

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

Boletim Epidemiológico Paulista

BEPA 106

Volume 9 Número 106 outubro/2012

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 9 Nº 106

outubro de 2012

Nesta edição

Nível de Atividade Física de Idosos Longevos Participantes de Grupos de Convivência <i>Level of Physical Activity for Elderly Longevity Association Group Participants</i>	4
Sistema de Vigilância de Infecção Hospitalar do Estado de São Paulo Ano 2011 <i>Surveillance System for Hospital Infections in the State of São Paulo in 2011</i>	15
Fórum Estadual de Tuberculose 2012: “Qualidade no Controle da Doença” <i>State Forum on Tuberculosis 2012: Quality in the Disease Control</i>	24
Médica Sanitarista do CVE ganha prêmio na 12ª Expoepi <i>Public Health Physician is awarded at 12th ExpoEpi</i>	29
Instruções aos Autores <i>Author's Instructions</i>	31

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

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

Os artigos publicados são de
responsabilidade dos autores.

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

Editor Geral

Marcos Boulos

Editor Executivo

Clelia Maria Sarmiento Souza Aranda

Editores Associados

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

Comitê Editorial

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP
Angela Tayra – CRT/AIDS/CCD/SES-SP
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – IB/SES-SP
Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP
Dalva Marli Valério Wanderley – SUCEN/SES-SP
Maria Bernadete de Paula Eduardo – CVE/CCD/SES-SP
Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP
Patrícia Sanmarco Rosa – ILSL/SES-SP

Coordenação Editorial

Cecília S. S. Abdalla
Leticia Maria de Campos
Sylia Rehder

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

Projeto gráfico/editoração eletrônica

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

Consultores Científicos

Albert Figueiras – Espanha
Alexandre Silva – CDC Atlanta
Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP
Expedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP
Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu- SP
Gonzalo Vecina Neto – FSP/USP
Hélio Hehl Caiaffa Filho – HC/FMUSP
José Cássio de Moraes – FCM-SC/SP
José da Silva Guedes – IB/SES-SP
Gustavo Romero – UnB/CNPQ
Hiro Goto – IMT/SP
José da Rocha Carvalheiro – Fiocruz-RJ
Luiz Jacintho da Silva – FM/Unicamp
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira – OMS
Ricardo Ishak – CNPQ/UF Pará
Roberto Focaccia – IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – OPAS

Centro de Documentação – CCD/SES-SP

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo

Lilian Nunes Schiavon
Eliete Candida de Lima Cortez
Sandra Alves de Moraes

CTP, Impressão e Acabamento

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

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

Artigo de pesquisa

Nível de Atividade Física de Idosos Longevos Participantes de Grupos de Convivência

Level of Physical Activity for Elderly Longevity Association Group Participants

Giovana Zarpellon Mazo; Rodrigo de Rosso Krug; Janeisa Franck Virtuoso; Marize Amorim Lopes; Andrei Grubba Tavares

Universidade do Estado de Santa Catarina

RESUMO

Objetivo: analisar o nível de atividade física de idosos longevos participantes de grupos de convivência nas diferentes regiões do município de Florianópolis/SC. **Método:** Esta pesquisa caracterizou-se como descritiva. Participaram do estudo 352 idosos longevos ($84,1 \pm 3,9$ anos), com idade igual ou superior a 80 anos, sendo 324 mulheres e 28 homens, participantes de grupos de convivência da cidade de Florianópolis/SC. Foram coletadas informações referentes às características sociodemográficas, condições de saúde e nível de atividade física. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial por meio do teste de Qui Quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados: Observou-se associação das variáveis sociodemográficas (escolaridade e renda), condições de saúde (percepção de saúde) e nível de atividade física (domínio trabalho) entre as regiões de Florianópolis/SC. Os idosos da região centro apresentaram maior escolaridade e renda e melhor percepção de saúde. Quanto aos domínios do *International Physical Activity Questionnaire* a maioria dos idosos eram inativos e, no somatório total, a maioria era muito ativo. Houve associação no domínio trabalho, sendo que os idosos da região sul eram os mais ativos. **Conclusão:** A maioria dos idosos longevos participantes de grupos de convivência são muito ativos fisicamente, na soma total dos domínios do IPAQ. Sugere-se novas intervenções, diferenciadas de acordo com as características regionais, para ampliar o nível de atividade física nesta faixa etária a fim de evitar perda da autonomia e incapacidades que prejudicam a longevidade com qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade física. Centros de Convivência e Lazer. Idosos de 80 anos ou mais.

ABSTRACT

Objective: To analyze the level of physical activity of participants in the oldest groups living in different regions of Florianópolis/SC. **Method:** This research was characterized as descriptive. The study includes 352 of the oldest elderly (84.1±3,9 years), aged over 80 years, 324 women and 28 men, all participants of coexistence groups at Florianópolis/SC. We collected information on sociodemographic characteristics, health status and level of physical activity. We used descriptive and inferential statistics by means of Chi Square. The level of significance was 5%. **Results:** An association of sociodemographic variables (education and income), health (health perception) and physical level (work area) between the regions of Florianópolis/SC. The elderly in the central region had higher income and better education and health perception. For the domains of the International Physical Activity Questionnaire most seniors were active and in the sum total most were very active. There was association in the field work, and the elderly in the southern region were most active. **Conclusion:** Most participants in the oldest old living groups are very active physically in the total sum of the areas of the IPAQ. New interventions are suggested, differentiated according to regional characteristics, to increase the level of physical activity in this age group in order to avoid loss of autonomy and disabilities that affect the longevity and quality of life.

KEYWORDS: Physical Activity. Centers for Living and Leisure. Elderly aged 80 years or more.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira vem acontecendo em ritmo acelerado, assim como observado em todo o mundo.¹ A população de idosos no Brasil ultrapassa 20 milhões² e estima-se que no ano 2025 o país ocupará o sexto lugar entre os países com maior população idosa, podendo chegar a 64 milhões em 2050.¹ Em Santa Catarina já existem mais de 600 mil idosos e na capital, Florianópolis, mais de 48 mil.²

Evidências apontam que a faixa etária que mais cresce entre os idosos é aquela com idade igual ou superior a 80 anos, que é denominada de idosos longevos.³⁻⁵ Entre 1980 e 2005, a proporção de idosos nessa faixa etária apresentou um incremento de 246%.⁶ Em Santa Catarina, esse aumento demográfico também vem ocorrendo e estima-se que existam aproximadamente 80 mil

idosos longevos, sendo mais de 6 mil em Florianópolis/SC.²

O avanço da idade vem acompanhado de incapacidades funcionais e metabólicas, sendo que os idosos longevos apresentam uma grande prevalência de doenças crônicas^{4,5} e neurodegenerativas, atingindo cerca de um terço dessa população.⁷ Nesse contexto, o avanço da idade cronológica aumenta os riscos de inatividade física,^{8,9} pois os idosos apresentam uma tendência em diminuir o tempo semanal dedicado às atividades físicas.^{10,11}

Sendo assim, a atividade física regular é considerada uma grande aliada na longevidade com qualidade.¹² Os principais benefícios da atividade física regular para os idosos são a melhoria da saúde, aumento da oportunidade de contatos sociais, ganhos na função cerebral, diminuição do estresse e da depressão, melhoria nos padrões de sono,¹³ aumento da qualidade de vida⁸ e prevenção e/ou tratamento de doenças crônicas.¹⁴

No entanto, o nível de atividade física de idosos longevos ainda é pouco explorado. Neste sentido, é de grande importância identificar em quais domínios da atividade física esses idosos apresentam menores escores a fim de desenvolver propostas intervencionistas para este grupo etário, tais como campanhas de orientação e prevenção. Portanto, o objetivo do

presente estudo é analisar o nível de atividade física de idosos longevos participantes de grupos de convivência nas diferentes regiões do município de Florianópolis/SC.

MÉTODO

Esta pesquisa descritiva¹⁵ foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado de Santa Catarina com o número de referência 149/2010.

A população constituiu-se 497 idosos longevos, de ambos os sexos, que participavam dos 102 grupos de convivência cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC distribuídos nas cinco regiões da cidade: centro (31 grupos), leste (9 grupos), sul (18 grupos), norte (16 grupos) e continente (28 grupos).

Os critérios de inclusão para seleção da amostra foram: idade igual ou superior a 80 anos; cadastro em pelo menos um dos grupos de convivência; ausência de déficits cognitivos que impossibilitem a aplicação dos instrumentos e estar presente no dia da coleta de dados. A partir desses critérios, a amostra foi constituída por 352 idosos longevos (324 do sexo feminino e 28 do masculino), com idade média de 84,1±3,901 anos. A distribuição dos idosos longevos segundo as regiões dos grupos de convivência é descrita na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos idosos longevos segundo as regiões dos grupos de convivência de Florianópolis/SC 2011

Região	Total	Homens	Mulheres
Centro	102	6	96
Leste	38	5	33
Sul	68	8	60
Norte	56	5	51
Continente	88	4	84
Total	352	28	324

Foram coletadas informações sociodemográficas (sexo, estado civil, com quem mora, escolaridade, religião, etnia, ocupação e renda) e condições de saúde (estado de saúde, presença/ausência de doença e uso de medicamento), utilizando-se uma ficha diagnóstica com 23 questões abertas e fechadas.

O nível de atividade física dos idosos longevos também foi verificado por meio do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão longa, adaptado para idosos. Esse é um instrumento que permite estimar o dispêndio energético semanal de atividades físicas relacionadas com os domínios trabalho, lazer, transportes, tarefas domésticas, e na posição sentada, com intensidade moderada ou vigorosa, durante 10 minutos contínuos, numa semana normal.¹⁶

Para a coleta de dados, primeiramente foi feito um contato com a Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC para se ter acesso aos endereços, nomes e telefones dos coordenadores dos grupos de convivência. A seguir efetuou-se contato por telefone com esses coordenadores para solicitar a colaboração e permissão para a realização da pesquisa. Na etapa seguinte, buscou-se identificar o número de idosos longevos cadastrados, para convidá-los a participarem do estudo.

Os idosos longevos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias, ficando uma em posse do pesquisador e a outra na posse do participante. Para a coleta das variáveis do estudo, foi agendada data e horário. Os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista individual no local de encontro dos grupos de convivência e em lugar reservado.

A Organização Mundial da Saúde, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e o Instituto Karolinska, na Suécia,

sugerem que os resultados do IPAQ sejam analisados através do somatório da unidade metabólica de repouso (METs) em cada domínio. Cada METs é igual a $3,5\text{ml/kg/min}^{-1}$ e representa o consumo de oxigênio requerido em repouso.¹⁷

Nesse estudo, os dados foram coletados em minutos/semana (min/sem), portanto, foi necessária a seguinte conversão: caminhada= 3,3 METs por min/sem; atividades moderadas= 4,0 METs por min/sem e atividades vigorosas= 8,0 METs por min/sem.

Para o total de METs min/sem soma-se: atividades vigorosas + moderadas + caminhadas realizadas nas atividades de lazer. As atividades vigorosas são representadas por atividades como: corrida, natação, musculação, canoagem, remo e esportes em geral. As atividades consideradas moderadas são: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade e danças.

A partir do somatório em METs min/sem, os idosos longevos foram classificados em inativos (zero METs min/sem), pouco ativos (1 a 599 METs/sem) e muito ativos (acima de 600 METs/sem).

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel[®] e cada participante foi cadastrado segundo um número codificador. A análise estatística foi realizada no pacote estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0). Todas as variáveis foram analisadas descritivamente através de frequência absoluta e relativa, medidas de posição e dispersão. Para associação entre variáveis categóricas, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher, quando necessário. Adotou-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Foram avaliados 352 idosos longevos participantes de grupos de convivência de Florianópolis/SC. A média de idade foi de 84,1±3,90 anos e a maioria era do sexo feminino (92,0%). A Tabela 2 apresenta a associação entre as características sociodemográficas e as regiões do município.

Pode-se verificar um número maior de mulheres que de homens em todas as regiões. Ademais, observou-se que a o maior percentual de idosos é viúvo (77,3%), mora com alguém (65,6%), tem ensino fundamental incompleto (56,0%), é católico (90,9%), caucasiano (93,8%), aposentado/pensionista (96,3%) e ganha entre 1 e 2 salários mínimos (30,1%). Foi verificada associação entre escolaridade ($p=0,002$), renda ($p<0,001$) e região dos centros de convivência, sendo que os idosos longevos da região central apresentaram maior escolaridade e melhor renda, e os idosos do norte têm escolaridade e renda mais baixas. Com relação às demais características analisadas, não houve associação com as regiões da cidade (Tabela 2).

De acordo com os resultados da Tabela 3, é possível observar que a maioria dos idosos longevos tem percepção de que seu estado de saúde é bom (48,9%), apresenta alguma doença (88,4%) e faz uso de medicamentos regularmente (89,2%). A única associação verificada foi entre estado de saúde e região, sendo que os idosos da região central apresentam melhor percepção de bom estado de saúde, enquanto aqueles do sul apresentam percepção de regular estado de saúde.

A Tabela 4 apresenta a associação do nível de atividade física de idosos longevos nos diferentes domínios (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer), com as regiões dos grupos de

convivência. No domínio trabalho, observou-se que cinco idosos da região leste, um da região norte e um da região continente são pouco ativos. Outros dois idosos da região sul são muito ativos, e os demais, são todos inativos fisicamente. Chama atenção que 100,0% dos idosos longevos do centro são inativos nesse domínio.

Em relação aos demais domínios (transporte, doméstico e lazer) nenhuma associação foi verificada entre as regiões dos grupos de convivência. Os resultados revelam que 42,6%, 61,4% e 65,6% dos idosos são, respectivamente, inativos fisicamente nos domínios transporte, atividades domésticas e lazer. Na soma de todos os domínios do IPAQ, os resultados apontam que 44,9% dos longevos são muito ativos fisicamente, com maior proporção na região norte (55,3%). A região sul apresentou a maior concentração de longevos inativos (29,4%).

DISCUSSÃO

Algumas características sociodemográficas dos idosos longevos são comuns à população de idosos mais jovens. Assim como observado por Schmidt et al.¹⁸ e Zibetti et al.,¹⁹ a proporção de mulheres com idade igual ou superior a 80 anos participantes de grupos de convivência também foi encontrada no presente estudo. As doenças, que são diferentes entre homens e mulheres, podem justificar essa desigualdade na participação nos grupos quando analisado entre sexos. Além disso, existe o fator comportamental em que as mulheres procuram mais os serviços de saúde, explicando a maior longevidade com relação aos homens.²⁰ As mulheres vivem, em média, sete anos a mais do que os homens, resultando em um aumento no contingente de idosos nessa faixa etária.²¹

Tabela 2. Características sociodemográficas de idosos longevos por região dos grupos de convivência de Florianópolis/SC 2011

Característica Sociodemográficas	Norte f(%)	Leste f(%)	Centro f(%)	Sul f(%)	Continente f(%)	Total f(%)	X ²	p
Sexo								
Homem	5 (8,9)	5 (13,1)	6 (5,9)	8 (11,8)	4 (4,6)	28 (8,0)	4,85	0,306
Mulher	51 (91,1)	33 (86,9)	96 (94,1)	60 (88,2)	84 (95,4)	324 (92,0)		
Estado Civil								
Solteiro	1 (1,8)	1 (2,6)	11 (10,8)**	1 (1,5)	5 (5,7)	19 (5,4)	12,81	0,383
Casado	8 (14,3)	4 (10,6)	11 (10,8)	12 (17,6)	14 (15,9)	49 (13,9)		
Separado	3 (5,3)	1 (2,6)	4 (3,9)	2 (3)	2 (2,3)	12 (3,4)		
Viúvo	44 (78,6)	32 (84,2)	76 (74,5)	53 (77,9)	67 (76,1)	272 (77,3)		
Com quem mora								
Sozinho	20 (35,7)	15 (39,5)	35 (34,3)	20 (29,4)	30 (34,1)	120 (34,1)	1,09	0896
Acompanhado	36 (64,3)	23 (60,5)	67 (65,7)	47 (69,1)	58 (65,9)	231 (65,6)		
Não respondeu	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	1 (0,3)		
Escolaridade								
Analfabeto	9 (16,1)	6 (15,8)	9 (8,9)	10 (14,7)	11 (12,5)	45 (12,8)	49,54	0,002
Fund. Incompleto	39 (69,7)**	22 (57,9)	42 (41,2)	45 (66,2)	49 (55,7)	197 (56,0)		
Fund. Completo	3 (5,3)	4 (10,5)	21 (20,6)	7 (10,3)	13 (14,8)	48 (13,6)		
Médio Incompleto	0 (0)	0 (0)	1 (0,9)	0 (0)	4 (4,5)**	5 (1,4)		
Médio Completo	3 (5,3)	6 (15,8)	23 (22,5)**	6 (8,8)	5 (5,7)	43 (12,2)		
Ensino Superior	2 (3,6)	0 (0)	6 (5,9)	0 (0)	5 (5,7)	13 (3,7)		
Pós Graduação	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,1)	1 (0,3)		
Religião								
Católico	56 (100)**	31 (81,6)	87 (85,4)	63 (92,5)	83 (94,3)	320 (90,9)	27,43	0,123
Evangélico	0 (0)	2 (5,3)	3 (2,9)	1 (1,5)	0 (0)	6 (1,7)		
Espírita	0 (0)	4 (10,5)	7 (6,9)	2 (3)	4 (4,5)	17 (4,8)		
Sem religião	0 (0)	0 (0)	2 (1,9)	0 (0)	1 (1,2)	3 (0,9)		
Ateu	0 (0)	0 (0)	3 (2,9)**	1 (1,5)	0 (0)	4 (1,1)		
Outros	0 (0)	1 (2,6)	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	2 (0,6)		
Etnia								
Caucasiano	51 (91,1)	35 (92,1)	97 (95,1)	61 (89,7)	86 (97,7)	330 (93,8)	6,35	0,174
Afrodescendentes	5 (8,9)	1 (2,6)	5 (4,9)	7 (10,3)	2 (2,3)	20 (5,6)		
Não respondeu	0 (0)	2 (5,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,6)		
Ocupação								
Apos. e/ou Pens.	54 (96,4)	37 (97,4)	98 (96,2)	64 (94,1)	86 (97,7)	339 (96,3)	6,84	0,144
Apos. e/ou Pens. Ativo	0 (0)	1 (2,6)	1 (0,9)	3 (4,4)**	0 (0)	5 (1,4)		
Não respondeu	2 (3,6)	0 (0)	3 (2,9)	1 (1,5)	2 (2,3)	8 (2,3)		
Renda								
< 1 Salário	3 (5,3)	4 (10,5)	13 (12,7)	9 (13,2)	11 (12,5)	40 (11,4)	48,98	<0,001*
1 a 2 Salários	26 (46,5)**	12 (31,6)	16 (15,7)	28 (41,2)**	24 (27,3)	106 (30,1)		
2 a 3 Salários	15 (26,9)	7 (18,5)	11 (10,8)	8 (11,8)	17 (19,3)	58 (16,5)		
3 a 4 Salários	3 (5,3)	4 (10,5)	9 (8,8)	7 (10,3)	7 (7,9)	30 (8,5)		
4 a 6 Salários	5 (8,9)	5 (13,1)	16 (15,7)	8 (11,8)	10 (11,4)	44 (12,5)		
> 6 Salários	3 (5,3)	6 (15,8)	35 (34,4)**	6 (8,8)	17 (19,3)	67 (19)		
Não respondeu	1 (1,8)	0 (0)	2 (1,9)	2 (2,9)	2 (2,3)	7 (2)		

f= Frequência; X²= estatística do teste Qui-Quadrado; p= nível de significância; Fund.= Fundamental; Apos.= Aposentado; Pens.= Pensionista; Salário(s).
*p<0,05; ** ajuste residual (≥2)

Tabela 3. Características de saúde de idosos longevos por região dos grupos de convivência de Florianópolis/SC 2011

Características de Saúde	Norte f(%)	Leste f(%)	Centro f(%)	Sul f(%)	Continente f(%)	Total f(%)	X ²	P
Estados de saúde								
Bom	28 (50)	19 (50)	64 (62,7)**	21 (30,9)	40 (45,4)	172 (48,9)		
Regular	25 (44,6)	12 (31,6)	27 (26,5)	36 (52,9)**	39 (44,3)	139 (39,5)	22,56	0,004*
Ruim	3 (5,4)	7 (18,4)	11 (10,8)	11 (16,2)	9 (10,3)	41 (11,6)		
Doenças								
Sim	47 (83,9)	34 (89,5)	86 (84,3)	62 (91,2)	82 (93,2)	311 (88,4)		
Não	9 (16,1)	4 (10,5)	16 (15,7)	6 (8,8)	6 (6,8)	41 (11,6)	5,24	0,263
Medicamentos								
Sim	46 (82,1)	36 (94,7)	88 (86,3)	61 (89,7)	83 (94,3)	314 (89,2)		
Não	10 (17,9)	2 (5,3)	14 (13,7)	7 (10,3)	5 (5,7)	38 (10,8)	7,42	0,115

f= Frequência; X²= estatística do teste Qui-Quadrado; p= nível de significância

*p≤0,05; ** ajuste residual (≥2).

Tabela 4. Nível de atividade física de idosos longevos por região dos grupos de convivência de Florianópolis/SC 2011

Categorias dos domínios do IPAQ	Norte f(%)	Leste f(%)	Centro f(%)	Sul f(%)	Continente f(%)	Total f(%)	X ²	p
AF no Trabalho								
Inativo	55 (98,2)	33 (86,8)	102 (100)	66 (97,1)	87 (98,9)	343 (97,4)		
Pouco ativo	1 (1,8)	5 (13,2)**	0 (0)	0 (0)	1 (1,1)	7 (2)	36,43	<0,001*
Muito ativo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2,9)**	0 (0)	2 (0,6)		
AF no Transporte								
Inativo	19 (33,9)	14 (36,8)	46 (45,1)	36 (52,9)	35 (39,8)	150 (42,6)		
Pouco ativo	27 (48,2)	21 (55,3)	36 (35,3)	25 (36,8)	37 (42,0)	146 (41,5)	11,14	0,193
Muito ativo	10 (17,9)	3 (7,9)	20 (19,6)	7 (10,3)	16 (18,2)	56 (15,9)		
AF Doméstica								
Inativo	29 (51,8)	23 (60,5)	69 (67,7)	41 (60,3)	54 (61,4)	216 (61,4)		
Pouco ativo	13 (23,2)	12 (31,6)	20 (19,6)	20 (29,4)	23 (26,1)	88 (25,0)	10,92	0,206
Muito ativo	14 (25,0)**	3 (7,9)	13 (12,7)	7 (10,3)	11 (12,5)	48 (13,6)		
AF Lazer								
Inativo	34 (60,7)	20 (52,7)	63 (61,8)	50 (73,5)	64 (72,7)	231 (65,6)		
Pouco ativo	12 (21,4)	11 (28,9)	19 (18,6)	8 (11,8)	11 (12,5)	61 (17,3)	9,68	0,288
Muito ativo	10 (17,9)	7 (18,4)	20 (19,6)	10 (14,7)	13 (14,8)	60 (17)		
Total								
Inativo	10 (17,9)	5 (13,2)	22 (21,6)	20 (29,4)	18 (20,5)	75 (21,3)		
Pouco ativo	15 (26,8)	13 (34,2)	36 (35,3)	24 (35,3)	31 (35,2)	119 (33,8)	7,95	0,438
Muito ativo	31 (55,3)	20 (52,6)	44 (43,1)	24 (35,3)	39 (44,3)	158 (44,9)		

AF= Atividade Física; f= Frequência; X²= estatística do teste Qui-Quadrado; p= nível de significância

*p≤0,05; ** ajuste residual (≥2)

Com relação aos dados sócio-demográficos, alguns estudos²²⁻²⁴ apontam que estado civil, renda e escolaridade são fatores de risco na ocorrência de inatividade física.

No entanto, pesquisa desenvolvida por Nogueira et al.²⁵ já demonstrou que variáveis sociodemográficas não associam-se com a

capacidade funcional em idosos longevos e, conforme nota-se no presente estudo, os grupos de convivência do centro, que apresentam maior escolaridade e melhor renda, têm 100,0% dos componentes inativos no domínio do trabalho, 67,7% no domínio das atividades domésticas e 61,8% no lazer. Concordando com Jardim,²⁶

observa-se que o mercado de trabalho é o primeiro a excluir o velho por considerá-lo defasado e com menor capacidade produtiva.

Os grupos de convivência do centro apresentaram melhor percepção de bom estado de saúde do que os demais ($p=0,004$). Conforme estudos de Mazo et al.²⁷ e Benedetti, Petroski e Gonçalves,²⁸ a satisfação com a saúde costuma ser alta neste estrato etário. A autopercepção de saúde é um fator que reflete sobre a inatividade física, tendo em vista que o idoso que relata uma saúde ruim, provavelmente irá praticar atividades físicas em nível menor.⁹ Do mesmo modo, considerar a própria saúde pior que a de seus pares foi considerado um fator de risco ($OR=4,40$) para pior capacidade funcional em idosos longevos no estudo de Nogueira et al..²⁵ No entanto, em nosso estudo, assim como as variáveis sociodemográficas, uma melhor percepção de saúde parece não influenciar no nível de atividade física de idosos longevos.

As condições de saúde também foram analisadas por meio do uso de medicamentos e presença de doenças. Sabe-se que, sem a rotina de trabalho, idosos longevos permanecem mais tempo em casa e apresentam tendência de diminuir o tempo semanal dedicado às atividades físicas, fato que contribui para a aquisição de enfermidades.^{10,11} Portanto, a presença de doenças é muito comum nesta faixa etária. De acordo com dados do IBGE², somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças. Para Fung et al.,²⁹ a falta de atividade física e a quantidade de horas passadas assistindo televisão, atividade de baixo dispêndio calórico, foram associadas significativamente aos marcadores bioquímicos de obesidade e ao risco de doenças cardiovasculares.

Do mesmo modo, o aumento de doenças leva a um quadro de polifarmácia, com uso de vários medicamentos. Em estudo desenvolvido por Benedetti, Petroski e Gonçalves,²⁸ que traçou o perfil dos idosos do município de Florianópolis/SC, observou que apenas 27% dos idosos do estudo não utilizam medicamentos. Além disso Nogueira et al.²⁵ aponta o uso contínuo de cinco ou mais medicamentos ($OR=2,67$) como fator de risco para pior capacidade funcional em idosos longevos.

Apesar da ausência de significância entre o nível de atividade física e as regiões dos grupos de convivência, chama atenção a alta porcentagem de idosos inativos nos domínios transporte (42,6%), atividades domésticas (61,4%) e lazer (65,5%). Cardoso, Mazo e Japiasú³⁰ também identificaram alto índice de sedentarismo (71,2%) no domínio transporte em idosos acima de 60 anos, e justificam esses achados às dificuldades de utilização de transporte, que tornam-se maiores à medida que ocorre o envelhecimento, uma vez que nessa faixa etária coexistem uma série de morbidades e incapacidades.

Com relação às atividades domésticas, os resultados encontrados divergem de outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento.^{30,31} Mazo et al.³¹ aponta que 91,5% dos idosos são ativos nas atividades domésticas. Acredita-se que esses resultados são justificados pela faixa etária diferenciada, uma vez que os estudos mencionados envolveram idosos acima de 60 anos.

No estudo do perfil do idoso de Florianópolis/SC, em que foram avaliados 875 idosos com mais de 60 anos, Benedetti, Petroski e Gonçalves²⁸ também verificaram que a maioria dos idosos (74,3%) não realizavam qualquer

atividade física no tempo de lazer. Essa característica tende a reforçar-se com o aumento da idade. Entretanto, é interessante destacar que em nosso estudo a maior proporção de idosos muito ativos se deu nesse domínio (17,0%). Binotto, Borgatto e Farias¹⁰ também encontraram predominância das atividades físicas de lazer (42,0%) sobre os demais domínios.

Por fim, ao analisar o nível de atividade física total, o maior percentual dos idosos longevos foi considerado muito ativos fisicamente (44,9%), porém sem significância estatística com os longevos pouco ativos e inativos. Mazo et al.³¹ constataram 66,2% das idosas acima de 65 anos que participavam de grupos de convivência de Florianópolis/SC como sendo muito ativas. Binotto, Borgatto e Farias¹⁰ também encontraram prevalência superior com idosas acima de 60 anos (82,1%). A faixa etária diferenciada igualmente pode justificar os valores encontrados.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam associação das variáveis sociodemográficas (escolaridade e renda) e condições de saúde

(percepção de saúde) entre as regiões (norte, leste, sul, centro e continente) do município de Florianópolis/SC. A região centro apresentou maior escolaridade e renda e melhor percepção de bom estado de saúde, no entanto a maioria dos idosos longevos eram inativos nos domínios analisados. O domínio trabalho apresentou índices significativos de população inativa em todas as regiões. Esses resultados sugerem que variáveis sociodemográficas e de percepção de saúde não influenciam o nível de atividade física de idosos longevos.

Além disso, na amostra total observou-se alta prevalência de idosos longevos com doenças, que fazem uso de medicamentos. Quanto ao nível de atividade física total, o maior percentual de idosos longevos foi considerado muito ativo, porém sem significância com os pouco ativos e inativos.

Para ampliar o nível de atividade física de idosos longevos, nota-se a necessidade de intervenções diferenciadas, respeitando as características regionais dentro de um mesmo município. Novas formas de atividade física devem ser incentivadas nesta faixa etária a fim de evitar a perda da autonomia e incapacidades que prejudicam a longevidade com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. Indicadores Sócio demográficos e de Saúde no Brasil 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. [acesso em 2011 Fev 26]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. Síntese de indicadores sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [acesso em 2011 Jun 26]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
3. Moreira LMA, Souza FR, Cordeiro APB, Conceição LS, Conceição LS. Estudo sobre a longevidade em Santa Inês, Bahia:

- aspectos demográficos, genéticos e sociais. Rev. ci. méd. biol. 2007;6(3):331-7.
4. Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. Rev. assoc. med. bras. 2004;50(2):172-7.
 5. Marafon LP, Cruz IBM, Schwanke CHA, Moriguchi, EH. Preditores cardiovasculares da mortalidade em idosos longevos. Cad. saúde pública. 2003;19(3):799-808.
 6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. Censo demográfico de 2000: revisão 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2004 [acesso em 2008 Mar 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
 7. Champion EW. The oldest old. *The New England Journal of Medicine*. 1994;25(330):1819-20.
 8. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. Rev. bras. ciên. e mov. 2000;8(4):21-32.
 9. Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. *Med. Sci. sports Exerc.* 2003; 35(11):1894- 1900.
 10. Binotto MA, Borgatto AF, Farias SF. Nível de atividade física: questionário internacional de atividades físicas e tempo de prática em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2010;13(3):425-34.
 11. Vigitel. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2007.
 12. Patrício KP, Ribeiro H, Hoshino K, Bocchi SCM. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. Rev. Ciên. Saúde Col. 2008;13(4):1189-98.
 13. Shepard RJ. Envelhecimento, Atividade Física e Saúde. São Paulo: Phorte; 2003.
 14. Chaimowicz FA. Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. saúde pública. 1997;31(2):184-200.
 15. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 3 ed. São Paulo: Atlas; 2007.
 16. Benedetti TRB, Mazo GZ, Barros MV. Aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste/reteste. Rev. bras. ciên. e mov. 2004;12(1):25-33.
 17. Hallal PC et al. Lições aprendidas depois de 10 anos de uso do IPAQ no Brasil e na Colômbia. *J. phys. activt. health*. 2010;7(2):259-64.
 18. Schmidt JA, Dal-Pizzol F, Xavier FMF, Heluany CCV. Aplicação do teste do relógio em octogenários e nonagenários participantes de estudo realizado em Siderópolis/SC. *Psico*. 2009;40(4):525-30.
 19. Zibetti MR, Gindri G, Pawlowski J, Salles JF, Parente MAMP, Bandeira DR, Fachel J MG, Fonseca RP. Estudo comparativo de funções neuropsicológicas entre grupos etários de 21 a 90 anos. *Revista neuropsicologia latinoamericana*. 2010;2(1):55-67.

20. Parahyba MI, Simões CCSA. prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Cien saúde colet.* 2006;11(4):967-74.
21. Salgado CDS. Mulher Idosa: a feminização da velhice. *Rev. est. interdiscipli. envelheci. hum.* 2002;4:7-19.
22. Young DR, Appel LJ, Jee SH, Miller ER. The effects of aerobic exercise and Tai Chi on blood pressure in older people: results of a randomized trial. *J am geriatr soc.* 1999; 47:277-84.
23. Lehr U. Revolução da Longevidade: sociedade, na família e no indivíduo. *Rev. est. interdiscip. envelhec.* 1999;1: 7-36.
24. Scarmeas N, Levy G, Tang MX, Manly J, Stern Y. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's Disease. *Neurology.* 2001;57(12).
25. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira E. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev. bras. fisioter.* 2010;14(4):322-9.
26. Jardim SEG. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: Papaléo Neto M. Organizador. *Tratado de Gerontologia.* São Paulo: Atheneu; 2007. p. 213.
27. Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT, Matos MG. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. *Rev. por. ciên. desporto.* 2005;5(2):202-12.
28. Benedetti TRB, Petroski EL, Gonçalves LHT. Perfil do idoso do município de Florianópolis: relatório final. Florianópolis: Pallotti; 2004. 88p.
29. Fung TT, Hu FB, Yu J, Chu NF, Spiegelman D, Tofler GH et al. Leisure-Time Physical Activity, Television Watching, and Plasma Biomarkers of Obesity and Cardiovascular Disease Risk. *AM. j. epidemiol.* 2000;152(12):1171-8.
30. Cardoso AS, Mazo GZ, Japiassú AT. Relações entre aptidão funcional e níveis de atividade física de idosas ativas. *Rev. bras. ativ. saúde.* 2008;13(2):84-93.
31. Mazo GZ, Liposcki DB, Ananda C Prevê D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de Atividade física dos idosos. *Rev. bras. fisioter.* 2007;11(6): 437-42.

Recebido em: 11/05/2012
Aprovado em: 28/09/2012

Correspondência/Correspondence to:

Giovana Zarpellon Mazo
Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Laboratório de Gerontologia
Rua Pascoal Simone, 358 - Coqueiros, Florianópolis/SC
CEP 88080-350
Fone: 48 3321-8611, FAX: 48 3321-8607

Sistema de Vigilância de Infecção Hospitalar do Estado de São Paulo Ano 2011

Surveillance System for Hospital Infections in the State of São Paulo in 2011

Denise Brandão de Assis; Geraldine Madalosso; Sílvia Alice Ferreira; Yara Y. Yassuda; Zuleida Monteiro Polachini

Divisão de Infecção Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

O Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo realiza desde a sua implantação, em 2004, a divulgação anual das taxas de infecção hospitalar (IH) dos hospitais notificantes do Estado.

A notificação das taxas de IH baseia-se na vigilância por objetivo em procedimentos cirúrgicos e unidades de terapia intensiva (UTI). Os hospitais enviam seus dados, de acordo com suas características de atendimento, mensalmente, por meio de planilhas em Excel, numeradas de 1 a 6.

A análise destes dados permite a avaliação da tendência de comportamento das IH nos hospitais e, principalmente, a definição de diretrizes para a prevenção e controle destas infecções nos hospitais do Estado.

MÉTODOS

Os indicadores epidemiológicos selecionados para hospitais gerais foram:

- taxa de infecção em cirurgias limpas (Planilha 1);
- densidade de incidência de pneumonia (PNM) associada à ventilação mecânica (VM), densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS)

laboratorial e clínica, associada a cateter central (CVC) e densidade de incidência de infecção de trato urinário (ITU) associada a sonda vesical de demora (SVD) e taxas de utilização desses dispositivos invasivos em UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana (Planilha 2);

- densidade de incidência de PNM associada à VM e densidade de incidência de ICS associada à CVC (clínica e laboratorial) e taxas de utilização de dispositivos em UTI Neonatal (Planilha 3), em cada uma das cinco faixas de peso ao nascer.

Além disso, foram avaliados os microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IH (Planilha 5) e o consumo de antimicrobianos (Planilha 6) em UTI Adulto e Coronariana.

Os indicadores foram analisados utilizando-se os dados agregados do ano de 2011, isto é, a soma do número de IH dividida pela soma dos denominadores (número de cirurgias limpas, pacientes-dia, dispositivos invasivos-dia), no período, para cada indicador, multiplicada por 1.000, no caso das infecções em UTI e hospitais especializados, ou multiplicados por 100, no caso das infecções de sítio cirúrgico (ISC). As taxas de IH dos hospitais gerais notificantes foram distribuídas em percentis (10, 25, 50, 75 e 90).

O cálculo da dose diária dispensada (DDD) dos antimicrobianos foi realizado baseado no consumo em gramas de cada antimicrobiano, na dose diária padrão e no número pacientes-dia por UTI Adulto e/ou Coronariana. As densidades de DDD também foram distribuídas em percentis.

Foram excluídos das análises de percentis os hospitais que notificaram menos de 250 cirurgias limpas, hospitais com menos de 500 pacientes-dia em UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana e hospitais com menos de 50 pacientes-dia, para cada faixa de peso em UTI Neonatal. Para a planilha 5, que solicita a notificação dos microrganismos isolados em hemoculturas, e planilha 6, que quantifica o consumo de antimicrobianos, não foi utilizado critério de exclusão por tratar-se de análise qualitativa.

RESULTADOS

Adesão ao Sistema

Em 2011, 746 hospitais informaram dados ao Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, mantendo-se a tendência de aumento da adesão de hospitais observado

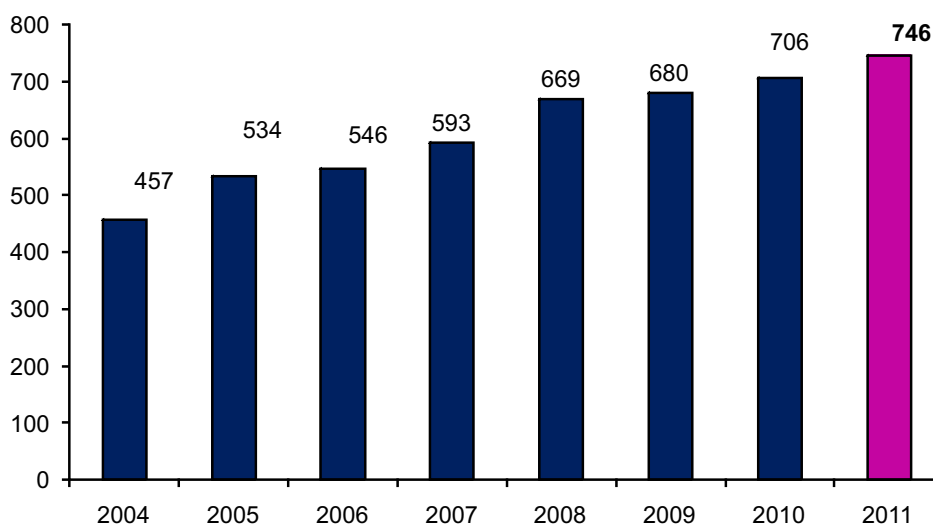


Figura 1. Número de hospitais notificantes ao Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo - 2004 a 2011

desde a sua implantação (Figura 1). Isso representa 92,7% (746/805) dos hospitais existentes no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2011 no Estado.^{1,2}

Além disso, a partir de 2005 houve pouca variação no número de hospitais notificantes por mês, sendo que a média e mediana de hospitais notificantes por mês em 2010 foram 676 e 679 hospitais, respectivamente (variação: 641-686 hospitais).

Como já observado em 2010, a maioria dos Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica (GVE), 86% (24/28), atingiu a meta de mais de 80% de hospitais notificantes ao sistema de vigilância, pactuada no Plano Operativo Anual do Estado (POA).

Infecções hospitalares em hospitais gerais

1. Infecções em cirurgias limpas

A maioria dos hospitais notificantes, 85% (633/746), enviou dados de infecção em cirurgia limpa por meio da planilha 1, mostrando que a maioria dos hospitais do estado realiza procedimentos cirúrgicos.

Mantém-se o aumento do número de cirurgias limpas notificadas anualmente, sendo que em 2011 foram notificadas 1.008.308 cirurgias limpas.

A Figura 2 demonstra o número de cirurgias limpas notificadas segundo especialidade cirúrgica.

Foram incluídos 495 hospitais na análise das taxas de infecção cirúrgica, segundo os critérios de exclusão, pois notificaram mais de 250 cirurgias limpas no período, o que corresponde a

66,4% de todos os hospitais que notificaram cirurgias limpas. A Tabela 1 apresenta a distribuição das taxas de infecção cirúrgica global e por especialidade cirúrgica em percentis.

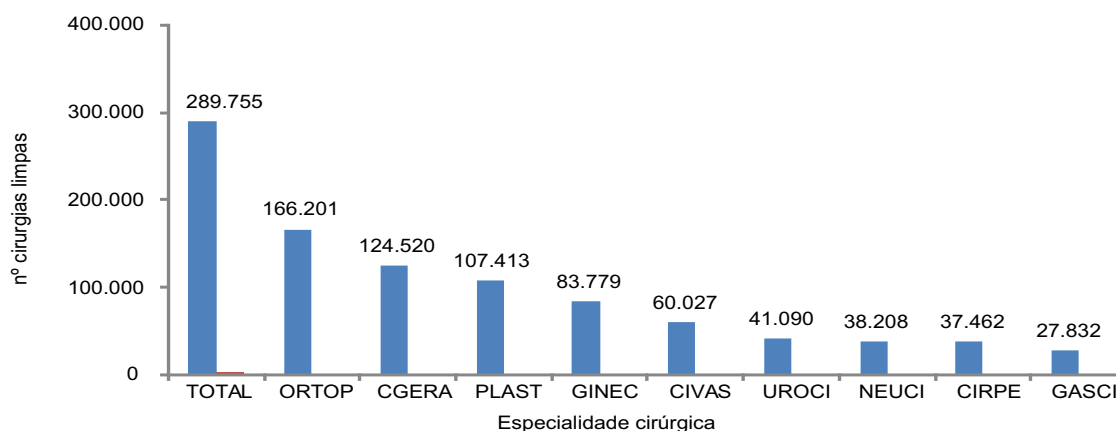
2. Infecções em UTI

Foram incluídos na análise das taxas de infecção em UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana 367 (95%), 136 (84%) e 48 (94%) hospitais, respectivamente, segundo o critério adotado para análise.

Tabela 1. Distribuição das taxas de infecção cirúrgica em percentis, total e por especialidade, média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos dos hospitais que notificaram mais de 250 cirurgias limpas ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, 2011

Especialidade cirúrgica	nº hospitais > 250 cirurgias	média da taxa agregada	p10	p25	P50 (Mediana)	p75	p90	valor máximo
CCARD	160	4,22	0,00	0,00	2,40	5,16	9,58	50,00
CGERA	433	1,24	0,00	0,00	0,13	1,10	2,71	61,54
CIRPE	290	0,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75	12,50
CIVAS	395	1,09	0,00	0,00	0,00	0,44	2,15	100,00
GASCI	230	1,53	0,00	0,00	0,00	0,69	2,23	100,00
GINEC	420	1,14	0,00	0,00	0,00	0,82	2,97	31,25
NEUCI	294	3,33	0,00	0,00	1,70	4,74	8,35	56,25
ORTOP	443	1,13	0,00	0,00	0,53	1,23	2,59	29,58
PLAST	396	0,49	0,00	0,00	0,00	0,07	1,30	18,75
TORAX	266	1,39	0,00	0,00	0,00	0,00	1,81	100,00
UROCI	371	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	1,49	50,00
Total	495	1,15	0,00	0,10	0,53	1,31	2,55	32,72

Legenda: CCARD = Cirurgia Cardíaca; CGERA = Cirurgia geral; CIRPE = Cirurgia Pediátrica; CIVAS = Cirurgia Vascular; GASCI = Cirurgia gástrica; GINEC = Cirurgia Ginecológica; NEUCI = Neurocirurgia; ORTOP = Ortopedia; PLAST = Cirurgia Plástica; TORAX = Cirurgia Torácica; UROCI = Cirurgia urológica



Legenda: ORTOP = Ortopedia; CGERA = Cirurgia geral; GINEC = Cirurgia Ginecológica; PLAST = Cirurgia Plástica; CIVAS = Cirurgia Vascular; UROCI = Cirurgia urológica; NEUCI = Neurocirurgia; CIRPE = Cirurgia Pediátrica; GASCI = Cirurgia gástrica; CCARD = Cirurgia Cardíaca; TORAX = Cirurgia Torácica

Figura 2. Distribuição do número de cirurgias limpas notificadas ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo por especialidade cirúrgica, 2011

Tabela 2. Distribuição em percentis (P10, P25, P50, P75 e P90) das taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos e taxas de utilização, médias e pacientes-dia, em UTI Adulto, Coronariana (UCO) e Pediátrica (UTI PED). Estado de São Paulo, 2011

Unidade	n° hospitais	P10	P25	P50	P75	P90	Total
UTI ADULTO	367						
DI PN x VM		3,55	7,88	14,16	22,74	31,97	
IPCSL x CT		0,00	1,26	3,94	7,66	13,02	
IPCSC x CT		0	0,00	0,24	1,70	4,78	
DI IU x SV		0,89	2,61	5,96	10,16	15,45	
TX VM		21,54	31,73	42,80	55,31	63,93	
TX CT		29,35	42,84	56,54	67,25	76,84	
TX SV		36,92	52,21	66,90	77,28	86,54	
PAC-DIA		1.201	1.804	2.923	5.375	8.294	155.6047
UCO	48						
DI PN x VM		3,68	8,31	14,22	24,04	33,28	
IPCSL x CT		0,00	1,28	4,23	6,74	9,69	
IPCSC x CT		0	0,00	0,00	0,91	2,40	
DI IU x SV		0,41	2,61	4,53	7,82	12,68	
TX VM		7,12	12,50	17,50	24,69	33,79	
TX CT		12,90	24,09	34,89	49,68	59,13	
TX SV		16,87	25,24	39,97	51,56	64,37	
PAC-DIA		1.506	1.950	2.455	2.981	3.440	126.010
UTI PED	136						
DI PN x VM		0,00	2,04	5,12	8,28	12,27	
IPCSL x CT		0,00	2,10	5,30	9,82	14,41	
IPCSC x CT		0	0,00	0,00	2,89	5,85	
DI IU x SV		0,00	0,00	3,69	9,43	13,64	
TX VM		21,06	27,25	45,48	56,22	71,42	
TX CT		18,91	30,36	42,83	60,30	69,04	
TX SV		3,70	8,66	17,32	30,58	38,88	
PAC-DIA		689	1.114	1.674	2.310	3.071	262.122

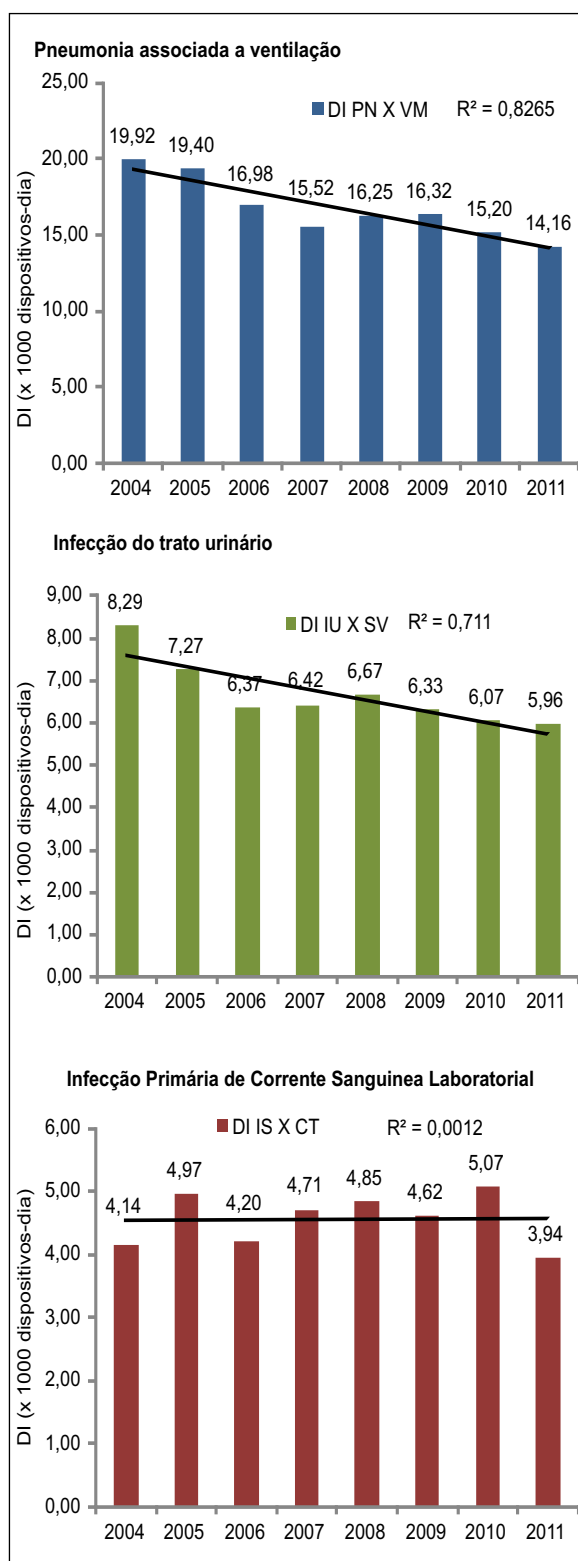
Legenda: DI PN x VM: densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica; TX VM: Taxa de utilização de Ventilação Mecânica; DI IS x CT: densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter central; TX CT: Taxa de Utilização de cateter central; DI IU x SV: densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à sondagem vesical; TX SV: Taxa de utilização de sonda vesical de demora; PAC-DIA: Número de pacientes-dia

Foram comparadas, novamente, as taxas medianas de infecções associadas a dispositivos invasivos em UTI Adulto de 2004 a 2011. Houve diferença estatisticamente significativa apenas para as medianas (percentil 50) de pneumonia associada à ventilação e infecção de trato urinário associada à sonda vesical de demora, nos anos avaliados, com valor de $p < 0,05$ (Figura 3).

3. Infecções em UTI Neonatal

Do total de hospitais notificantes, 28,3% (211/746) enviaram dados de IH de UTI Neonatal por meio da planilha 3.

De acordo com o critério adotado para análise dos dados para este tipo de unidade, um hospital pode ter sido incluído na análise de taxas em mais de uma faixa de peso.



Legenda: DI PN x VM: densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica; DI IS x CT: densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter central; DI IU x SV: densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à sondagem vesical

Figura 3. Comparação da mediana (P50) das densidades de incidência de infecções associadas a dispositivos invasivos em UTI Adulto. Estado de São Paulo, 2004 a 2011

4. Microrganismos identificados em hemoculturas colhidas de pacientes com IH

Em 2011 foram notificados 13.686 pacientes com IH e hemocultura positiva em UTI Adulto e Coronariana. 354 hospitais (47,5%) enviaram dados da planilha 5.

A Tabela 4 mostra a distribuição dos microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IH do Estado de São Paulo em 2011.

Já a Figura 4 apresenta a comparação do perfil de resistência dos microrganismos isolados em amostras de hemocultura de pacientes com IH, em UTI Adulto e Coronariana, nos hospitais do Estado de São Paulo, em 2009, 2010 e 2011.

5. Consumo de antimicrobianos em UTI Adulto (cálculo da DDD)

Do total de hospitais notificantes, 47,9% enviaram dados de consumo de antimicrobianos (planilha 6) em 2011. A Tabela 5 mostra a distribuição da DDD segundo classe de antimicrobiano em percentis para a UTI Adulto.

DISCUSSÃO

Apesar da tendência mantida em 2011 de aumento do número de hospitais notificantes no Estado, com a maioria dos GVE atingindo a meta de notificação proposta para o Estado, ainda é necessário melhorar a adesão em 25% das regionais de vigilância. Para isso, capacitações regionais vêm sendo desenvolvidas enfocando a importância da notificação e, principalmente, a capacitação dos GVE para a análise e interpretação de dados.

As taxas de infecção cirúrgica continuam abaixo do esperado, 2% a 5% em cirurgias limpas³, sugerindo subnotificação. A dificuldade de realização de vigilância pós-alta das infecções cirúrgicas pode explicar esse resultado.

Tabela 3. Distribuição em percentis (P10, P25, P50, P75 e P90) das taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos e taxas de utilização, médias, valores mínimo e máximo, em UTI Neonatal, segundo faixa de peso ao nascer. Estado de São Paulo, 2011

Faixa de Peso ao nascer		UTI Neonatal					
A-<750	nº hospitais	P10	P25	P50	P75	P90	Total
DI PN x VM	111	0,00	0,00	0,00	1,88	11,63	
DI ISLC x CT		0,00	0,00	9,16	19,87	31,15	
ISSC x CT		0,00	0,00	3,21	14,93	21,62	
TX VM		31,45	49,72	66,23	81,34	100,00	
TX CT		28,57	43,61	63,71	83,20	97,98	
PAC-DIA		67	112	177	290	584	29.959
B-750-999g	nº hospitais	P10	P25	P50	P75	P90	Total
DI PN x VM	164	0,00	0,00	0,00	4,34	11,01	
DI ISLC x CT		0,00	0,00	8,06	16,70	28,09	
ISSC x CT		0,00	0,00	2,52	11,72	21,59	
TX VM		20,60	38,35	50,89	66,23	83,65	
TX CT		28,13	37,04	59,22	77,50	88,27	
PAC-DIA		93	162	285	556	855	
C-1000-1499g	nº hospitais	P10	P25	P50	P75	P90	Total
DI PN x VM	195	0,00	0,00	0,00	6,78	18,87	
DI ISLC x CT		0,00	0,00	7,58	14,15	24,94	
ISSC x CT		0,00	0,00	3,16	10,30	22,71	
TX VM		9,32	15,32	27,82	40,36	48,98	
TX CT		20,31	34,76	52,05	70,28	79,20	
PAC-DIA		156	293	502	852	1.294	
D-1500-2499g	nº hospitais	P10	P25	P50	P75	P90	Total
DI PN x VM	208	0,00	0,00	0,00	5,95	16,71	
DI ISLC x CT		0,00	0,00	8,48	15,81	27,54	
ISSC x CT		0,00	0,00	2,87	8,97	17,42	
TX VM		4,41	9,75	16,66	27,75	36,67	
TX CT		10,57	23,36	40,74	61,18	71,85	
PAC-DIA		225	387	595	992	1.488	
E->2500g	nº hospitais	P10	P25	P50	P75	P90	Total
DI PN x VM	202	0,00	0,00	0,00	5,15	16,95	
DI ISLC x CT		0,00	0,00	6,38	12,95	25,15	
ISSC x CT		0,00	0,00	0,00	8,40	17,40	
TX VM		6,82	11,92	21,63	37,64	48,53	
TX CT		11,64	22,94	40,31	57,52	70,91	
PAC-DIA		184	295	484	889	1.368	

Legenda: DI PN x VM: densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica; TX VM: taxa de utilização de ventilação mecânica; DI ISLC x CT: densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea laboratorial associada a cateter central; DI ISSC x CT: densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea clínica (sepse clínica) associada a cateter central; TX CT: taxa de utilização de cateter central; PAC-DIA: número de pacientes-dia

A análise comparativa da mediana das taxas de infecções associadas a dispositivos invasivos em UTI Adulto, no período de 2004 a 2011, mostrou redução estatisticamente significativa da mediana das taxas de pneumonia associada à ventilação

mecânica e de infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora. Essa redução pode estar associada à melhoria da qualidade da assistência ou apenas a melhor aplicação dos critérios diagnósticos. Entretanto, é importante

Tabela 4. Distribuição de pacientes com IH e hemocultura positiva (número e porcentagem) segundo microrganismo isolado, Estado de São Paulo, 2011

Microrganismo	Pacientes com hemocultura positiva e infecção hospitalar	
	N	%
<i>Acinetobacter baumannii</i> sensível aos carbapenêmicos	323	2,5%
<i>Acinetobacter baumannii</i> resistente aos carbapenêmicos	949	7,3%
<i>Candida albicans</i>	378	2,9%
<i>Candida não albicans</i>	302	2,3%
<i>Candida sp</i> (preencher somente quando o laboratório não identificar espécie)	126	1,0%
<i>Escherichia coli</i> sensível a cefalosporina de terceira geração	382	2,9%
<i>Escherichia coli</i> resistente a cefalosporina de terceira geração	138	1,1%
<i>Enterococcus sp</i> sensível a vancomicina	407	3,1%
<i>Enterococcus sp</i> resistente a vancomicina	166	1,3%
<i>Klebsiella pneumoniae</i> sensível a cefalosporina de terceira geração	504	3,9%
<i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente a cefalosporina de terceira geração	642	4,9%
<i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente a carbapenêmicos	187	1,4%
<i>Pseudomonas sp</i> sensível aos carbapenêmicos	509	3,9%
<i>Pseudomonas sp</i> resistente aos carbapenêmicos	324	2,5%
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível a oxacilina	733	5,6%
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a oxacilina	1.501	11,5%
<i>S. epidermidis</i> e outros <i>Staphylococcus</i> coagulase negativa sensível a oxacilina	1.019	7,8%
<i>S. epidermidis</i> e outros <i>Staphylococcus</i> coagulase negativa resistente a oxacilina	2.608	20,0%
Outras Enterobacterias resistentes a carbapenêmicos	193	1,5%
Outros Microrganismos	1.622	12,5%
Total de microrganismos isolados em pacientes com IH	13.013	100,0%
TotalHEmoPosit	28.593	
TotalHemoColhida	161.983	

destacar que não houve redução estatisticamente significativa ($p > 0,05$) nas taxas de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central. Dessa forma, foi implantado, em março de 2011, o Projeto Estadual de Redução de ICS associada à CVC em uma amostra de UTI de hospitais voluntários. O projeto baseia-se na aplicação de indicadores de processo na aplicação de medidas de intervenção para a redução destas taxas.

Em UTI Neonatal, em todas as faixas de peso, observa-se taxa zero para pneumonia no percentil 50, sugerindo dificuldades no diagnóstico desse tipo de infecção em neonatos. Além disso, em todas as faixas de peso a mediana das taxas de infecção de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada manteve-se maior quando comparada a mediana das taxas de sepse clínica, indicando boa recuperação de microrganismos em hemocultura nesta população.

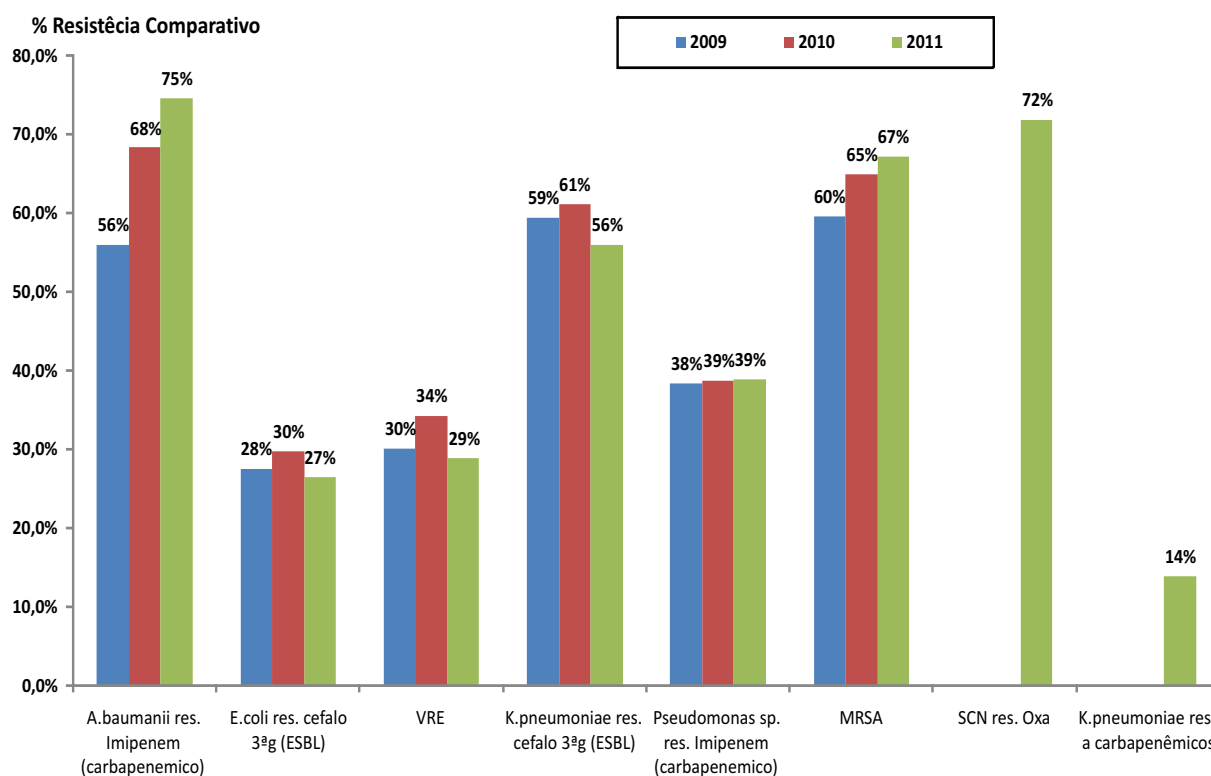


Figura 4. Distribuição do perfil de resistência dos microrganismos isolados em hemocultura de pacientes com IH, no Estado de São Paulo, 2009, 2010 e 2011

Tabela 5. Distribuição em percentis da densidade de consumo de antimicrobianos segundo classes de antimicrobianos por 1.000 pacientes-dia (DDD) notificados para UTI Adulto. Estado de São Paulo, 2011

Classes antimicrobianas	p10	p25	p50	p75	p90
Cefalosporinas	101,83	165,40	249,29	358,59	538,96
Glicopeptídeos	35,62	66,39	131,74	199,67	288,66
Carbapenêmicos	27,08	62,32	121,66	177,67	238,10
Piperacilina-tazobactam	0,00	15,08	90,56	156,31	202,25
Quinolonas	17,40	33,05	62,44	118,60	225,72
Polimixina B	0,00	0,00	6,13	23,08	52,97
Ampicilina-sulbactam	0,00	0,00	1,20	9,86	30,16
Linezolida	0,00	0,00	0,00	3,85	31,29
Polimixina E	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Manteve-se a predominância de *Staphylococcus epidermidis* e outros *Staphylococcus coagulase* negativa e *S.aureus* isolados, em 45,0% dos isolados, seguidos de *Acinetobacter baumannii* (10%), *Klebsiella pneumoniae* (10%) e *Pseudomonas aeruginosa* (7%). Observa-se aumento da resistên-

cia a carbapenêmicos, principalmente entre o acinetobacter.

O alto consumo das cefalosporinas de 3ª e 4ª geração e vancomicina em UTI adulto pode ser explicado pelo perfil de microrganismos mais frequentemente isolados em hemoculturas.

CONCLUSÕES

Os dados do Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo vêm sendo utilizado sistematicamente para o planejamento de medidas de prevenção e

controle de IH nos hospitais do Estado.

Além disso, o sistema tem se mostrado flexível para atender as diretrizes nacionais⁷ para redução das taxas de IH.

REFERÊNCIAS

1. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em URL:<http://www.cnes.datasus.gov.br> [2010 set].
2. Divisão de Infecção Hospitalar - DHI. Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Dados 2004-2008. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_ihb.html.
3. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999;20(4):247-78.
4. Smith PW, Rusnak PG. Infection Prevention and Control in the Long-Term-Care Facility. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997; 18: 831-49.
5. Almeida RC, Pedroso ERP. Nosocomial Infection in Long-Term Care Facilities. A Survey in a Brazilian psychiatric Hospital. *Rev Inst Med trop S Paulo*. 1999; 41(6):365-70.
6. Strausbaugh LJ, Jiseph C. Epidemiology and Prevention of Infections in Residents of Long Term Care Facilities. In: Mayhall CG. *Hosp epidemiol infect control*. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1999. p. 1461-79.
7. [ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília-DF, Setembro de 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home/servicosdesaude>.

Correspondência/Correspondence to:
Denise Brandão
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º Andar
CEP: 13565-905
Tel.: 55 11 3066-8759
E-mail: DVHOSP@SAUDE.SP.GOV.BR

Fórum Estadual de Tuberculose 2012: “Qualidade no Controle da Doença”

State Forum on Tuberculosis 2012: Quality in the Disease Control

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

Anualmente o Fórum Estadual de Tuberculose reúne centenas de pessoas no Estado de São Paulo. Em setembro de 2012, o evento foi realizado no Centro de Convenções Rebouças com o objetivo de avaliar os indicadores de qualidade das ações de controle da tuberculose atingidos no ano anterior e premiar os municípios, regionais de saúde, unidades prisionais e laboratórios que tiveram melhor desempenho. Outros assuntos também foram abordados, como a revisão de estratégias de controle e perspectivas de mudança.

O evento contou com uma seção de pôsteres, distribuídos em diversas categorias, e uma seção científica:

- 1) *Humaniza – SUS, sob a ótica da tuberculose*, apresentada por Elânia Maria Ferreira e Ferreira, psicóloga assistente-técnica do Núcleo Técnico de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- 2) *Tuberculose – Estado de São Paulo – Contexto atual*, apresentada por Vera Maria Neder Galesi, médica e coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose de São Paulo (PECT/SP) da Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica

da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (DvTBC/CVE/CCD/SES-SP).

- 3) *Tuberculose – Brasil e mundo, o que se propõe?*, apresentada por Dráurio Barreira, coordenador nacional do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).
- 4) Lançamento da “*Sala de Situação*” da tuberculose no Estado de São Paulo, apresentada por Laedi Alves Rodrigues Santos, médica do PECT/SP da DvTBC/CVE/CCD/SES-SP.
Link para acesso:
www.tuberculosesp.cealag.com.br

Foram também prestadas homenagens à Dr^a Margarida M. M. B. de Almeida (ex-coordenadora da tuberculose no Estado e doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP), à enfermeira Jannete Nassar (PECT/SP), e à educadora Stella Maria Costa Nardy (doutora em Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP).

A cerimônia de entrega dos prêmios contemplou municípios, Grupos regionais de Vigilância

Epidemiológica (GVEs), Supervisões de Vigilância em Saúde da Capital (SUVIS), laboratórios e unidades prisionais.

Prêmio aos municípios

Concorreram ao prêmio os 93 municípios com 20 casos novos de tuberculose ou mais em 2011, sendo agraciados os 53 que atingiram a meta de 85% de cura. Estes foram agrupados

para a classificação final em quatro categorias, de acordo com o montante de casos, respectivamente com 20 a 29, 30 a 39, 40 a 99 e 100 ou mais casos novos.. Em cada grupo, a classificação levou em conta a busca ativa de casos, a qualidade do diagnóstico e do tratamento dos doentes. Os municípios de Taboão da Serra, Francisco Morato, Bertioga e Catanduva obtiveram os primeiros lugares em suas respectivas categorias.

Critérios: Cura de casos novos de TB = 85%			
Critério para o 1º lugar em cada grupo: indicador sintético de qualidade			
1	Aracatuba	28	Jandira
2	Araraquara	29	Jundiaí
3	Assis	30	Limeira
4	Atibaia	31	Mauá
5	Barueri	32	Mogi das Cruzes
6	Bertioga	33	Mogi Guaçu
7	Birigui	34	Monte Mor
8	Caçapava	35	Peruíbe
9	Caieiras	36	Pindamonhangaba
10	Cajamar	37	Poá
11	Caraguatatuba	38	Presidente Prudente
12	Carapicuíba	39	Ribeirão Pires
13	Catanduva	40	Rio Claro
14	Cruzeiro	41	Salto
15	Cubatão	42	Santana de Parnaíba
16	Diadema	43	Santo André
17	Embu das Artes	44	São Bernardo do Campo
18	Embu-Guaçu	45	São Caetano do Sul
19	Ferraz De Vasconcelos	46	São Jose dos Campos
20	Francisco Morato	47	São Sebastião
21	Hortolândia	48	São Vicente
22	Itanhaém	49	Sertãozinho
23	Itapeperica da Serra	50	Suzano
24	Itapevi	51	Taboão da Serra
25	Itapira	52	Tatuí
26	Itatiba	53	Várzea Paulista
27	Jacareí		

Prêmio aos Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica-GVE

Concorreram ao prêmio 27 GVE sendo agraciados os sete que atingiram a meta de 85% de cura dos casos novos de 2011 na sua região.

	Critério: Cura de casos novos $\geq 85\%$
1	Caraguatatuba
2	Franco da Rocha
3	Osasco
4	Presidente Prudente
5	Santo André
6	São João da Boa Vista
7	São José dos Campos

Prêmio às Supervisões Técnicas de Saúde - SUVIS (regionais da capital)

Concorreram ao prêmio os 26 SUVIS sendo agraciados seis que atingiram a meta de 85% de cura dos casos novos de 2011.

	Critério: Cura de casos novos bacilíferos $\geq 85\%$
1	Campo Limpo/Capão Redondo
2	Capela do Socorro
3	Cidade Ademar/Santo Amaro
4	Guaianases
5	M'Boi Mirim/Jardim Ângela
6	Vila Mariana/Jabaquara

Prêmio às Unidades prisionais:

Dentre as 152 unidades prisionais existentes, foram avaliadas aquelas com 15 ou mais casos novos de tuberculose em 2011. Trinta e três foram agraciadas por atingirem a meta de 85% de cura e realização de baciloscopias de escarro em mais de 20% da população da Unidade. A Coordenadoria de Saúde da Região Oeste, Secretaria de Administração Prisional foi contemplada com menção Honrosa por Qualidade nas Ações de Controle da Tuberculose por possuir o maior número de unidades que atingiram a meta proposta.

	Critérios: Cura de casos novos de TB $\geq 85\%$ e sintomáticos examinados $> 20\%$ de sua população
1	CDP "ASP Paulo Gilberto de Araújo" Chácara Belém II
2	CDP "ASP Vicente Luzan da Silva" Pinheiros I
3	CDP "Dr. Calixto Antonio" São Bernardo do Campo
4	CDP "Dr. Félix Nobre de Campos" Taubaté
5	CDP de Santo André
6	CDP de Suzano
7	CPP de Franco da Rocha
8	CPP de Pacaembu
9	Penit. "Asp Adriano Aparecido de Pieri" Dracena
10	Penit. "ASP Paulo Guimarães" Lavínia III
11	Penit. "Desembargador Adriano Marrey" Guarulhos II
12	Penit. "Dr. Tarcozo Leonce Pinheiro Cintra" Tremembé I
13	Penit. "João Augustinho Panucci" Marabá Paulista
14	Penit. "Joaquim de Sylos Cintra" Casa Branca
15	Penit. "José Parada Neto" Guarulhos I
16	Penit. "Luiz Gonzaga Vieira" Pirajuí II
17	Penit. "Nestor Canoa" Mirandópolis I
18	Penit. "Osiris Souza e Silva" Getulina
19	Penit. "Tacyan Menezes de Lucena" Martinópolis
20	Penit. "Valentim Alves da Silva" - Álvaro de Carvalho
21	Penit. "Vereador Frederico Geometti" Lavínia I
22	Penitenciária II de Mirandópolis
23	Penitenciária de Junqueirópolis
24	Penitenciária de Andradina
25	Penitenciária de Irapuru
26	Penitenciária de Lucélia
27	Penitenciária de Marília
28	Penitenciária de Pacaembu
29	Penitenciária de Ribeirão Preto
30	Penitenciária de Valparaíso
31	Penitenciária I de Potim
32	Penitenciária II de Balbinos
33	Penitenciária II de Potim

Prêmio aos laboratórios

Foram premiados nove laboratórios de referência pela supervisão à sua rede de abrangência, além de 14 laboratórios locais pelo número de exames de cultura para tuberculose

	Laboratório – Supervisão Critério: Supervisão direta e indireta de outros laboratórios
1	IAL Central
2	IAL de Bauru
3	IAL de Presidente Prudente
4	IAL de Ribeirão Preto
5	IAL de Santo André
6	IAL de São José Rio Preto
7	IAL de Sorocaba
8	IAL de Taubaté
9	PCT do município de São Paulo

	Laboratório – N° de Cultura Critério: Maior número de exames de Cultura para TB em 2011
1	Local de Itapeverica da Serra
2	Municipal de Saúde Pública da Lapa
3	AFIP – Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa
4	Análises Clínicas da Nossa Senhora do Ó
5	Bio Fast – Medicina e Saude Ltda.
6	Estadual de Santo Amaro
7	Estadual de São Miguel Paulista
8	Hospital das Clínicas HCFMUSP
9	Instituto de Infectologia Emilio Ribas
10	Instituto Clemente Ferreira
11	Local Municipal de São Bernardo do Campo
12	Municipal de Saúde Pública de Guarulhos
13	Municipal de Saúde Pública do Brooklin
14	Santa Casa de Misericórdia São Paulo

Correspondência/Correspondence to:

Divisão de Tuberculose
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º Andar
Cerqueira Cesar, São Paulo, SP – Brasil
CEP: 13565-905
Tel.: 55 11 3066-8764 – E-mail: dvtbc@saude.sp.gov.br

Anexo

Fórum Estadual de Tuberculose 2012 - São Paulo				
Nº	Categoria	Título do trabalho	Instituição	Autor principal
1	01 - Mobilização Social	Mobilização Social no controle da Tuberculose com jovens Bandeirantes do Brasil	Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose	Nádia Faraone
2	02 - Laboratório	Avaliação da qualidade da baciloscopia dos laboratórios locais da região metropolitana da Baixada Santista/SP – Brasil	IAL de Santos	Adriana Cavalcante de Carvalho
3		Perfil laboratorial das amostras de pacientes coinfectados TB/HIV	IAL de Santos	Felipe Araújo de Souza Ferreira
4	03 - Sistema Penitenciário	Projeto Previna: Tuberculose	HCTP - I de Franco da Rocha	Tiago Silva Gomes
5		Análise histórica da estratégia de educação por pares na busca de sintomáticos respiratórios do centro de progressão penitenciária Dr Javert de Andrade de São José do Rio Preto	CPP Dr Javert de Andrade de São José do Rio Preto	Alexandro Blanco
6	04 - Tratamento Supervisionado	Parceria da Equipe Técnica e Programa de Controle da Tuberculose	PCT Mauá	Neusa Maria Jaloretto
7		Persistência e desafios dos profissionais do Tratamento Supervisionado da Tuberculose, frente à resistência familiar - período de 1998 a 2008	Centro de Referência José Roberto Campi, SMS de Ribeirão Preto	Solange Rosa
8	06 - Educação/ Capacitação em TB	Persistência e cooperação para o controle da tuberculose no município de Francisco Morato: bases para uma história de sucesso	Vigilância Epidemiológica de Francisco Morato	Maria da Luz Oliveira Bataiero
9		Tuberculose: utilizando a oficina de abandono como estratégia	SUVIS Penha da SMS/SP	Rosângela Elaine Minéo Biagolini
10		Capacitações em BCC para profissionais de saúde na prevenção e controle da TB em pacientes que utilizam álcool, tabaco e outras drogas em duas regiões metropolitanas do Estado de São Paulo, 2012	Divisão de TB/ CVE/ CCD/ SES-SP	Valdir de Souza Pinto
11	07 - Coinfecção TB/HIV	Prevalência de Infecção Latente de TB em pacientes HIV Positivos em um município prioritário da Grande São Paulo	PCT de Carapicuíba	Amadeu Antonio Vieira
12		Contexto socioeconômico e condições clínicas: fatores associados ao desenvolvimento da tuberculose em indivíduos soropositivos para o HIV	Secretaria Municipal de Ribeirão Preto/ Universidade Federal da Paraíba	Lis Aparecida de Souza Neves
13	08 - Busca Ativa	Experimentando a aproximação entre moradores em situação de rua e equipes de saúde e como isso propicia a busca ativa para tuberculose	PCT de São Bernardo do Campo	Luciene Franza Degering
14		Geografia e a busca ativa dos casos sintomáticos respiratórios no município de Guarulhos/SP	Depto de Geografia Física da USP/ PCT de Guarulhos	Elisabete Souza Maia Rodrigues Pires
15	09 - Pesquisas Operacionais	Perfil epidemiológico da tuberculose em Igarapu do Tietê, São Paulo, Brasil	Vigilância Epidemiológica de Igarapu do Tietê	Débora Paula Colla Cassamassimo
16		Tempo de Demora entre a solicitação da baciloscopia e o início do tratamento de doentes de tuberculose	Divisão de TB/ CVE/ CCD/ SES-SP	Maria Josefa Penon Rujula
17	10 - Sistema de Informação	Perfil dos casos de recidiva de tuberculose notificados na regional - GVE XXIX	PCT de São José do Rio Preto/ GVE XXIX de São José do Rio Preto	Nilza Gomes de Souza
18		Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose no GVE XVII – Campinas no período de 2000 a 2009	GVE XVII de Campinas	Maria Consuelo Gonzalez dos Santos
19	11 - Contatos/ ILTB	Avaliação de adoecimento por tuberculose entre os pacientes portadores de hiv/aids submetidos a tratamento de infecção latente da tuberculose no município de São Bernardo do Campo, no período de 2009 a 2011	PCT de São Bernardo do Campo	Luciene Franza Degering
20	12 - Outros: Assistência ao Paciente	Organização do atendimento ao paciente de tuberculose: hierarquização como estratégia para melhoria da assistência	Secretaria Municipal de Ribeirão Preto/ Universidade Federal da Paraíba	Lis Aparecida de Souza Neves
21	12 - Outros: Epidemiologia	Tuberculose: perfil epidemiológico dos pacientes de uma unidade de saúde da família da zona leste de São Paulo/SP	SUVIS Penha da SMS/SP	Rosângela Elaine Minéo Biagolini
22	12 - Outros: Gestão de Recursos	Gestão de Recursos	PCT de São Bernardo do Campo	Luciene Franza Degering
23	12 - Outros: TBMR	Caracterização de portadores de tuberculose multirresistente com adesão ao tratamento em um serviço de referência do Estado de São Paulo	Escola de Enfermagem da USP/ Instituto Clemente Ferreira	Kuitéria Ribeiro Ferreira
24		Avaliação do sistema TB-MDR no Estado de São Paulo: 9 anos	Divisão de TB/ CVE/ CCD/ SES-SP	Maria de Lourdes Viude Oliveira

Figura 1. Pôsteres apresentados no Fórum Estadual de Tuberculose 2012. (na tabela Excel – para editoração)

Médica Sanitarista do CVE ganha prêmio na 12ª Expoepi

Public Health Physician is awarded at 12th ExpoEpi

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

O Controle da tuberculose na população prisional do Estado de São Paulo foi o vencedor da Área: Vigilância, controle e prevenção da tuberculose da 12ª. Expoepi (Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças), realizado de 16 a 19 de outubro de 2012 em Brasília. O trabalho foi realizado por Laedi Alves Rodrigues dos Santos, Vera Maria Nedes Galesi, ambas da Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica e Solando Aparecida Ponguelupi, coordenadora do Sistema Penitenciário de São Paulo

O trabalho procurou demonstrar que é possível melhorar o controle da tuberculose na população prisional do Estado de São Paulo, declara Laedi.

Pesquisas indicam que a incidência da doença é cerca de 20 vezes maior nas prisões que na população em geral. Muitos já ingressam infectados pelo bacilo da tuberculose. Aglomeração e confinamento favorecem a transmissão; casos bacilíferos sem diagnóstico perpetuam a rede de transmissão. A alta prevalência de infecção pelo HIV, alcoolismo e drogadição e as condições de vida nas prisões favorecem a evolução para a doença. São frequentes as transferências entre unidades prisionais e até mesmo a libertação antes da conclusão do tratamento.

De 1998 para 2009, o número de casos notificados de tuberculose na população prisional do Estado de SP cresceu de 147 para 1.394 casos, 9% do total de casos notificados. Assim, a taxa de

incidência na população prisional em 2009 atingiu 995,7 casos por 100 mil, 26 vezes maior que na população geral, que nesse mesmo ano foi de 38,1 casos por 100 mil habitantes.

No Estado de São Paulo, por iniciativa da coordenação estadual do Programa de Controle da Tuberculose, as Secretarias de Estado da Saúde (SES) e Administração Penitenciária (SAP) vêm realizando um trabalho conjunto de controle da tuberculose no sistema prisional. Integrando esforços, os profissionais do sistema penitenciário foram incluídos nos treinamentos e capacitações do Programa de Tuberculose

A busca ativa de casos é feita no momento do ingresso e por ocasião das transferências; o estabelecimento que recebe o detento faz uma entrevista indagando a existência de tosse e, em caso afirmativo, realiza exame de baciloscopia de escarro. Para isso, foram criados questionários para registro específico sobre tosse e sua duração, e se ele está ou esteve em tratamento para tuberculose. Campanhas semestrais e educativas são organizadas nas unidades da SAP. A cada caso descoberto, são examinados os contatos próximos e da família do doente.

Os pacientes passaram a ser conduzidos diariamente à enfermaria das Unidades prisionais ou, em algumas Unidades, os funcionários observam a ingestão dos medicamentos nas celas.

Com a implantação do sistema Tbweb, em 2009, melhorou o acompanhamento dos casos pela internet, avaliando em separado as taxas de

cura e outros indicadores, no total dos casos e separadamente para cada estabelecimento prisional. Quando ocorre uma transferência ou o paciente é colocado em liberdade, há emissão de e-mail automático para o local de destino. Isso evita descontinuidade do tratamento, na medida em que aquele que recebe um paciente fica sabendo do caso.

Os óbitos durante o tratamento, que ocorriam em 15% dos casos, diminuíram para 2%. Isso sugere que os casos estão sendo descobertos em fase mais inicial da doença e reflete também aumento da qualidade do tratamento e acompanhamento dos casos.

Com todas estas medidas, observou-se um grande aumento das taxas de cura, que subiram de

58% em 1998 para 86% em 2009. A partir de 2009, os funcionários do sistema penitenciário foram treinados para alimentar o sistema de vigilância TBweb, de forma que as mudanças passaram a ser registradas em tempo oportuno, evitando descontinuidades no tratamento.

A busca ativa de casos é feita no momento do ingresso e por ocasião das transferências, campanhas semestrais e educativas são organizadas nas unidades da SAP, a cada caso descoberto são examinados os contatos próximos e da família do doente e a supervisão à ingestão de medicamentos pelos pacientes passaram a ser conduzidos diariamente nas enfermarias das Unidades prisionais ou, em algumas Unidades, nas celas.

Correspondência/Correspondence to:
Divisão de Tuberculose
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º Andar
Cerqueira Cesar, São Paulo, SP – Brasil
CEP: 13565-905
Tel.: 55 11 3066-8764 – E-mail: dvtbc@saude.sp.gov.br

Instruções aos Autores

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

Missão

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

Arbitragem

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

Processo de revisão

Os trabalhos publicados no *BEPA* passam por processo de revisão por especialistas. A coordenação editorial faz uma revisão inicial para avaliar se os autores atenderam aos padrões do boletim, bem como ao atendimento das normas para o envio dos originais. Em seguida, artigos originais e de revisão são encaminhados a dois revisores da área pertinente, sempre de instituições distintas daquela de origem do artigo, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos autores. Após receber os pareceres, os Editores, que detém a decisão final sobre a publicação ou não do trabalho, avaliam a aceitação do artigo sem modificações, a recusa ou a devolução ao autor com as sugestões apontadas pelo revisor.

Tipos de artigo

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

2. Revisão – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo os limites do tema. Extensão máxima: 6.000 palavras; Resumo (*Abstract*) de até 250 palavras; entre 3 e 6 palavras-chave (*key words*); sem limite de referências bibliográficas e 6 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

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

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

5. Comunicações rápidas – São relatos curtos destinados à rápida divulgação de eventos significativos no campo da vigilância à saúde. A sua publicação em versão impressa pode ser antecedida de divulgação em meio eletrônico. No máximo 2.000 palavras; Resumo de até 150 palavras; entre 3 e 6 palavras-chave; 4 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); e 10 referências. É recomendável que os autores das comunicações rápidas apresentem, posteriormente, um artigo mais detalhado.

6. Informe epidemiológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças, agravos, e programas de prevenção ou

eliminação. Sua estrutura é semelhante à do artigo original, porém sem resumo ou palavras chave, máximo de 5.000 palavras; 15 referências; e 4 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

7. Informe técnico – Texto institucional que tem por objetivo definir procedimentos, condutas e **normas técnicas das ações** e atividades desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Inclui, ainda, a divulgação de práticas, políticas e orientações sobre promoção à saúde e prevenção e controle de riscos e agravos. No máximo 5.000 palavras; 6 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); e 30 referências bibliográficas. Não inclui Resumo nem palavras-chave.

8. Resumo – Serão aceitos resumos de teses e dissertações até dois anos após a defesa. Devem conter os nomes do autor e do orientador, título do trabalho (em Português e Inglês), nome da instituição em que foi apresentado e ano de defesa. No máximo 250 palavras e entre 3 e 6 palavras-chave.

9. Pelo Brasil – Deve apresentar a análise de um aspecto ou função específica da promoção à saúde, vigilância, prevenção e controle de agravos nos demais Estados brasileiros. No máximo 3.500 palavras; Resumo com até 250 palavras; entre 3 e 6 palavras-chave; 20 referências; e 6 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

10. Atualizações – Textos que apresentam, sistematicamente, atualizações de dados estatísticos gerados pelos órgãos e programas de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças do Estado de São Paulo. Até 3.000 palavras e 8 ilustrações. Não inclui Resumo nem palavras-chave.

11. Republicação de artigos – são artigos publicados em outros periódicos de relevância, nacionais ou internacionais, abordando temas importantes cuja veiculação seja considerada, pelos Editores, de grande interesse à saúde.

12. Relatos de encontros – Devem enfatizar o conteúdo do evento e não sua estrutura. Não mais do que 2.000 palavras; 10 referências (incluindo eventuais links para a íntegra do texto); e sem ilustrações. Não incluem Resumo nem palavras-chave.

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

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

15. Observação – Informes técnicos, epidemiológicos, pelo Brasil, atualizações e relatos de encontros

devem ser acompanhados de carta de anuência do diretor da instituição à qual o(s) autor(es) e o objeto do artigo estão vinculados.

Apresentação dos trabalhos

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

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar, em MÉTODOS, que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de Helsinki e aprovada por comissão de ética reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS),

O trabalho deverá ser redigido em Português do Brasil, com entrelinhamento duplo. O manuscrito deve ser encaminhado em formato eletrônico (*e-mail*, CD-ROM) e impresso (folha A4), aos cuidados da Coordenação Editorial do Bepa, no seguinte endereço:

Boletim Epidemiológico Paulista

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 131, Pacaembu

São Paulo/SP – Brasil

CEP: 01246-000

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

Estrutura dos textos

O manuscrito deverá ser apresentado segundo a estrutura das normas de Vancouver: TÍTULO; AUTORES e INSTITUIÇÕES; RESUMO e ABSTRACT; INTRODUÇÃO; METODOLOGIA; RESULTADOS; DISCUSSÃO e CONCLUSÃO; AGRADECIMENTOS; REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS; e TABELAS, FIGURAS e FOTOGRAFIAS.

Integra das instruções – Site:

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

