculares nacionais, a saber: ética, saúde, meio ambiente, sexualidade, pluralidade cultural, trabalho e consumo, trabalhados pela rede estadual. Realizamos em 2012, mais quatro encontros formativos: Seminário Cultura de Paz e Prevenção de Violências-Escola que Protege; Seminário Promoção de Práticas Corporais e Atividade Física (com a participação da secretaria do esporte); Seminário – SPE - Refletindo Sobre o Uso de Substâncias Psicoativas: Ações da Saúde e Educação e Seminário – SPE - Sexualidade e Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Todos esses seminários contemplaram o Componente III que visa à formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde para atuarem no Programa Saúde na Escola. Em novembro foi realizada a 1ª Mostra de Experiências Exitosas, com 19 trabalhos apresentados, dos quais oito foram premiados. **REFLEXÕES:** O Programa Saúde na Escola é mais do que uma estratégia de integração de políticas setoriais. Ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde já que as trata como parte de uma formação ampliada para a cidadania, garantindo direitos de crianças e adolescentes. A escola como um espaço privilegiado de relações garante o desenvolvimento da personalidade, na medida em que contribui na construção de valores pessoais, interferindo diretamente na produção social da saúde. Com a participação ativa da comunidade escolar em práticas cotidianas, é possível ter uma escola que forme cidadãos críticos, informados e com habilidades para agir em defesa da vida e com garantia da qualidade que todos nós merecemos.

TÍTULO DO TRABALHO: “RODAS DE CONVERSA SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO COM PARTICIPANTES DO PROGRAMA CAMINHANDO BEM / ACADEMIAS DA CIDADE EM POLOS DO MUNICÍPIO DE DIADEMA”

AUTORES: Maria Del Carme Gonzalez Soriano; Renatiely Rosiany
EMAIL: educa.alimentar@diadema.sp.gov.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: Relevantes mudanças socioeconômicas, geográficas, políticas e tecnológicas ocorreram nesses últimos 50 anos, com consequentes transformações desde a produção até o preparo dos alimentos, bem como na atividade física e no gasto energético (CFN, 2008). Esse processo acarretou um crescente consumo de alimentos calóricos, associado ainda ao baixo consumo de frutas, legumes e verduras, sendo hoje o padrão mais comum de alimentação das famílias brasileiras (IBGE e MS, 2006). Em relação à atividade física, vários fatores levaram a sua redução, relacionando-a com a ascensão na prevalência da obesidade (MENDONÇA; ANJOS, 2004). Todas estas mudanças caracterizam uma transição nutricional (KAC; VELASQUEZ-MELENDEZ, 2003). Segundo levantamento do Ministério da Saúde mais da metade da população adulta brasileira (51%) está acima do peso e 17% são obesos. (BRASIL, 2013). A Prefeitura Municipal de Diadema empenhada em articular várias iniciativas de promoção de políticas públicas criou, em 2003, o Programa de Educação Alimentar e Nutricional de Diadema (PEAND), na Secretaria de Segurança Alimentar e, em 2009, o Programa Caminhando Bem / Academia da Cidade, na Secretaria de Esporte e Lazer. O PEAND é um programa educacional voltado à Segurança Alimentar e Nutricional através da informação e orientação. Possui caráter intersetorial, que atende uma grande demanda dentro dos diversos serviços da prefeitura e das organizações da sociedade civil. O Programa Caminhando Bem / Academia da Cidade tem por objetivo promover a prática da atividade física e requalificar os espaços públicos. Essa intersetorialidade possibilita abordar o binômio alimentação e exercício físico potencializando os recursos financeiros e a gestão de pessoas. **OBJETIVO GERAL** :Disseminar informações e orientações relativas à alimentação e nutrição em rodas de conversa, para participantes do Projeto Caminhando Bem / Academias da Cidade, estimulando a adoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis para a prevenção e controle de doenças e enfatizando o consumo consciente dos alimentos para o combate ao desperdício. **METODOLOGIA:** O público alvo é composto por participantes do Programa Caminhando Bem / Academias da Cidade, entre 45 e 65 anos de ambos os sexos, predominando idosos, além dos professores atuantes no programa. Atualmente existem 1.100 pessoas inscritas no projeto, distribuídas em 16 pólos na cidade. Os pólos são locais adequados para a prática da atividade física, como praças, parques, e outros espaços públicos do município. As rodas de conversa acontecem em 08 (oito) pólos, totalizando aproximadamente 550 usuários. Após a prática da atividade física, ocorre a roda de conversa promovida pelo PEAND, cuja equipe é composta de duas nutricionistas e seis estagiários de nutrição, seguida de um café da manhã, que tem o objetivo de sociabilização, nos quais os próprios participantes trazem os alimentos ou preparações. As rodas de conversa consistem em um método de participação coletiva de debates acerca do tema proposto e tem como objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Temas já abordados: Rotulagem Nutricional, Dietas da Moda, Pirâmide Alimentar e Alimentação na Atividade Física.

Serão ainda abordados os temas: Higiene e Manipulação de Alimentos, Mitos e Verdades na Alimentação, Slow Food, dentre outros. São realizadas também oficinas culinárias de aproveitamento integral dos alimentos na cozinha didática do Centro de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional de Diadema Josué de Castro (CRESAND). Nestas oficinas os participantes preparam e degustam as receitas, e enfatiza-se o consumo consciente dos alimentos para o combate ao desperdício. As receitas são avaliadas quanto às características sensoriais (sabor, visual e textura) e ao final há uma avaliação geral do encontro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Até a presente data participaram das rodas de conversa 400 pessoas o que representa 72% do público alvo e nas oficinas apenas 90, pois para esta atividade é necessário limitar a quantidade de pessoas e a ainda seguir uma agenda para a utilização da cozinha didática do CRESAND. Em relação à avaliação sensorial das receitas, 91% dos participantes avaliou como ótimo/bom o item sabor e 81% referiu o mesmo para os itens textura e visual. Quanto à avaliação geral, 82% dos participantes referiu que passaria a utilizar essas receitas no seu dia-a-dia. Inicialmente, os cafés da manhã eram compostos, na sua grande maioria, de alimentos industrializados, frituras e baixa presença de frutas. Com o decorrer das rodas de conversa, através de análise observacional, pode-se verificar que os cafés passaram a se constituir de alimentos naturais, preparações mais saudáveis, inclusive com aproveitamento integral dos alimentos e, praticamente, ausência de refrigerantes e sucos industrializados, havendo a introdução de sucos naturais sem adição de açúcar e frutas, o que caracterizou uma mudança radical dos hábitos alimentares antes apresentados. Houve também aumento do consumo de água durante a prática da atividade física e nas rodas de conversa.

CONCLUSÃO: A implementação de ações de educação alimentar e nutricional evidencia-se numa política pública de segurança alimentar e nutricional premente, pois uma pessoa informada pode ser responsável pela transferência desses conhecimentos. Dessa forma a Educação Alimentar e Nutricional entendida como um dos caminhos para a promoção e a proteção da saúde, pode ser considerada como estratégia de processo educativo permanente e consolidada como elemento construtivo nas diferentes políticas públicas.

TÍTULO DO TRABALHO: MARKETING: INSTRUMENTO DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

AUTORES: Iracilda Santos; Rosa Maria Vitto; Elaine Burrone

E-MAIL: santos_tilde@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Departamento de Saúde do município de Mococa tem trabalhado com a questão violência desde 2009, com ações e estratégias orientadas para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e famílias em situação de vulnerabilidade, de acordo com a políticas nacionais de redução da morbimortalidade por acidentes e violências / promoção da saúde / atenção primária. Com o intuito de ampliar a estratégia, com mobilização e comunicação social voltadas para promoção da saúde cultura da paz e prevenção de violências e acidentes com fomento em atividades educativas e marketing social para atingir a população em sua totalidade e chamar a atenção dos profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado em todas as suas dimensões (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social), bem como de sensibilizar os gestores para a organização dos serviços e a atuação em rede no território. A violência intrafamiliar que atinge parcela importante da população do município, pelo diagnóstico das equipes de saúde, e repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas. Configura-se um problema de saúde pública relevante e um desafio para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Na realidade, a violência intrafamiliar é uma questão de grande amplitude e complexidade cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de atuação, requerendo, por conseguinte, uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil.. Ainda de acordo com o SINAN, de 2008 a 2012, foram notificados 83 casos de violência sexual, sendo 60 na faixa etária de 5 a 14 anos de idade. Segundo recentes estimativas (Heise, 1993), só são denunciados 2% dos casos de abuso sexual infantil dentro da família, 6% dos casos de abuso sexual fora da família e entre 5 e 8% dos casos de abuso sexual contra adultos. Nos casos de violência intrafamiliar contra mulheres adultas, segundo estudos realizados em vários países da América Latina, são denunciados entre 15 e 20% dos eventos (Shrader, 1992). **OBJETIVO: GERAL:** Mobilizar e convocar vontades para atuar na busca da promoção da saúde e da cultura de paz baseadas no fortalecimento de fatores que protegem a pessoa, fazendo-a evitar ou controlar os riscos, estimulando as capacidades e o exercício do autocuidado e da ajuda mútua com educação, justiça social e equidade. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Prevenir e controlar os agravos, por meio da criação de condições de proteção e defesa de indivíduos e grupos que se encontram em situações de riscos e de vulnerabilidades sociais; Promover a saúde e a prevenção de violências contra crianças e adolescentes com ações coletivas, envolvendo instituições de educação e ensino, associações, grupos formais e informais e lideranças comunitárias e são essenciais para a redução dos riscos de violência e promoção da cultura de paz no território; Desenvolvimento de resiliência nas famílias indivíduos e comunidade com autonomia, autoestima e competência social; Formação de multiplicadores na promoção da saúde e prevenção da violência nas escolas ensino fundamental e portadores de necessidades especiais; Melhorar a qualidade das notificações de agravos decorrentes das violências para o planejamento de ações de saúde. **METODOLOGIA:** Veiculação de informações com uso da mídia, canal de televisão local, rádio com programas ao vivo, com especialistas da área, sobre temas relacionados a eventos violentos, eventos de mobilização social, de acordo com o calendário comemorativo do Ministério da Saúde, oficinas de sensibilização para o acolhimento das vítimas de violência par os profissionais da saúde; oficinas de educação em saúde nas escolas de ensino fundamental, do 5º ao 9º ano para a cultura da paz; seminário de âmbito municipal e análise dos indicadores junto a vigilância em saúde para proposta de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

RESULTADOS: Estabelecimento de parcerias para a mobilização da sociedade e dos profissionais da saúde na identificação e enfrentamento da violência especialmente a intrafamiliar, adolescente e criança e idoso com moção de apoio pela câmara municipal; as populações vulneráveis, especialmente adolescentes vítimas de violência sexual, procuram serviços de apoio psicossocial. **CONCLUSÃO:** A maior dificuldade no enfrentamento da violência está em percebê-la e registrá-la, um desafio para profissionais de todas as áreas. A mobilização social com instrumentos do marketing visa, em especial, fortalecer e potencializar as ações e serviços na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema.

TÍTULO DO TRABALHO PROJETO MOTTAINAI: EDUCAÇÃO E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

AUTORES: Claudia Saleme

E-MAIL: educa.alimentar@diadema.sp.gov.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: As práticas educativas ambientais, que priorizam o desenvolvimento sustentável de uma comunidade de forma equilibrada e dinâmica, levam em consideração o respeito aos valores culturais, sociais, econômicos e ecológicos, integrando conhecimento e criatividade para economizar os recursos naturais, com ações responsáveis e mudanças de conceitos. Elas são, portanto, fundamentais para a melhoria da qualidade de vida. Um dos focos nas abordagens de discussão internacional, com base nos princípios educacionais, é a mudança de paradigmas, porém, alguns aspectos como o econômico, o social, o ambiental, o político e o cultural devem ser analisados sob a ótica da ciência holística, ou seja, todos os pontos interligados numa visão sistêmica para um avanço globalizado. Hoje ainda é observado apenas o aspecto intelectual dos estudantes e educadores, sendo que em alguns países conseguiram mudar parte dos conceitos preconcebidos articulando alterações na legislação que favoreceram destaques no conhecimento qualitativo do ensino integrativo das ciências ambientais: moral, física e econômica. O comprometimento em defender o meio ambiente tem por finalidade contribuir com a área da saúde pública e educacional, socializando a área juvenil e interagindo com a comunidade para despertar o interesse em criar e inovar capacidades, adquirir conhecimento e mecanismos de alternativas para o cotidiano. Este trabalho iniciou-se neste ano de 2013 e tem como cenário para o seu desenvolvimento, a EMEF José Honório Rodrigues, escola de ensino fundamental na cidade de São Paulo.

OBJETIVOS: Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos alunos, professores, pais, trabalhadores e integrantes da comunidade da EMEF José Honório Rodrigues do município de São Paulo; Implantar o projeto educativo MOTTAINAI de “Sustentabilidade Ambiental”, com metodologias educativas dos 5 Rs (repensar, reduzir, recuperar, reciclar, reutilizar); Envolver como parte inclusiva do projeto de sustentabilidade ambiental a intersectorialidade dos atores e públicos de áreas comunitárias próximas do espaço geográfico da referida escola.

METODOLOGIA: Para o desenvolvimento deste Projeto na Escola José Honório Rodrigues, estudou-se um ciclo de dois anos de mobilização e integração com os temas que fariam parte desta interlocução humana. Foi realizado um levantamento de dados com alunos e professores para conhecer quais temas gostariam que fossem trabalhados e os que mais são solicitados para o aprendizado: Sustentabilidade ecológica; Consciência ambiental e comportamental; Qualidade de vida; Condições do ambiente no entorno da escola; Reciclagem dos resíduos domésticos e escolares; Educação e ética ambiental; Energia e alimentação. Utilizou-se uma metodologia por divisão em etapas para iniciar o processo de construção socioambiental. Primeiro passo foi a sensibilização dos professores que se tornaram multiplicadores em sala de aula, tornando possível o envolvimento de todos, inclusive dos funcionários, construindo uma nova visão do verdadeiro significado do termo sustentabilidade, favorecendo uma mudança de paradigma para a transformação em educadores construtivos.

1ª Etapa: Visita do profissional especialista da área ambiental para realização e mobilização dialogada com todos os projetos existentes na EMEF José Honório Rodrigues para alinhamento quanto ao planejamento a ser realizado a respeito do Projeto Educativo Mottainai de Sustentabilidade Ambiental. 2ª Etapa: Realização das campanhas de logomarca do projeto, construção de desenhos, músicas, poesias, cartas etc. 3ª Etapa: Apresentação de uma aula expositiva sobre a celebração e comemoração do Dia do Planeta Terra, como conexão interativa do ser humano com o ambiente. 4ª Etapa: Mobilização e ação educacional sobre a Semana Mundial do Meio Ambiente focando cuidados com alimentação saudável; 5ª Etapa: Realização de atividades socioeducativas contextualizadas aos temas solicitados com a importância da intersectorialidade dos envolvidos.

Resultados e Discussão: Treinamento para 60 pessoas: professores, funcionários e gestores; Pesquisa de enquete: Como tornar a Escola em um Ambiente Verde? – 200 produções; Elaboração de desenhos: 500 produções; Construção de cartas – Ser não humano – 12 produções; Músicas e poesias – 20 produções; Melhoria do clima organizacional bem como do relacionamento interpessoal entre professores e alunos mensurado com 100% de aprovação; Os educadores da EMEF José Honório Rodrigues estão habilitados para trabalharem com o tema, garantindo, assim, a sustentabilidade do projeto. **CONCLUSÃO:** O Programa de Educação em Sustentabilidade Ambiental incentivou a mudança comportamental de atitudes e práticas diárias. O apoio das coordenadoras pedagógicas foi fundamental para o cumprimento do cronograma das atividades na escola, juntamente com professores integrando as atitudes das práticas Mottainai, demonstrando a possibilidade de sentir apreço pelas coisas, evitando o desperdício e melhorando a conduta e convívio ambiental. A expectativa no próximo ano é atingir 5.000 integrantes da comunidade com orientações básicas de qualidade de vida, integrando todos os setores da sociedade. **AGRADECIMENTOS:** Escola Municipal de Ensino Fundamental José Honório Rodrigues (São Paulo/SP). Ano de trabalho: 2013.

TÍTULO DO TRABALHO: PROJETO VIDA VIVA**AUTORES:** Cintia da Cunha Alfredo Funabashi**E-MAIL:** funabashi@bol.com.br**RESUMO**

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA: O município de Paraguaçu Paulista, localizado no interior paulista, com aproximadamente 45 mil habitantes, conforme levantamento IBGE, está localizado na região centro oeste paulista, economicamente caracterizado como região canavieira e suas particularidades, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,773. O município está habilitado na gestão plena, possui cobertura pela Estratégia de Saúde da Família na zona urbana de 58% e na zona rural de 19,2%, sendo sete unidades Estratégia de Saúde da Família, sendo seis na zona urbana e uma na zona rural, possui ainda quatro Unidades Básicas de Saúde, sendo duas na zona urbana e duas na zona rural, contando também com PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde) em três delas. Possui também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para atendimento dos transtornos mentais severos. Conta ainda com um Ambulatório de Especialidades que atende todas as especialidades médicas, fisioterapia, saúde mental e fonoaudiologia. Compreende as especialidades de cardiologia, dermatologia, urologia, infectologia, DST/AIDS (doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida), neurologia, ortopedia, vascular, pneumologia e psiquiatria. O município possui dez educadores físicos atuando junto as equipes de saúde em nove unidades de saúde e no CRAS I, incluindo as unidades da zona rural, foi criado a quatro anos e batizado como "Projeto Vida Viva". **OBJETIVO:** O Projeto Vida Viva tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relativos aos determinantes sociais; com o compromisso de implementar ações de promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica, contribuindo para o aumento da resolutividade do sistema por meio de ações efetivas e integradas. **METODOLOGIA:** Desde o início das atividades do projeto até a presente, criou-se um fluxo de encaminhamento dos usuários que freqüentam as unidades de saúde, independente da faixa etária e com a indicação dos médicos e equipes de saúde, estes são avaliados pelos educadores físicos, priorizando os grupos de idosos, diabéticos, hipertensos e obesos. Após a avaliação da equipe o usuário inicia as atividades físicas com o grupo da unidade de saúde a qual pertence, realiza aferição da pressão arterial, dosagem de glicemia capilar e batimentos cardíacos, é realizado um cadastro de usuário de atividade física onde seus resultados e evolução são registrados, periodicamente parametrizados para avaliação. Os usuários realizam atividades físicas diárias cinco vezes na semana por cinquenta minutos, com ginástica, caminhada orientada, passeios temáticos, palestras, desfiles cívicos. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** O Projeto Vida Viva está sendo desenvolvido no município há quatro anos, atualmente tem capacidade para atender oitocentos usuários, já realizou atendimento para até seiscentos usuários/dia, no momento estamos com aproximadamente trezentos usuários participando ativamente, este fato se explica devido as mudanças climáticas, considerando o grande numero de idosos que participam dos grupos e considerando o inverno rigoroso e prolongado para essa região, considerando ainda que não possuímos área coberta nem salas de convivência, sendo as atividades realizadas a céu aberto, justificamos uma redução no número de usuários ativos. Sabemos que a mudança climática faz o numero de usuários aumentar relativamente. Apesar da oscilação no numero de participantes do projeto, observamos que apenas 5% dos usuários não apresentou melhora ou não obteve controle dos níveis de glicemia e pressão arterial, os

demais participantes todos apresentaram melhora, seja no peso, níveis glicêmicos, pressão arterial, melhora na frequência cardíaca, equilíbrio e força muscular, considerando ainda as questões sociais, que contribuem para a interação da comunidade. **CONCLUSÃO:** A iniciativa deste projeto apresenta uma ação no sentido de promover a mudança de comportamento da população, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular bem como adotar hábitos saudáveis que possam prevenir riscos e doenças, contribuindo assim para melhorar a qualidade de vida de nossos munícipes. Com essa experiência exitosa no município de Paraguaçu Paulista, podemos concluir que prevenção e orientação adequada sobre hábitos saudáveis são medidas que têm impacto direto na qualidade de vida do cidadão, no perfil de doenças e mortalidade da população e na pressão das demandas sobre o sistema de atendimento à saúde.

DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Tabela 1 - Casos e Surtos confirmados de doenças e agravos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, de 2007/2012* e 1º semestre de 2013*, jul a set, e out, nov de 2013*

Doenças/Agravos	2007-10	2011	2012*	2013*			
				1º semestre	Jul/Set.	Out.	Nov.
CASOS CONFIRMADOS							
Botulismo	12	0	5	0	0	0	0
Caxumba [Parotidite Epidêmica]	7.904	150	215	154	41	2	13
Cólera	0	1††	0	0	0	0	0
Conjuntivite§§	549.418	1.187.356	318.394	80.987	46.328	12.076	1.140
Coqueluche	751	914	1.029	698	285	96	19
Dengue (Casos Autóctones e Importados)	317.904	97.882	25.383	205.674	1.728	243	68
Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)**	2.879.475	940.200	1.146.212	474.568	255.296	70.576	57.941
Diarréia (Casos envolvidos em surtos)	37.753	9.524***	5.675	540	498	110	168
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	27	17***	40	8	2	12***	3
Esquistossomose (Casos Autóctones)	607	84	85	29	17	1	5
Esquistossomose (Total de Casos)	5.317	1.080	1.094	411	186	47	46
Febre Maculosa / Rickettsioses	200	82	72	17	9	2	1
Febre Tifoide	36	3	2	1	1	0	0
Hantavirose	78	21	12	10	3	0	0
Hepalite A (Casos esporádicos)	1.116	204	175	176	24	15	5
Hepalite A (Casos envolvidos em Surtos)	819	61	70	45	3	0	0
Hepalites B	13.563	3.749	4.104	1.649	829	204	122
Hepalites C	25.394	6.376	6.287	2.262	1.014	290	170
Hepalite B + C (co-morbidade)	667	138	134	52	26	12	08
SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)†	12.091	26	371	1.746	209	15	3
Leishmaniose Tegumentar Americana	1.633	263	309	151	63	22	6
Leishmaniose Visceral	1.095	228	246	107	55	16	4
Leptospirose	3.136	970	787	601	124	55	23
Doença Meningocócica	5.130	1.363	1.168	475	278	74	34
Outras Meningites Bacterianas	7.516	1.724	1.638	693	391	97	13
Meningites Virais	21.209	4.230	5.294	1.996	771	396	229
Outras Meningites	4.355	833	968	388	187	78	31
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	347	91	88	38	52	56	60
Poliomielite (poliovírus selvagem)	0	0	0	0	0	0	0
Rotavírus (em < 5 anos)§	294	152	23	200	5	4	3
Rubéola	2.373	0	0	0	0	0	0
Sarampo	0	27	1	5	0	0	0
Síndrome da Rubéola Congênita	23	0	0	0	0	0	0
Síndrome Hemolítico-Urêmica	5	2	1	1	1	1	0
Tétano Acidental	88	26	21	10	7	0	1
Tracoma¶	9.071	1.760	2.202	700	403	360	168
Varicela	78.423	18.375	18.973	3.118	9.977	5.015	1.480
Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (excluídas as urbanas)	49.735	31.408	44.205*	19.965	8.550	2.282	...
SURTOS CONFIRMADOS							
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações	1.632	40	88	9	18	2	6
Conjuntivite§§	1.676	9.041	776	145	81	39	10
Hepalite A	131	15***	7	3	3	0	0
Varicela	10.454	2.747	3.001	692	1.397	772	295
Diarréia	2.001	137***	138	475	32	33***	19

Fonte: SINAN Net (com correções)

(*) 2012 e 2013* - dados provisórios - (**) Fonte: SIVEP_DDA/SVS/DATASUS - (***) atualização nos dados

(†) Fonte: SINAN Web (com correções) - SRAGH: Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado - dados a partir de abril/2009

††) Caso importado - Acum.(casos acumulados)

(§) Fonte: Vigilância Sentinela do Rotavírus e SINAN Net (com correções - (§§) Sinan Net surto e sistema de vigilância de conjuntivites

(¶) Fonte: Inquérito de Tracoma/SINAN Net (...) = dados não disponíveis, devido às diferentes periodicidades para encerramento dos casos

V FÓRUM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE



Faculdade de Saúde Pública, em São Paulo – SP, o *V Fórum de Promoção da Saúde*, e *II Encontro de Experiências bem sucedidas em Promoção da Alimentação Saudável*

Ana Freitas Ribeiro, José Agenor Mei Silveira e Marco Antonio de Moraes

Participaram do fórum 168 profissionais, da área da saúde, de diversos municípios do Estado de São Paulo – representantes dos grupos de vigilância epidemiológica (GVE), dos departamentos regionais de saúde (DRS) e outros setores da SES/SP, de instituições de ensino do setor público e privado e várias organizações não governamentais ligadas a área de promoção da saúde.

A abertura contou com a presença de José Agenor Mei Silveira, representando a CCD, Ana Freitas Ribeiro, diretora do CVE e Marco Antonio de Moraes, diretor da DDCNT.

Inicialmente foram apresentadas duas palestras; a primeira “O caminhar das Ações do Observatório de Promoção da Saúde”, que apresentou os aspectos históricos desde a criação do referido observatório até as inúmeras ações atuais que estão sendo desenvolvidas pelo mesmo. A segunda, “Proposta de Atuação da Área de Atenção Básica na Promoção da Saúde da SES/SP” que se pautou em esclarecer as principais linhas de atuação da atenção primária voltadas para o alcance da promoção da saúde no ESP.

Na sequência foi constituída uma mesa redonda que abordou o tema sobre a contribuição da Academia na Gestão de Programas de Promoção da Saúde”, composta por três apresentações: na primeira, o Projeto VIGITEL-São Paulo, seguida pelo Projeto de Avaliação em Promoção da Saúde do CEPEDOC e finalizando, o Projeto Vida no Trânsito do Estado de São Paulo”.

No intervalo para o almoço foi aberto à visitação aos pôsteres selecionados para as apresentações.

No período da tarde foi apresentado o “*II Encontro de Experiências bem sucedidas em Promoção da Alimentação Saudável*” onde foram apresentadas as palestras: “Ações da Alimentação e Nutrição no Estado de São Paulo e Ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no Plano de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Nível Nacional”.

Finalizando o evento, ocorreu um debate seguido da premiação dos projetos de promoção da saúde e alimentação saudável no ESP, publicados os resumos nesta edição do **e-BECVE**.

Trabalhos premiados

1º Lugar: “Promovendo a Saúde de Escolares” – do município de Guarulhos;

2º Lugar: “Rodas de conversa sobre Alimentação e Nutrição com participantes do Programa Caminhando Bem/Academias da cidade em polos do município de Diadema”;

3º Lugar: “Instrumento de Mobilização Social no enfrentamento da violência” do município de Mococa;

Menção Honrosa: “Projeto MOTTAINAI: educação e sustentabilidade ambiental”. da Escola Municipal – José Honório Rodrigues, da zona Leste do município de São Paulo;

Menção Honrosa: “Projeto Vida Viva” do município de Paraguacú Paulista.

O Fórum mostrou-se de grande importância para o avanço do conhecimento, da reflexão, do debate e da prática em promoção da saúde entre os participantes, propiciando oportunidades para multiplicações futuras nas diversas unidades presentes e representadas.

Dessa forma, pode-se constatar que o evento cumpriu plenamente seu objetivo de dar continuidade à instrumentalização e estímulo aos profissionais de saúde do SUS e instituições parceiras nas ações de promoção da saúde no Estado de São Paulo.

Elaborado por: Marco Antonio de Moraes da DVDCNT
ddcnt@saude.sp.gov.br

SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA SENTINELA DA INFLUENZA NO ESTADO DE SÃO PAULO



Semestralmente a Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória realiza avaliação das unidades sentinelas de influenza por meio de indicadores específicos, no sentido de delimitar avanços e eventuais fragilidades do sistema. No dia 05 de novembro realizamos o “Seminário de Avaliação da Vigilância Sentinela da Influenza no Estado de São Paulo”, com participação de 73 profissionais de saúde (unidades sentinela, municípios, GVE, laboratório). Na ocasião foram apresentados os indicadores, informações e experiências.

Atualmente o sistema sentinela de vigilância da influenza no Estado de São Paulo possui 15 unidades sentinelas de síndrome gripal (SG), distribuídos em 10 GVE e 15 municípios, e 4 unidades sentinelas de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) para casos internados em UTI. Nessas unidades, a triagem e coleta adequada de amostras biológicas dos casos visa garantir o monitoramento dos vírus respiratórios, em especial o vírus influenza, circulantes. Semanalmente, cada unidade de SG promove a coleta de cinco amostras e nas unidades de SRAG são coletadas amostras de todos os casos internados em UTI. Todas as amostras são submetidas a exame laboratorial no Instituto Adolfo Lutz, para identificação e posterior caracterização viral (antigênica e genômica). Entre maio e setembro, as amostras positivas para o vírus influenza são enviadas ao Centro Colaborador de Influenza (OMS), onde se determina anualmente a composição da vacina de Influenza Sazonal da próxima temporada para o Hemisfério Sul.

Nas unidades sentinela de SG, até a SE 43, foram coletadas 2.304, sendo 447 (19,4%) positivas os vírus respiratórios testados (influenza, adenovírus, parainfluenza (1, 2 e 3). Desses, 226 (50,5%) foram positivos para o vírus influenza. Nas unidades de SRAG, entre a SE 13 e 43 foram coletadas 102 amostras, sendo 10 (9,8%) positivos para o vírus influenza.

Elaborado pela Divisão de Doenças de Transmissão Respiratórias
dvresp@saude.sp.gov.br

EVENTO DO CVE RECEBE PESQUISADORA DO CDC



Claudia Pappas, Ana Freitas Ribeiro e Lucia Bricks

O Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” recebeu no dia 22 de novembro a pesquisadora Claudia Pappas, bióloga que trabalha no Centers For Disease Control and Prevention – CDC.

Claudia Pappas vem trabalhando, desde 2004, com os vírus da influenza que proferiu a palestra: *“Quando o vírus da influenza de origem animal atinge a população humana: estudando a genética, transmissão, patogenicidade e imunologia dos vírus vH3N2 e H7N9”*.

Claudia iniciou a apresentação da palestra informando que o surgimento do H5N1, vírus aviário que apareceu na Ásia, motivou grande crescimento da divisão de influenza do CDC que, originalmente sediada em um andar, hoje ocupa vários prédios, alojando seis departamentos.

A equipe de Claudia trabalha especificamente com patogenicidade e transmissibilidade dos vírus, usando furões, animais considerados os melhores modelos para investigação desses aspectos virais, pela característica de que furões, ao contrário de camundongos, espirram, podendo transmitir os vírus pelos aerossóis e permitindo a checagem da transmissão aérea.

A abrangente exposição incluiu desde os aspectos genéticos e características dos vírus até a caracterização e transmissibilidade de dois vírus novos: A(H3N2) e A(H7N9). A palestra foi seguida de animado debate, apresentando diversas questões à pesquisadora.

A apresentação integra a série de eventos “Conversando com Cientistas” do CVE.

EXPEDIENTE

O **e-BECVE** é uma publicação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil.

Todo o material publicado é de domínio público permitindo-se sua reprodução desde que citada a fonte e que não seja para fins comerciais.

Sugestão para citação: CVE ou Sobrenome e Iniciais do Nome dos Autores. Título do trabalho. BE CVE (Ano da Publicação); (No. Vol.)(No. Boletim): (no. página inicial no. página final do trabalho).

Editor – Ana Freitas Ribeiro

Editor Executivo – Cecília Santos Silva Abdalla

Equipe editorial

Márcia Cristina Fernandes Prado Reina

Cláudia Valencia Montero

Claudio Celso Monteiro Jr.

Daniel Marques

Geraldine Madalosso

Letícia Maria de Campos

Marco Antonio de Moraes

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Norma Helen Medina

Projeto Gráfico

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Editoração e Arte final

Zilda Souza