

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



**VIGILÂNCIA DAS INFECÇÕES
HOSPITALARES DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dados 2004 - 2012

BEPA especial

Boletim Epidemiológico Paulista
Volume 11 Número 123 março 2014

Nesta edição

Editorial..... 1

Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo – Dados 2004 – 2012
Nosocomial Infection Surveillance System of the State of São Paulo - Data 2004 – 2012 3

Instruções aos Autores
Author's Instructions..... 31

Expediente



COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Av. Dr Arnaldo, 351
1º andar – sala 133

CEP: 01246-000 – Pacaembu
São Paulo/SP – Brasil

Tel.: 55 11 3066-8823/8824/8825

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

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

<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Os artigos publicados são de
responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução parcial
ou total desta obra, desde que
citada a fonte e que não seja
para venda ou fim comercial.

Para republicação deste material,
solicitar autorização dos editores.

Editor Geral: Marcos Boulos

Editor Executivo: Clelia Aranda

Editores Associados:

Aglæe Neri Gambirasio – ICF/CCD/SES-SP
Hélio Hehl Caiaffa Filho – IAL/CCD/SES-SP
Ana Freitas Ribeiro – CVE/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP
Luciana Hardt – IP/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
Dalton Pereira Fonseca Junior – SUCEN/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
Juliana Galera Castilho – IP/CCD/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:

Sylia Rehder
Maria de Fátima Costa Pires
Lilian Nunes Schiavon
Constantino José Fernandes Jr

Revisão:

Kátia Rocini

Projeto gráfico/editoração:

Marcos Rosado

Maria Rita Negrão

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

Consultores Científicos:

Alexandre Silva – CDC Atlanta
Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP
Exedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP
Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu- SP
Gonzalo Vecina Neto – FSP/USP
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
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira – OMS
Ricardo Ishak – CNPQ/UF Pará
Roberto Focaccia – IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – OPAS

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo:

Lilian Nunes Schiavon
Eliete Candida de Lima Cortez
Sandra Alves de Moraes
Centro de Documentação – CCD/SES-SP

CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Disponível em:

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



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Esta edição especial do BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista comemora os dez anos do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, implantado após ampla discussão com o Comitê Estadual de Infecção Hospitalar e diversos especialistas da área.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cabe às autoridades de saúde desenvolver um sistema para monitorar infecções selecionadas. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo vem cumprindo esta atribuição ao desenvolver um importante sistema de vigilância de base governamental, referência para o sistema nacional e outros sistemas estaduais.

A consolidação se deve principalmente à parceria com as equipes de vigilância epidemiológica municipais e regionais, à sua flexibilidade e aplicabilidade a hospitais de diferentes portes.

A divulgação anual e a discussão das taxas de infecção hospitalar são atividades contínuas do Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo e permite aos hospitais utilizar as informações como padrão de comparabilidade externa entre si, o chamado benchmarking, voltado para a realidade do Estado. Além disso, os dados produzidos ao longo desses dez anos foram fundamentais para o planejamento de ações e políticas públicas no nível governamental como, por exemplo, o Projeto Provitae, voltado para a redução de infecções cirúrgicas; o Projeto Estadual para Redução de Infecções de Corrente Sanguínea em Unidades de Terapia Intensiva e o Projeto Estadual de Incentivo à Adequada Higienização das Mãos nos Serviços de Saúde “Mãos Limpas são Mãos mais Seguras”.

Ainda há muito trabalho a ser feito, uma vez que o sistema deve ser continuamente aprimorado frente aos novos conhecimentos em prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde.

Que venham os próximos dez anos!

Marcos Boulos
Editor



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

**Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo.
Dados 2004 – 2012**
*Nosocomial Infection Surveillance System of the State of São Paulo.
Data 2004 – 2012*

Denise Brandão de Assis; Geraldine Madalosso; Silvia Alice Ferreira; Yara Yatiyo Yassuda

Divisão de Infecções Hospitalares. Centro de Vigilância Epidemiológicas. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP – Brasil.

INTRODUÇÃO

Infecção Hospitalar é definida como “aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifesta após a internação ou a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”. Atualmente, o termo “infecções relacionadas à assistência à saúde” (IRAS) tem sido mais utilizado, incluindo neste fenômeno as infecções que possam ser adquiridas em função de quaisquer cuidados prestados à saúde, independentemente de hospitalização.

A vigilância epidemiológica ativa é um dos pilares do controle das Infecções Hospitalares (IH), pois permite a determinação do perfil endêmico das instituições, a identificação de eventos inesperados (surtos) e o direcionamento das ações de prevenção e controle. A monitorização das IH é um fator de segurança para o paciente. Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional para Segurança do paciente, por meio da publicação da Portaria nº 529 (01/04/2013), sendo posteriormente publicada a Resolução nº36 da ANVISA que institui as ações de promoção para a segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cabe às autoridades governamentais de saúde desenvolver um sistema para monitorizar infecções selecionadas e avaliar a efetividade de intervenções, sendo assim o monitoramento das IH é uma diretriz nacional, definindo competências em todos os níveis hierárquicos de gestão. No Brasil, o programa nacional é gerenciado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em 2006, foi aprovado o Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde do Estado de São Paulo, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), pelo Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e pelo Instituto Adolfo Lutz.

A Divisão de Infecção Hospitalar do CVE coordena o programa estadual de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, baseado nas diretrizes e normas estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 2616/1998; prestando apoio técnico e capacitação aos grupos regionais estaduais - GVE e municípios, bem como acompanhando, avaliando e divulgando os indicadores epidemiológicos estabelecidos pelo sistema de vigilância das infecções hospitalares, implantado no Estado de São Paulo em 2004.

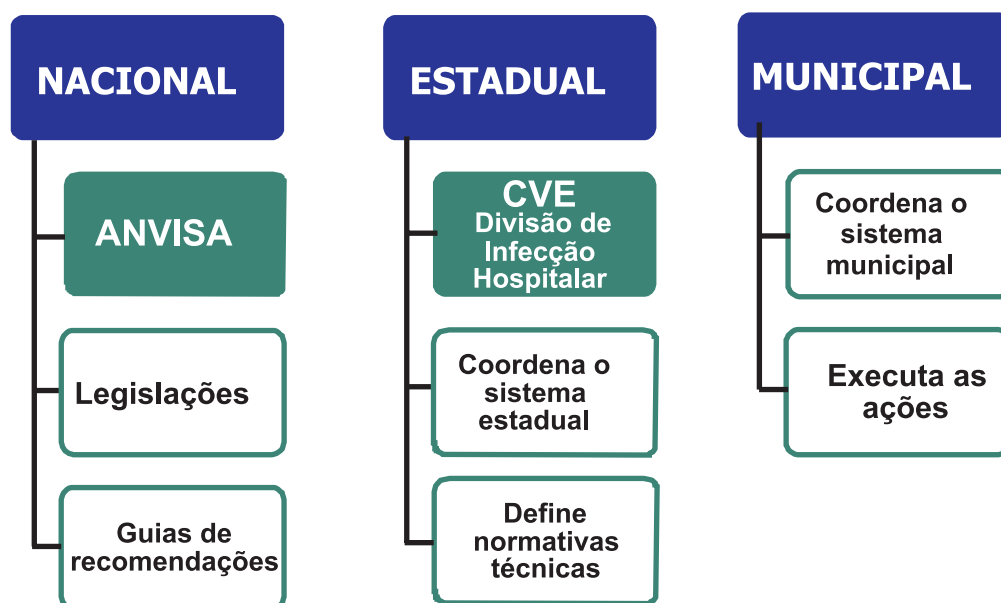


Figura 1. Níveis de gestão do programa de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde

Vigilância Epidemiológica das IH

Fatores que influenciam no desenvolvimento das IH:

- Agente etiológico: resistência antimicrobiana, virulência, inóculo.
- Fatores Ambientais: fontes de infecção – pacientes infectados ou portadores, superlotação de pacientes em uma determinada área, objetos e superfícies contaminadas.
- Suscetibilidade do paciente: algumas condições/fatores predispõem os pacientes às infecções por microrganismos oportunistas como extremos de idade, doenças crônicas, neoplasias, imunossupressão, desnutrição, intervenções diagnósticas e terapêuticas.
- Resistência microbiana: uso de antimicrobianos.

Crítérios para a escolha do conjunto de indicadores

- Indicadores são relações numéricas que visam estabelecer medidas de determinação de ocorrências de um evento;
- São parâmetros representativos de um processo que permitem quantificá-lo
- Os dados devem ser facilmente obtidos por meio de vigilância objetivada nas unidades críticas;
- As taxas calculadas devem espelhar o mais fielmente possível a qualidade dos processos de atendimento à saúde;
- Os indicadores escolhidos devem considerar as características básicas da unidade de saúde, com respeito à realização de procedimentos específicos: procedimentos cirúrgicos, atendimento ao paciente crítico (UTI), gravidade, internação de longa permanência;

- As taxas gerais de infecção (número de IH ou número de pacientes com IH x 100 admissões ou saídas) têm sido consideradas um indicador grosseiro, pois não levam em conta os fatores de risco, como tempo de permanência, utilização de procedimentos invasivos ou gravidade, podendo indicar uma normalidade ou excedentes de IH que não existem.

Indicadores selecionados pelo estado de São Paulo

Os indicadores selecionados pelo CVE para acompanhamento das IH no estado não incluem a vigilância global considerando principalmente que a busca de casos em todo hospital requer uma grande dedicação consumindo tempo de profissionais, sendo que esse mesmo tempo poderia ser utilizado para atividades ligadas às medidas de prevenção. Além disso, as taxas gerais de infecção baseadas no número de admissões ou saídas não fornecem informações úteis, nem permitem comparabilidade e não expressam o risco de cada infecção específica. As taxas baseadas em densidade de incidência são mais adequadas para avaliação das taxas de infecção nas unidades de terapia intensiva, pois indicam a probabilidade de aquisição de uma determinada infecção baseado no tempo de uso de um determinado dispositivo.

O instrumento de coleta de dados padronizado pelo CVE permite obter dois tipos de indicadores, aqueles relacionados à aquisição de IH (densidade de incidência) e aqueles que são relacionados ao uso de dispositivos invasivos (taxa de utilização de dispositivos). Estes dois tipos de indicadores devem ser avaliados de modo conjunto, pois as taxas de utilização de dispositivos invasivos são fortemente associadas à ocorrência de IH.

A) Indicadores para Hospitais Gerais:

- Taxa de infecção em cirurgia limpa
- Taxa de infecção em procedimentos cirúrgicos selecionados
- Taxas de infecção associadas a dispositivos invasivos em unidades de terapia intensiva (UTI):
 - ◆ Densidade de incidência de pneumonias associadas ao uso de ventiladores mecânicos
 - ◆ Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associadas ao uso de cateteres centrais
 - ◆ Densidade de incidência de infecções urinárias associadas ao uso de cateteres vesicais de demora
- Taxa de utilização de dispositivos em unidades de terapia intensiva (UTI):
 - ◆ Taxa de utilização de ventiladores mecânicos
 - ◆ Taxa de utilização de cateteres venosos centrais
 - ◆ Taxa de utilização de cateteres vesicais de demora
- Distribuição percentual de microrganismos de infecções primárias de corrente sanguínea em UTI Adulto, Coronariana, Pediátrica e Neonatal
- Densidade de incidência de infecção por microrganismos isolados em hemocultura de pacientes com infecção primária de corrente sanguínea
- Densidade de Incidência de Consumo de Antimicrobianos em UTI

B) Indicadores para Hospitais Psiquiátricos:

- Densidade de incidência de pneumonias
- Densidade de incidência de escabioses
- Densidade de incidência de gastroenterites

C) Indicadores para Hospitais de Longa Permanência

- Densidade de incidência de infecção do trato urinário
- Densidade de incidência de pneumonias
- Densidade de incidência de gastroenterites
- Densidade de incidência de infecção tegumentar

As definições para o diagnóstico das infecções são baseadas nas recomendações e guias da Anvisa e do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em especial para infecção de sítio cirúrgico, pneumonia associada a ventilação mecânica, infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter central,

infecção do trato urinário associada a sondagem vesical e infecções relacionadas a assistência à saúde em neonatologia.

Já os critérios diagnósticos de infecções para hospitais psiquiátricos e de longa permanência são baseados nas definições de McGeer et al.

Os dados devem ser notificados mensalmente por meio de planilhas Excel, disponíveis no site do CVE, de acordo com o tipo de hospital. (Anexo 1)

Resultados e Análise do Sistema de Vigilância Epidemiológica**Adesão**

A adesão ao sistema foi crescente ao longo dos anos. Em 2012, 95% dos hospitais com critério de notificação enviaram dados à Divisão de Infecção Hospitalar. Além disso, houve aumento na regularidade de envio mensal de dados contribuindo para a produção de informações com maior qualidade e consistência (Figuras 3 a 5).

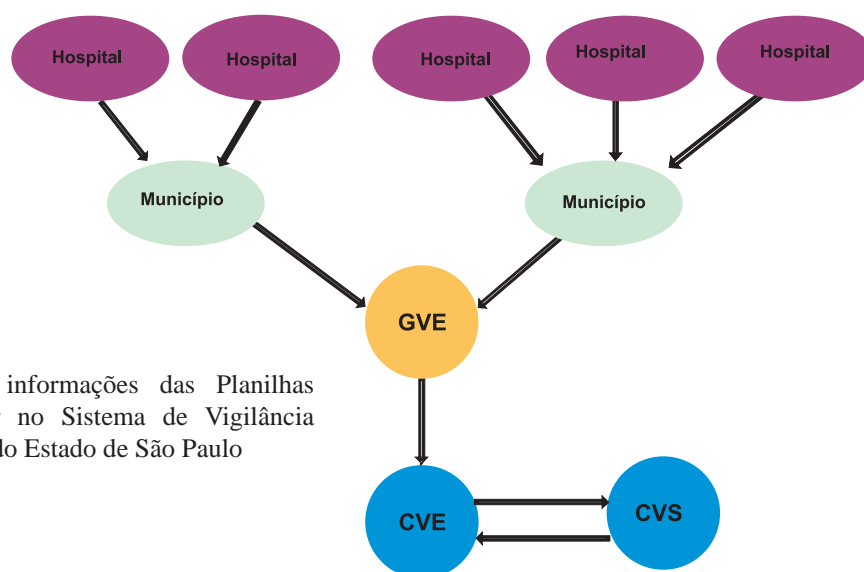


Figura 2. Fluxo de informações das Planilhas de Infecção Hospitalar no Sistema de Vigilância Epidemiológica das IH do Estado de São Paulo

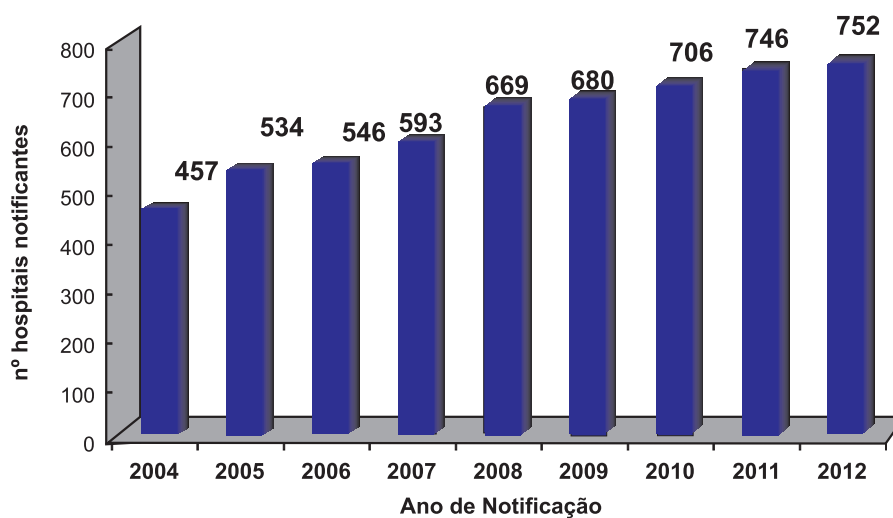


Figura 3. Número Total de Hospitais Notificantes ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo ano de notificação, 2004 a 2012

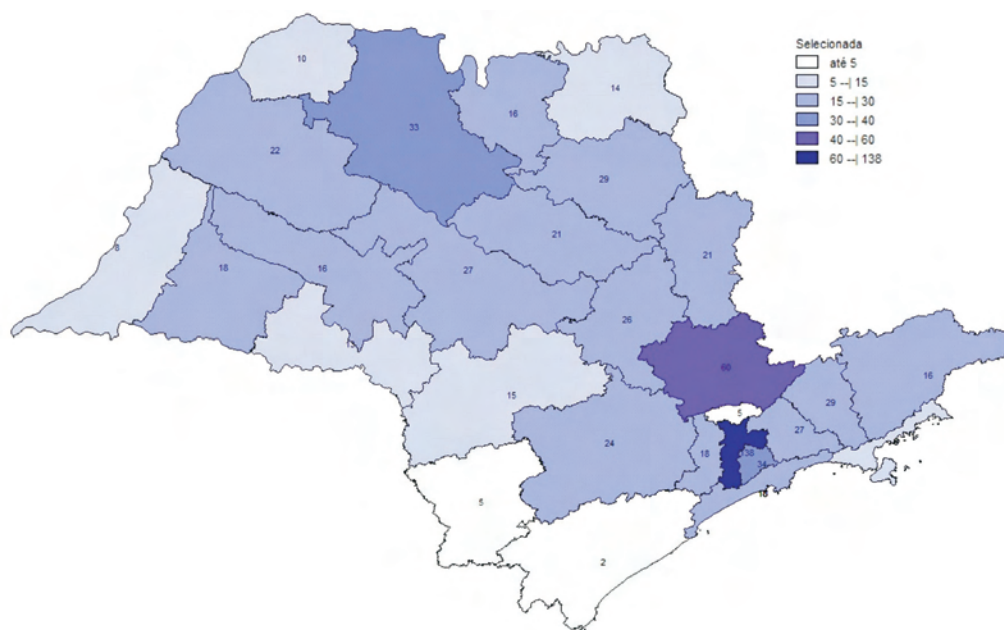


Figura 4. Distribuição dos Hospitais Gerais Notificantes ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo GVE, 2012. (n=671)

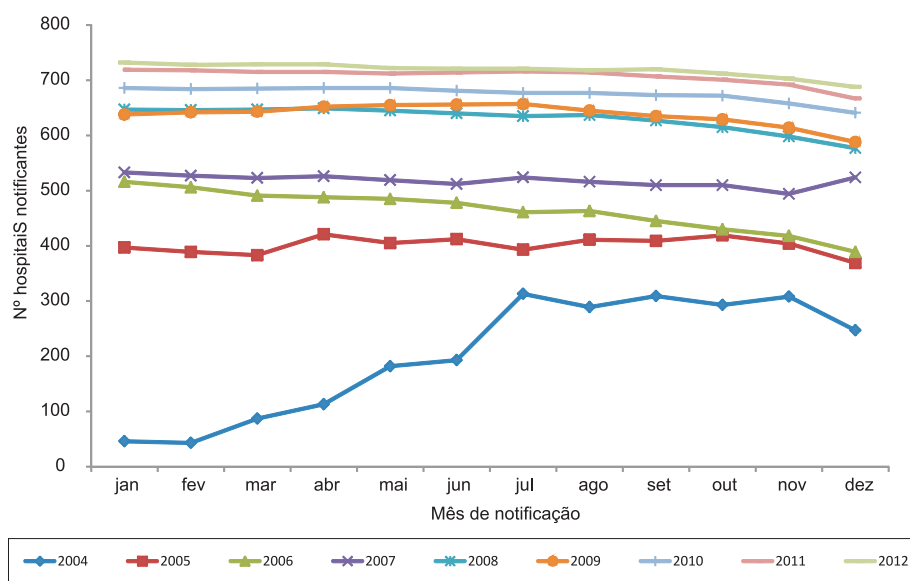


Figura 5. Número de Hospitais Notificantes ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo mês e ano de notificação, 2004 a 2012

Planilhas Enviadas

A análise dos dados enviados permite afirmar que a maioria dos hospitais notificantes são hospitais gerais que realizam procedimentos cirúrgicos (Figura 1). As taxas de infecção cirúrgica em cirurgias limpas são muito baixas, sugerindo subnotificação que se justifica em função da dificuldade de se estabelecer um sistema de vigilância de infecções cirúrgicas

pós-alta. Taxas de infecção mais elevadas em procedimentos complexos como cirurgia cardíaca e neurocirurgia podem ser explicadas pelo fato de serem infecções potencialmente mais graves e que obrigatoriamente têm que ser tratadas em regime de internação, facilitando a recuperação dos dados pelos Serviços de Controle de Infecção dos hospitais que realizam estes procedimentos. (Figura 7).

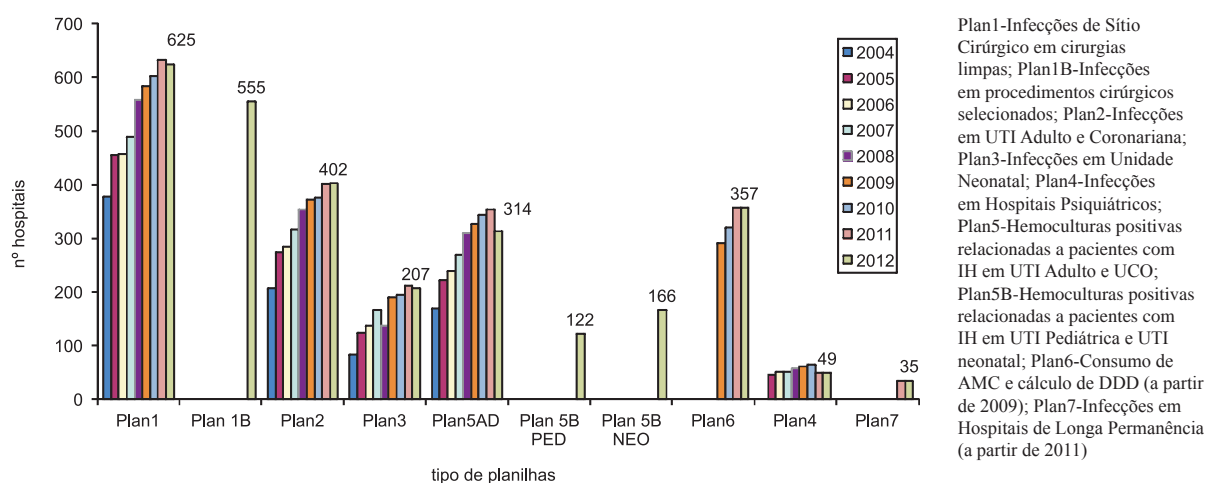


Figura 6. Número de Hospitais Notificantes ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo tipo de Planilha notificada, 2004 a 2012

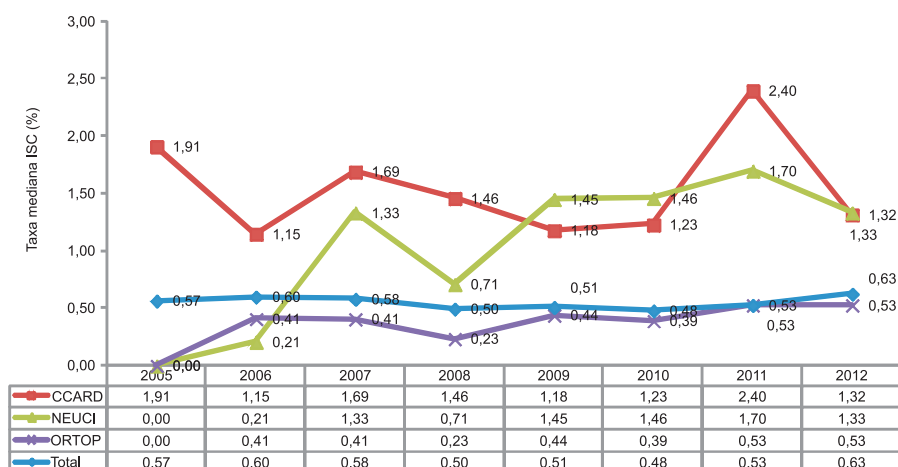


Figura 7. Taxas Medianas de Infecção de Sítio Cirúrgico para especialidades Cirurgia cardíaca (CCARD), Neurocirurgia (NEUCI), Ortopedia (ORTOP) e Taxa Global, Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo tipo de Planilha, 2005 a 2012

Dados de cirurgias selecionadas 2012

1) Procedimentos selecionados

Os dados de infecção em procedimentos cirúrgicos selecionados passaram a ser solicitados em 2012. A avaliação inicial destes dados mostra que os procedimentos selecionados tem grande importância em termos de volume, uma vez que o número de procedimentos notificados foi

elevado, principalmente em parto cesariano, mais de 300.000 procedimentos notificados, e em procedimentos laparoscópicos, mais de 95.000 procedimentos notificados. A vigilância dos procedimentos laparoscópicos é uma orientação da Anvisa e a dos partos cesarianos contribui para a avaliação da qualidade da assistência à gestante no Estado. (Figuras 8 e 9)

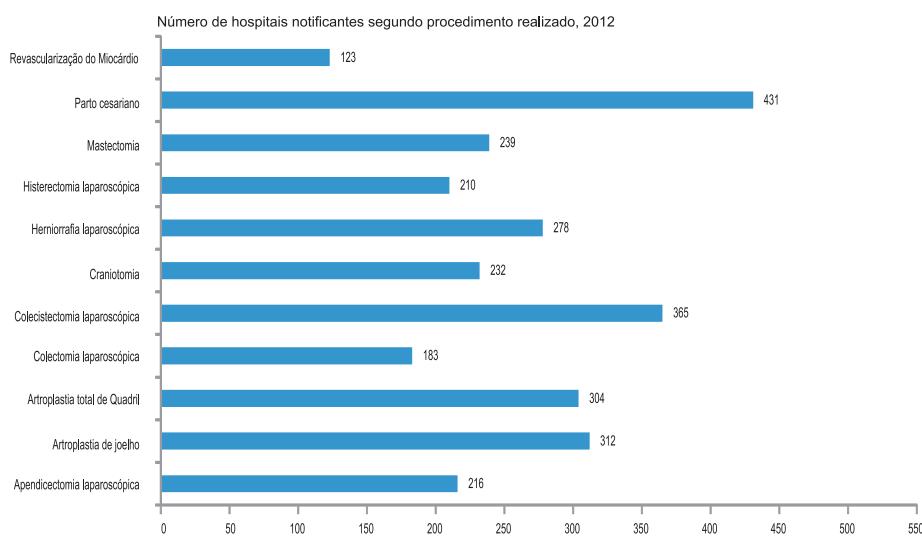


Figura 8. Número de Hospitais Notificantes segundo procedimento cirúrgico realizado ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo, 2012

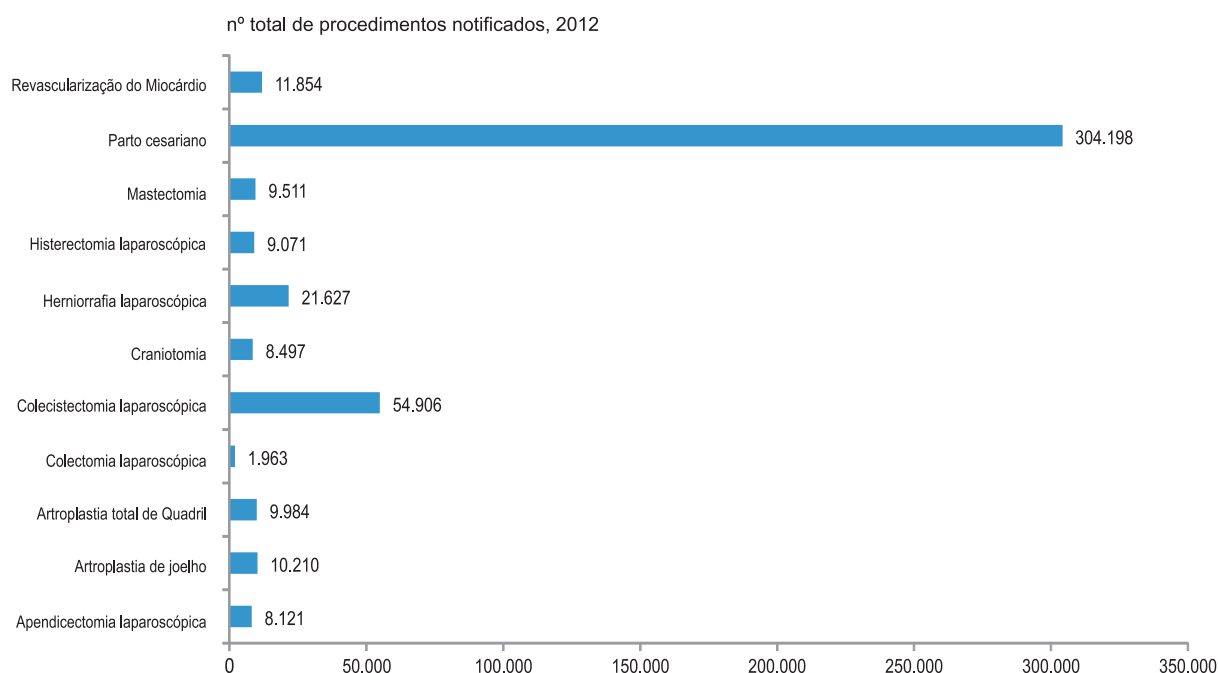


Figura 9. Número de procedimentos cirúrgicos realizados notificados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo, 2012

2) Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico segundo procedimentos selecionados (Tabela 1)

Tabela 1. Distribuição das Taxas de Infecção de Sítio Cirúrgico segundo procedimento cirúrgico em Percentis, Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo tipo de Planilha, 2012

Procedimentos	Taxa de ISC									
	nº hospitalais	nº total de procedimentos	nº total de infecções	% hosp c/ VPA	p10	p25	P50 (Mediana)	p75	p90	valor máximo
Apendicectomia laparoscópica	216	8121	102	36,1%	0,00	0,00	0,00	0,00	3,57	100,00
Artroplastia de joelho	312	10.210	268	38,8%	0,00	0,00	0,00	2,21	7,97	33,33
Artroplastia total de Quadril	304	9.984	330	37,5%	0,00	0,00	0,00	3,87	10,47	57,14
Colecotomia laparoscópica	183	1.963	24	37,7%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60,00
Colecistectomia laparoscópica	365	54.906	169	34,8%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,12	33,33
Craniotomia	232	8.497	538	37,5%	0,00	0,00	0,00	6,85	12,94	100,00
Herniorrafia laparoscópica	278	21.627	123	36,3%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,71	100,00
Histerectomia laparoscópica	210	9.071	80	36,2%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,85	16,67
Mastectomia	239	9.511	201	36,8%	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00	100,00
Parto cesariano	431	304.198	2185	33,6%	0,00	0,00	0,19	0,79	2,05	15,12
Revascularização do Miocárdio	123	11.854	817	56,1%	0,00	0,00	4,10	9,08	16,49	100,00

Série Histórica de Indicadores Epidemiológicos em UTI Adulto (percentil 50 das principais infecções relacionadas à assistência a saúde associadas a dispositivos invasivos)

A série histórica da mediana das taxas de infecção associada a dispositivos invasivos em UTI Adulto mostra tendência a queda nas taxas de infecção de trato urinário e pneumonia. Já as taxas de infecção de corrente

sanguínea mostram-se estabilizadas. Diante desta observação, a Divisão de Infecção Hospitalar desenvolveu um projeto para redução de infecção de corrente sanguínea nessas unidades no período de 2011 a 2012. Esse projeto teve a participação de 56 hospitais voluntários mostrando impacto na redução das taxas de infecção e será ampliado para mais 105 hospitais em 2014. (Figuras 10 e 11)

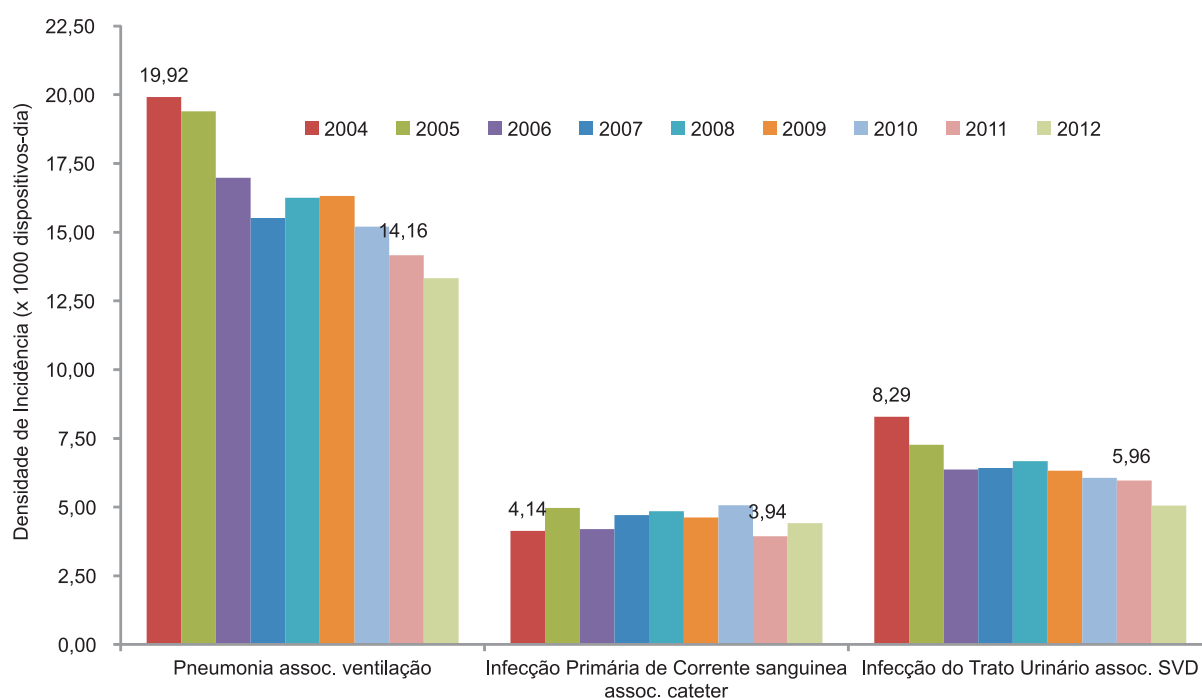
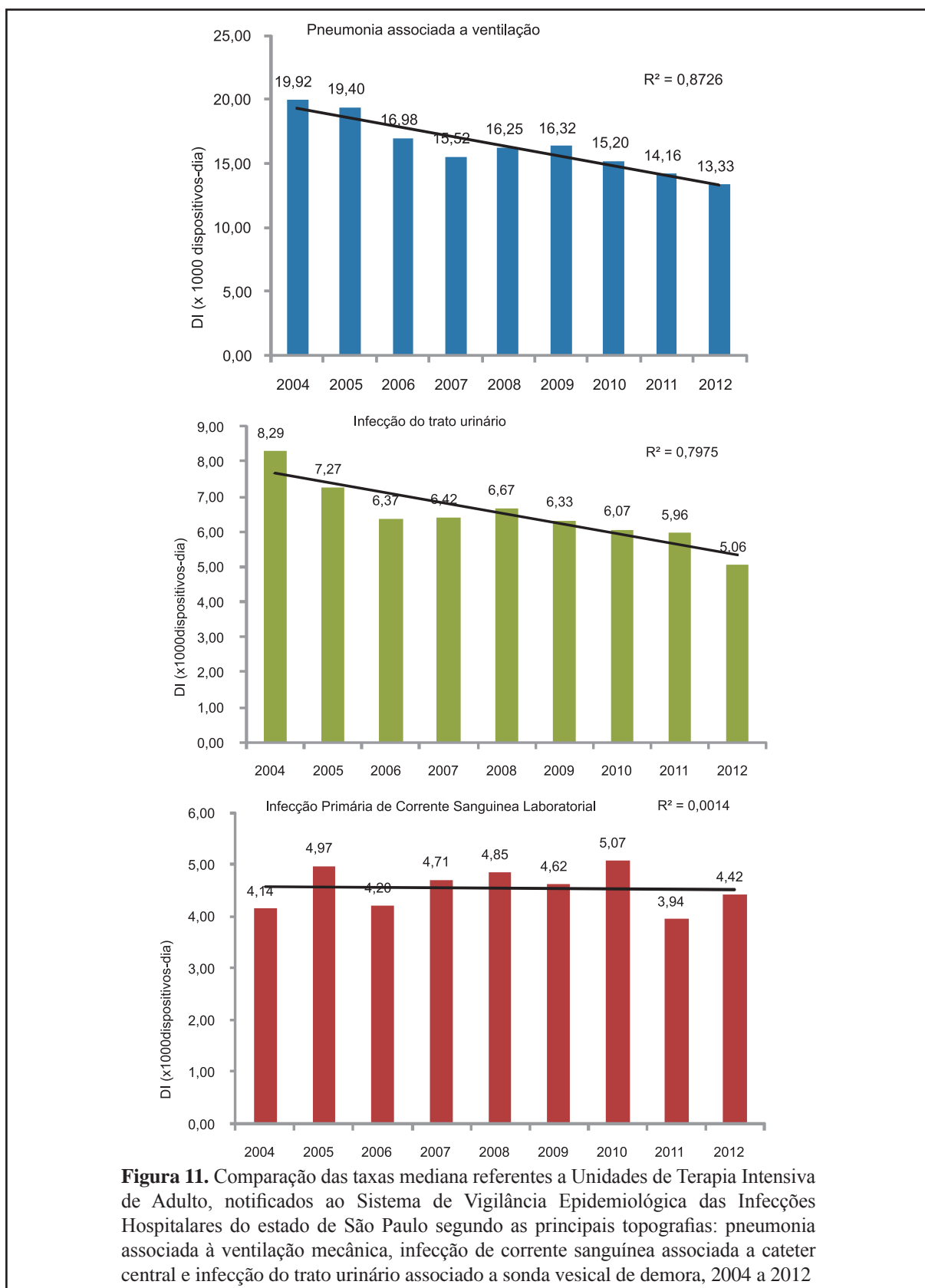


Figura 10. Série Histórica dos Indicadores Epidemiológicos (mediana das densidades de incidência x 1000 dispositivos-dia) referentes a Unidades de Terapia Intensiva de Adulto, notificados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo as principais topografias: pneumonia associada a ventilação mecânica, infecção de corrente sanguínea associada a cateter central (sepse) e infecção do trato urinário associado a sonda vesical de demora, 2004 a 2012

Avaliação da comparação das medianas das taxas de IH em UTI Adulto, 2004 a 2012



Densidades de Incidência de Infecções associadas a dispositivos Invasivos e Taxas de Utilização de Dispositivos, UTI Neonatal, Ano 2012. (n=199)

Tabela 2. Distribuição das Taxas em percentis das Infecções relacionadas à assistência em unidades de terapia intensiva neonatal segundo topografia, Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo tipo de Planilha, 2012

Pneumonia associada a ventilação mecânica (x1000 ventiladores-dia)					
Faixa de Peso (g)	Percentil				
	10	25	50	75	90
<750	0,00	0,00	0,00	3,79	9,26
750-999	0,00	0,00	0,00	3,64	10,90
1000-1499	0,00	0,00	0,00	7,94	14,64
1500-2499	0,00	0,00	0,00	4,19	14,71
>2500	0,00	0,00	0,00	4,44	13,06
IPCS Laboratorial associada a cateter central (x 1000 cateteres-dia)					
Faixa de Peso (g)	Percentil				
	10	25	50	75	90
<750	0,00	0,00	7,84	18,66	28,25
750-999	0,00	0,00	7,91	17,20	23,10
1000-1499	0,00	0,00	8,33	14,41	25,46
1500-2499	0,00	0,00	6,65	14,88	23,42
>2500	0,00	0,00	4,62	13,35	25,76
IPCS Clínica associada a cateter central (x 1000 cateteres-dia)					
Faixa de Peso (g)	Percentil				
	10	25	50	75	90
<750	0,00	0,00	0,00	10,18	22,06
750-999	0,00	0,00	0,00	10,18	19,91
1000-1499	0,00	0,00	2,37	8,74	18,16
1500-2499	0,00	0,00	1,51	9,61	20,97
>2500	0,00	0,00	0,00	6,60	14,09
Taxa de utilização de Ventilação mecânica (%)					
Faixa de Peso (g)	Percentil				
	10	25	50	75	90
<750	44,53	56,64	75,17	91,75	98,99
750-999	25,96	40,33	50,25	65,99	81,92
1000-1499	9,91	16,51	28,11	39,46	52,32
1500-2499	4,57	9,03	16,54	27,98	42,04
>2500	5,32	11,31	23,28	35,55	48,16
Taxa de utilização de Cateter Central/Umbilical (%)					
Faixa de Peso (g)	Percentil				
	10	25	50	75	90
<750	33,02	48,08	66,88	90,58	100,00
750-999	29,51	43,71	63,63	80,39	94,45
1000-1499	20,06	35,30	52,43	71,12	86,36
1500-2499	12,09	26,39	43,52	60,56	75,96
>2500	9,50	23,14	44,91	60,87	73,89

Principais agentes de IRAS e Resistência Microbiana, UTI Adulto, 2012

A resistência microbiana vem sendo tratada como um problema de saúde pública devido ao seu impacto no tratamento dos pacientes internados, principalmente em unidades de terapia

intensiva. Os dados do Estado mostram aumento crescente da resistência em *A. baumannii*, *S.coagulase* negativo e *S.aureus* isolados em amostras de hemoculturas, sendo um problema mais preocupante do que as cepas de *Klebsiella* produtoras de KPC. (Figuras 12 e 13)

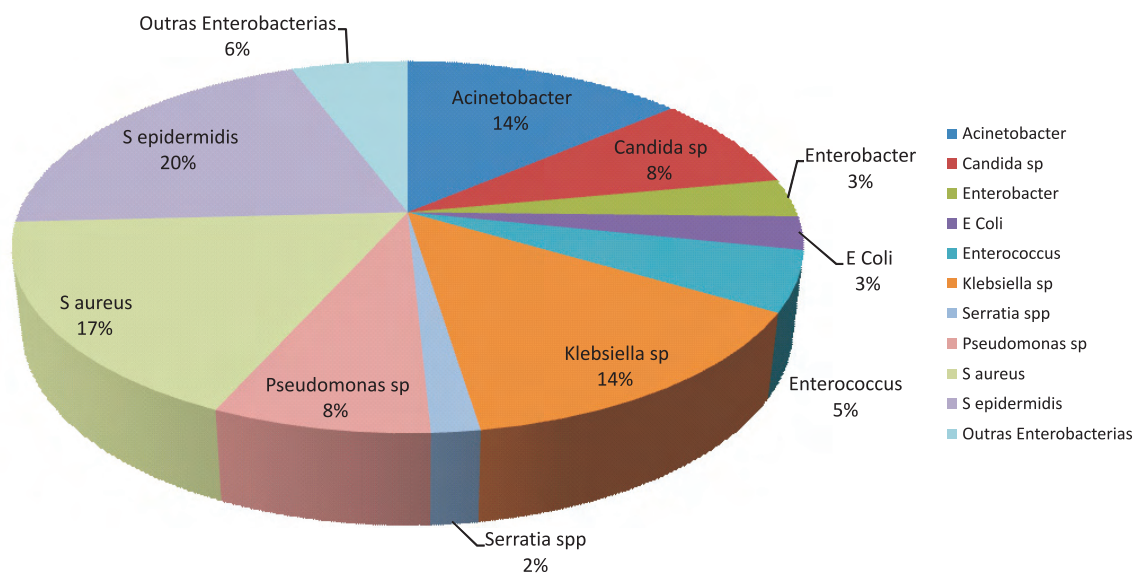


Figura 12. Microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IH notificados ao SVEIH, percentual acumulado, 2005 a 2012

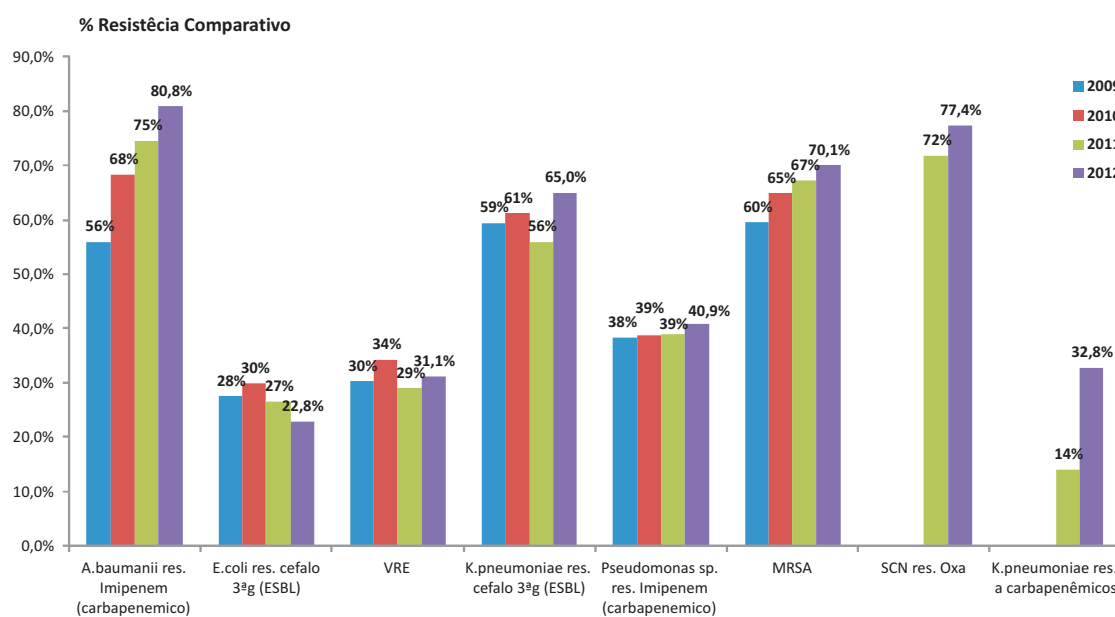


Figura 13. Percentual de resistência dos principais agentes multirresistentes isolados em hemoculturas de pacientes com IH, notificados ao SVEIH, 2009 a 2012

Hospitais Psiquiátricos e Longa Permanência

Hospitais Notificantes, 2005 a 2012 e Tipo de Hospital notificante em 2012

O número de hospitais notificantes do tipo Longa Permanência (LP) e Psiquiátricos ao SVEIH foram aumentando ao longo dos anos, com 84 hospitais em 2012, sendo 35 LP e 49 Psiquiátricos (Figura 14).

As taxas de IH observadas em hospitais psiquiátricos e de longa permanência foram baixas, sendo importante a avaliação de subnotificação. A subnotificação pode ser

resultado da dificuldade de aplicação dos critérios diagnósticos, uma vez que estas instituições caracterizam-se por escassos recursos diagnósticos disponíveis com dificuldades de acesso a exames laboratoriais e radiológicos, prontuários médicos incompletos e número de profissionais por paciente inferior aos dos hospitais gerais. Entretanto, a vigilância de infecções nestas instituições é importante considerando suas altas taxas de microrganismos multirresistentes com potencial de disseminação para hospitais gerais que são retaguarda para atendimento de urgência e emergência dos seus pacientes (Figuras 15 e 16).

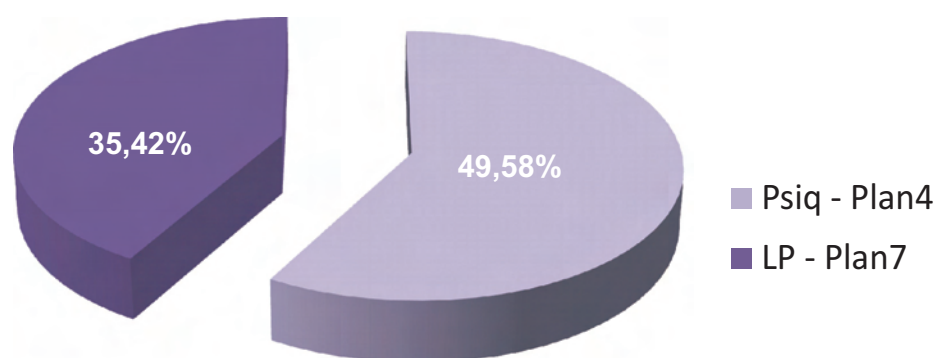
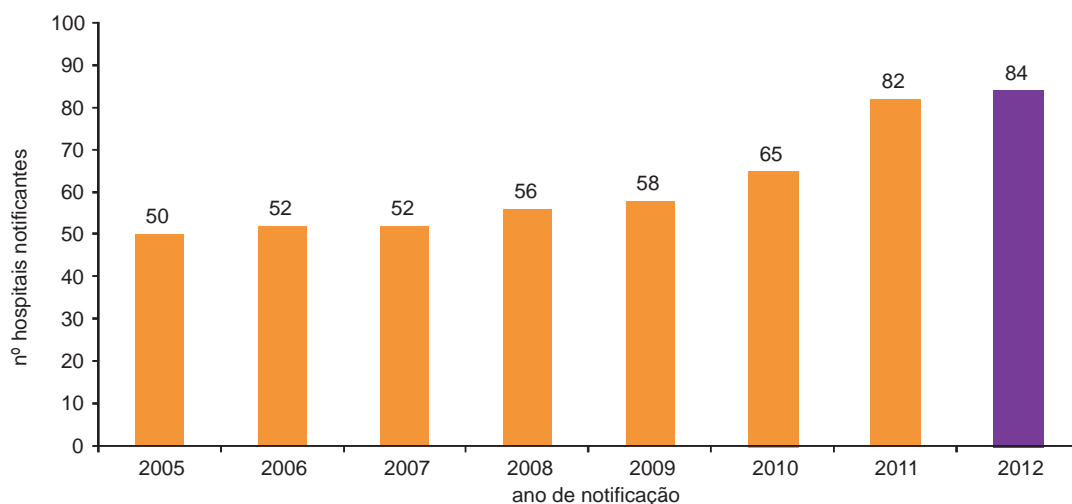


Figura 14. Hospitais Notificantes do tipo Longa Permanência (n=35) e Psiquiátricos (n=49), SVEIH, 2005 a 2012

Mediana das Taxas de Infecção em Hospitais Psiquiátricos, 2005 a 2012

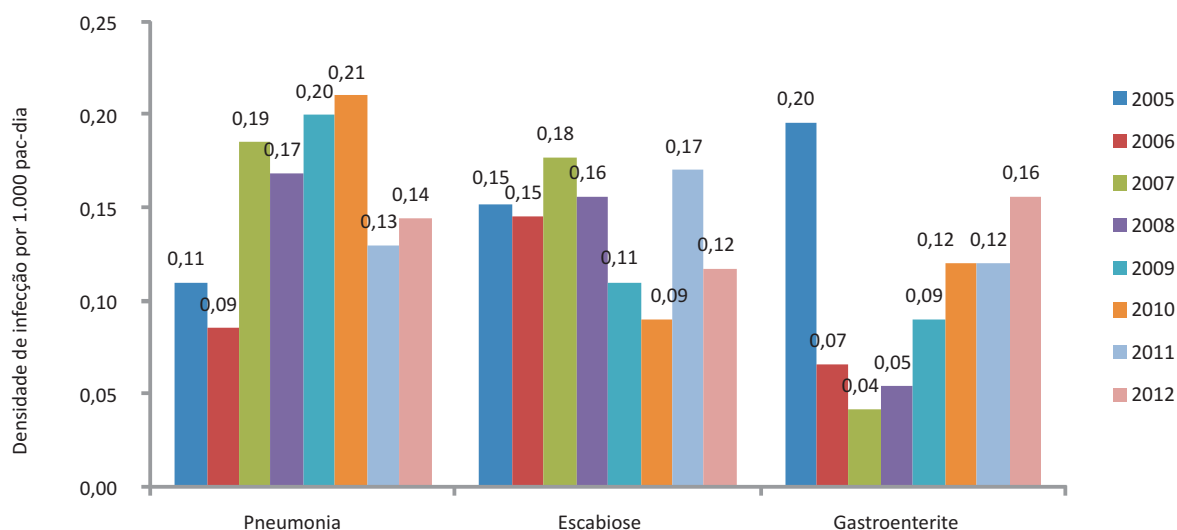


Figura 15. Série Histórica dos Indicadores Epidemiológicos (mediana das densidades de incidência x 1000 pacientes-dia) referentes a Hospitais Psiquiátricos, notificados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo as principais topografias: pneumonia, escabiose e gastroenterite, 2005 a 2012

Medianas de Taxas de Infecção em Hospitais de Longa Permanência, 2011 e 2012

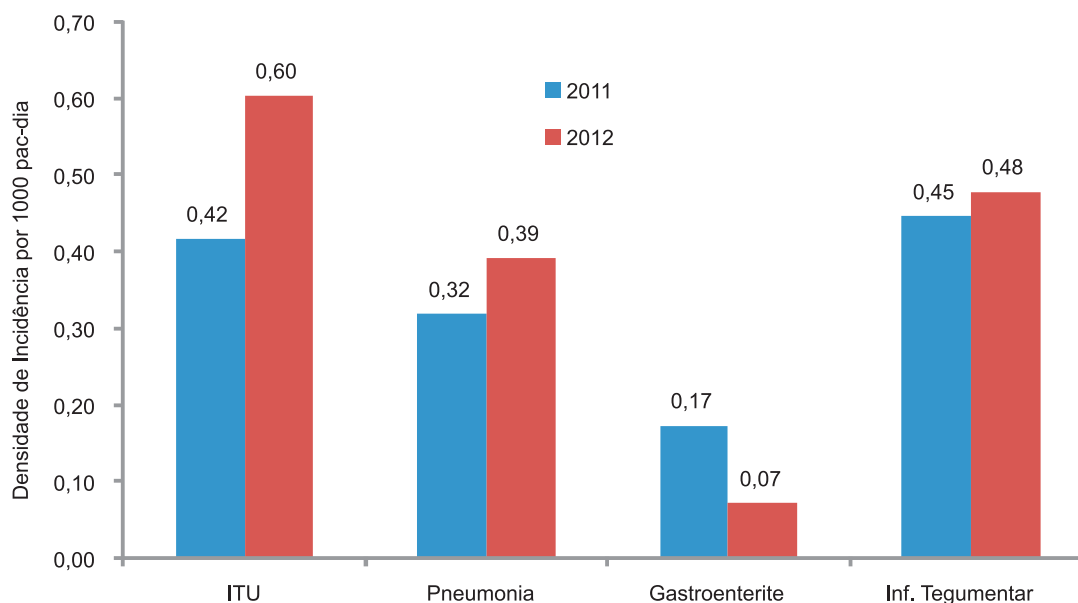


Figura 16. Indicadores Epidemiológicos (mediana das densidades de incidência x 1000 pacientes-dia) referentes a Hospitais de Longa Permanência, notificados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do estado de São Paulo segundo as principais topografias: Infecção do trato urinário (ITU), pneumonia, gastroenterite e Infecção Tegumentar, 2011 e 2012

CONCLUSÃO

O Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo vem sendo modelo para sistemas de outros Estados e para o nível federal, considerando sua alta taxa de adesão, a consistência dos dados e as informações extraídas a partir dos dados notificados.

Projetos estaduais para prevenção de infecção hospitalar foram definidos tendo como base os dados notificados, como o Projeto Provita, realizado em 2007, com a produção de folders e cartazes enfocando medidas específicas para a prevenção das infecções cirúrgicas e o Projeto Estadual para a Redução de Infecção de Corrente Sanguínea em UTI Adulto em 2011/2012.

Além disso, o banco de dados estadual tem servido de campo para pesquisas desenvolvidas em parceria com a Faculdade de Medicina da USP/SP e a Escola de Enfermagem da USP-SP. Estas pesquisas têm sido importantes para a discussão de políticas públicas para a prevenção de infecção hospitalar e segurança do paciente.

A manutenção do sistema só é possível graças à parceria com os GVEs e municípios que trabalham de forma contínua em capacitações para coleta e análise de dados.

Equipe Técnica

Denise Brandão de Assis – Diretora Técnica.
Geraldine Madalosso. Silvia Alice Ferreira.
Yara Yatiyo Yassuda. Zuleida Monteiro da Silva Polachini.

Bibliografia Consultada

1. 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.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Unifesp. Módulo 2 – Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. In: Curso de infecção relacionada a assistência à saúde. IrAS – versão 1.0. São Paulo, 2004.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica Conjunta SVS/MS e Anvisa nº 01/2009. Infecções por micobactérias de crescimento rápido: fluxo de notificação, diagnósticos clínico, microbiológico e tratamento [acesso em 14 abr 2014]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/hotsite_micobacteria/index.htm
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Neonatologia: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília-DF, setembro 2010 (2a versão) [acesso em 14 abr 2014]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/aa863580492e0b81b23ab314d16287af/manual_neonatologia-%2B03-09-2010-%2Bnovo.pdf?MOD=AJPERES

5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Corrente sanguínea: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília-DF, setembro 2009 [acesso em 14 abr 2014]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7638ae0049e9c026b96bbf6dcbd9c63c/manual_corrente_sanguinea.pdf?MOD=AJPERES
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Infecção de corrente sanguínea: orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea. Brasília-DF, Setembro 2010 [acesso em 14 abr 2014]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef02c3004a04c83ca0fda9aa19e2217c/manual+Final+preven%C3%A7%C3%A3o+de+infec%C3%A7%C3%A3o+da+corrente.pdf?MOD=AJPERES>
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Trato respiratório: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Setembro 2009 [acesso em 14 abr 2014]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1b8c6200492e1964b286b314d16287af/trato%2Brespiratorio+setembro+2009.pdf?MOD=AJPERES>
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 312, de 2 de maio de 2002. Padronização da nomenclatura no censo hospitalar. Diário Oficial da União. 03 maio 2002;Seção 1.
9. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 2616, de 12 de maio de 1998. Expediente, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União. 13 maio 1998;Seção 1:133.
10. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares no Estado de São Paulo - 2004. BEPA. Bol. epidemiol. paul. [periódico na internet]. 2006; 3: 27 [acesso em 14 abr 2014]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/ih/ih_dados04.pdf
11. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”. Manual de orientações e critérios diagnósticos. Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Revisão janeiro de 2013. [acesso em 14 abr 2014]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/ih/pdf/ih13_manualsve_hospgeral_crit_diag.pdf
12. Edwards JR, Peterson KD, Mu Y, Banerjee S, Allen-Bridson K, Morrell G et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. Am J Infect Control. 2009;37:783-805.
13. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Deliberação CIB 116, de 14 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado. 21 set 2006.
14. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control. 2008;36:309-32.
15. Horan TC, Gaynes RP. Surveillance of nosocomial infections. In: Mayhall CG, editor. Hospital epidemiology and infection control. 3.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004;1659-702.
16. Mangram, AJ et al. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;10(4):247-80.

17. McGeer A, Campbell B, Emori TG et al. Definitions of infection for surveillance in long-term care facilities. *Am J Infect Control*. 1991;19(1):1-7.
18. Ramos SRTS. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. In: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Diagnóstico e prevenção de infecção hospitalar em neonatologia. 2002. p.6-19.
19. Smith PW, Rusnak PG. Infection prevention and control in the long-Term-care facility. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1997;18: 831-49.
20. Strausbaugh LJ, Jiseph C. Epidemiology and prevention of infections in residents of long term care facilities. In: Mayhall CG. *Hosp epidemiol infect control*. 2.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1999. p. 1461-79.
21. World Health Organization. Department of Communicable Disease, Surveillance and Response. Prevention of hospital acquired infections. A practical guide. 2.ed [acesso em 14 abr 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whocdscsreph200212.pdf>

ANEXO 1

Planilhas de Notificação de Indicadores de Infecção hospitalar- Ano 2012

Planilha de Identificação do Hospital

REGISTRO DE INFECÇÕES HOSPITALARES	
ANO DE NOTIFICAÇÃO:	2012
HOSPITAL:	
CNES:	
NATUREZA DO HOSPITAL: (X)	SE PÚBLICO, QUAL ESFERA DE GOVERNO? (X)
PÚBLICO <input type="checkbox"/>	FEDERAL <input type="checkbox"/>
PRIVADO <input type="checkbox"/>	ESTADUAL <input type="checkbox"/>
FILANTRÓPICO <input type="checkbox"/>	MUNICIPAL <input type="checkbox"/>
É CONVENIADO SUS? (X)	NÚMERO DE LEITOS: (Nº)
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>
É INSTITUIÇÃO DE ENSINO? (X)	UTI ADULTO <input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	UTI CORONARIANA <input type="checkbox"/>
	UTI PEDIATRICA <input type="checkbox"/>
	UTI NEONATAL <input type="checkbox"/>
CCIH realiza vigilância de infecções cirúrgicas pós-alta? (X)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Em caso afirmativo, informar o método:	
busca telefônica:	<input type="checkbox"/>
carta pré-selada para paciente dar retorno dos sintomas:	<input type="checkbox"/>
ambulatório com acompanhamento de um membro da CCIH:	<input type="checkbox"/>
outro: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
PRESIDENTE DA CCIH:	
MUNICÍPIO:	
GVE:	
RESPONSÁVEL NO MUNICÍPIO:	
RESPONSÁVEL NO GVE:	

Planilha 1 - Infecção de Sítio Cirúrgico em cirurgias limpas

IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.			
Indicação: indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam cirurgias limpas.			
Indicador que será gerado: taxa de incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (%)			
Fórmula de cálculo: nº total de infecções de sítio cirúrgico (ISC / CL) x 100			
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.			
Janeiro			
Especialidade cirúrgica	Número total de infecções de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (ISC)	Número de cirurgias limpas realizadas (CL)	ISC/CL (%)
CCARD			#DIV/0!
CGERA			#DIV/0!
CIRPE			#DIV/0!
CIVAS			#DIV/0!
GASCI			#DIV/0!
GINEC			#DIV/0!
NEUCI			#DIV/0!
ORTOP			#DIV/0!
PLAST			#DIV/0!
TORAX			#DIV/0!
UROCI			#DIV/0!
Total	0	0	#DIV/0!
Fevereiro			
Especialidade cirúrgica	Número de infecções de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (ISC)	Número de cirurgias limpas realizadas (CL)	ISC/CL
CCARD			#DIV/0!
CGERA			#DIV/0!
CIRPE			#DIV/0!
CIVAS			#DIV/0!
GASCI			#DIV/0!
GINEC			#DIV/0!
NEUCI			#DIV/0!
ORTOP			#DIV/0!
PLAST			#DIV/0!
TORAX			#DIV/0!
UROCI			#DIV/0!
Total	0	0	#DIV/0!

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam cirurgias limpas.

Planilha 1B - Infecção de sítio cirúrgico em procedimentos cirúrgicos selecionados

IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.				
Indicação: indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam os seguintes procedimentos:				
apendicectomia laparoscópica, artroplastia de joelho, artroplastia total de quadril, colectomia laparoscópica, colecistectomia laparoscópica, craniotomia, herniorrafia/hernioplastia laparoscópica, histerectomia laparoscópica, mastectomia, parto cesariano e revascularização do miocárdio.				
Indicador que será gerado: Taxa de Incidência de infecção de sítio cirúrgico segundo procedimento (%)				
Fórmula de cálculo: nº total de infecções de sítio cirúrgico (ISC)/nº total de procedimentos realizados x 100				
Preencher com (X) se realiza Vigilância pós-alta por procedimentos				
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.				
Janeiro				
Procedimento cirúrgico	Número total de infecções de sítio cirúrgico (ISC)	Número de procedimentos cirúrgicos realizados	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico (%)	Vigilância pós-alta
Apendicectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Artroplastia de joelho			#DIV/0!	
Artroplastia Total de Quadril			#DIV/0!	
Colectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Colecistectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Craniotomia			#DIV/0!	
Herniorrafia/hernioplastia laparoscópica			#DIV/0!	
Histerectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Mastectomia			#DIV/0!	
Parto cesariano			#DIV/0!	
Revascularização do miocárdio			#DIV/0!	
Fevereiro				
Procedimento cirúrgico	Número total de infecções de sítio cirúrgico (ISC)	Número de procedimentos cirúrgicos realizados	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico (%)	Vigilância pós-alta
Apendicectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Artroplastia de joelho			#DIV/0!	
Artroplastia Total de Quadril			#DIV/0!	
Colectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Colecistectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Craniotomia			#DIV/0!	
Herniorrafia/hernioplastia laparoscópica			#DIV/0!	
Histerectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Mastectomia			#DIV/0!	
Parto cesariano			#DIV/0!	
Revascularização do miocárdio			#DIV/0!	

Indicação: deve ser preenchida para notificação das ISC, por hospitais e clínicas-dia que realizam as seguintes cirurgias: apendicectomia, artroplastia do joelho, artroplastia total do quadril, colecistectomia, colectomia, craniotomia, herniorrafia/hernioplastia, histerectomia, mastectomia, parto cesárea e revascularização do miocárdio (Quadro 22)

Planilha 2 - Infecção em Unidade de Terapia Intensiva de Adulto, Coronariana e Pediátrica

IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.									
Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo Adulto (UTI); Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIPE)									
Observação: Hospitais que possuem mais do que uma UTI geral, numerá-las de 1 a 4 e reportar cada UTI sempre no mesmo número.									
Indicadores que serão gerados:									
a) densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (DIPN X VM)									
b) densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter central: com confirmação laboratorial e clínica (DI IPCS Laboratorial X CT e DI IPCS Clínica x CT)									
c) densidade de incidência de infecções urinárias associadas a sonda vesical de demora (DI IU X SV)									
d) taxa de utilização de ventilador mecânico (TX VM)									
e) taxa de utilização de cateter central (TX CT)									
f) taxa de utilização de sonda vesical (TX SV)									
Fórmulas de cálculo:									
a) $(PN / VM) \times 1000$									
b) $(IPCS \text{ Laboratorial} / CT) \times 1000$ e $(IPCS \text{ Clínica} / CT) \times 1000$									
c) $(IU / SV) \times 1000$									
d) $(VM / \text{Pacientes-dia}) \times 100$									
e) $(CT / \text{Pacientes-dia}) \times 100$									
f) $(SV / \text{Pacientes-dia}) \times 100$									
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.									
Janeiro									
Unidade	PN (Número de pneumonias associadas a ventilador mecânico)	IPCS Laboratorial (Número de IPCS laboratorial associada a cateter central)	IPCS Clínica (Número de IPCS clínica associada a cateter central)	IU (Número de infecções urinárias associadas a sonda vesical de demora)	VM (Número de pacientes com ventilador mecânico/dia)	CT (Número de pacientes com cateter central / dia)	SV (Número de pacientes com sonda vesical de demora / dia)	Pacientes-dia	
UTI - 1									
UTI - 2									
UTI - 3									
UTI - 4									
UCO									
UTIPE									
Unidade	DI PN X VM	DI IPCS Lab X CT	DI IPCS Clin X CT	DI IU X SV	TX VM	TX CT	TX SV		
UTI - 1	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		
UTI - 2	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		
UTI - 3	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		
UTI - 4	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		
UCO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		
UTIPE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo Adulto (UTI); Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIPE).

Planilha 3 - Infecção em UTI Neonatal

IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.						
Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais que possuem UTI NEONATAL						
Indicadores que serão gerados:						
a) densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica, estratificada por peso ao nascer (DI PN X VM)						
b) densidades de incidência de infecção primária da corrente sanguínea com confirmação laboratorial (DI IPCS Lab) e clínica (DI IPCS Clin) associadas a cateteres centrais/umbilicais, estratificadas por peso ao nascer (DI IPCS Lab x CT e DI IPCS Clin x CT)						
c) taxa de utilização de ventilador mecânico, estratificada por peso ao nascer (TX VM)						
d) taxa de utilização de cateter central/umbilical, estratificada por peso ao nascer (TX CT)						
Fórmula de cálculo:						
a) $(PN / VM) \times 1000$						
b) $(IPCS \text{ Lab} / CT) \times 1000$; $(IPCS \text{ Clínica} / CT) \times 1000$						
c) $(VM / \text{Pacientes-dia}) \times 100$						
d) $(CT / \text{Pacientes-dia}) \times 100$						
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.						
Janeiro						
Faixa de Peso ao nascer	PN (Número de pneumonias associadas ao uso de ventilador mecânico)	IPCS Laboratorial (Número de IPCS Laboratorial associada a cateter central)	IPCS Clínica (Número de IPCS Clínica associada a cateter central)	VM (Número de pacientes com ventilador mecânico/dia)	CT (Número de pacientes com cateter central/dia)	Pacientes-dia
A- <750g						
B- 750-999g						
C- 1000-1499g						
D- 1500-2499g						
E- >=2500g						
Peso ao nascer	DI PN X VM	DI IPCS Lab X CT	DI IPCS Clin X CT	TX VM	TX CT	
A- <750g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
B- 750-999g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
C- 1000-1499g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
D- 1500-2499g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
E- >=2500g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais que possuem Berçário de Alto Risco ou UTI Neonatal

Planilha 5 – Hemoculturas de UTI Adulto e Coronariana

<p>IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.</p> <p>Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem as seguintes unidades (ou todas): UTI Adulto e ou Unidade Coronariana (UCO).</p> <p>Os dados de hemoculturas referem-se a INFEÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)</p> <p>Os dados a serem preenchidos são o número de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS</p> <p>Indicadores que serão gerados:</p> <p>a) Distribuição percentual de micro-organismos isolados de hemoculturas de pacientes com IPCS na UTI Adulto</p> <p>b) Densidade de Incidência de IPCS por micro-organismos isolados por 1000 pacientes-dia em UTI Adulto</p> <p>c) Distribuição percentual de micro-organismos isolados de hemoculturas de pacientes com IPCS na UCO</p> <p>d) Densidade de Incidência de IPCS por micro-organismos isolados por 1000 pacientes-dia na UCO</p> <p>Formula de cálculo:</p> <p>a) n. de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS/ total de micro-organismos isolados em pacientes com IPCS na UTI Adulto x 100</p> <p>b) n. de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS / n. pacientes-dia na UTI Adulto x 1000</p> <p>c) n. de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS/ total de micro-organismos isolados em pacientes com IPCS na UCO x 100</p> <p>d) n. de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS / n. pacientes-dia na UCO x 1000</p> <p>Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.</p>				
Janeiro	UTI ADULTO	Nº micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS	Distribuição percentual de micro-organismos	Densidade de incidência por 1000 pac-dia
Micro-organismo				
<i>Acinetobacter baumannii</i> sensível aos carbapenêmicos			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Acinetobacter baumannii</i> resistente aos carbapenêmicos			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Candida albicans</i>			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Candida não albicans</i>			#DIV/0!	#DIV/0!
Positivo para leveduras (preencher somente quando o laboratório não identificar gênero ou espécie)			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterobacter spp</i> sensível a carbapenêmicos e cefalosporina de 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterobacter spp</i> resistente a carbapenêmicos e cefalosporina de 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterobacter spp</i> sensível a carbapenêmicos e resistente a cefalosporina de 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Escherichia coli</i> sensível a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Escherichia coli</i> resistente a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Escherichia coli</i> sensível a carbapenêmico e resistente a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus spp</i> sensível a vancomicina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus spp</i> resistente a vancomicina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus faecalis</i> sensível a vancomicina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus faecalis</i> resistente a vancomicina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus faecium</i> sensível a vancomicina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Klebsiella pneumoniae</i> sensível a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente a carbapenêmicos e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Klebsiella pneumoniae</i> sensível a carbapenêmicos e resistente a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Serratia spp</i> sensível a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Serratia spp</i> resistente a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Serratia spp</i> sensível a carbapenêmicos e resistente a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> sensível a carbapenêmicos			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> resistente aos carbapenêmicos			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível a oxacilina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a oxacilina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível a vancomicina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a vancomicina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i> sensível a oxacilina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i> resistente a oxacilina			#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i> resistente a vancomicina e/ou teicoplanina			#DIV/0!	#DIV/0!
Outras Enterobactérias sensíveis a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
Outras Enterobactérias sensíveis a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
Outras Enterobactérias sensíveis a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração			#DIV/0!	#DIV/0!
Total de micro-organismos isolados em pacientes com IPCS		0		

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto e/ou Unidade Coronariana (UCO).

Planilha 5B – Hemoculturas de UTI Pediátrica e Neonatal

<p>IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.</p> <p>Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem as seguintes unidades (ou todas): UTI Pediátrica e ou UTI Neonatal</p> <p>Os dados de hemoculturas referem-se a INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)</p> <p>Os dados a serem preenchidos são o número de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS</p> <p>Indicadores que serão gerados:</p> <p>a) Distribuição percentual de micro-organismos isolados de hemoculturas de pacientes com IPCS na UTI Pediátrica</p> <p>b) Densidade de Incidência de IPCS por micro-organismos isolados por 1000 pacientes-dia em UTI Pediátrica</p> <p>c) Distribuição percentual de micro-organismos isolados de hemoculturas de pacientes com IPCS na UTI Neonatal</p> <p>d) Densidade de Incidência de IPCS por micro-organismos isolados por 1000 pacientes-dia na UTI Neonatal</p> <p>Fórmula de cálculo:</p> <p>a) n. de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS/total de micro-organismos isolados em pacientes com IPCS na UTI Ped x 100</p> <p>b) n. de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS / n. pacientes-dia na UTI Ped x 1000</p> <p>c) n. de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS/total de micro-organismos isolados em pacientes com IPCS na UTI Neo x 100</p> <p>d) n. de micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS/ n. pacientes-dia na UTI Neo x 1000</p> <p>Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.</p>			
<p>Janeiro</p>		<p>UTI PEDIÁTRICA</p>	<p>Densidade de incidência por 1000 pac-dia</p>
<p>Micro-organismo</p>	<p>Nº micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS</p>	<p>Distribuição percentual de micro-organismos</p>	<p>Densidade de incidência por 1000 pac-dia</p>
<i>Acinetobacter baumannii</i> sensível aos carbapenêmicos		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Acinetobacter baumannii</i> resistente aos carbapenêmicos		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Candida albicans</i>		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Candida não albicans</i>		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Positivo para leveduras</i> (preencher somente quando o laboratório não identificar gênero ou espécie)		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterobacter spp</i> sensível a carbapenêmicos e cefalosporina de 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterobacter spp</i> resistente a carbapenêmicos e cefalosporina de 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterobacter spp</i> sensível a carbapenêmicos e resistente a cefalosporina de 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Escherichia coli</i> sensível a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Escherichia coli</i> resistente a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Escherichia coli</i> sensível a carbapenêmico e resistente a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus spp</i> sensível a vancomicina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus spp</i> resistente a vancomicina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus faecalis</i> sensível a vancomicina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus faecalis</i> resistente a vancomicina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus faecium</i> sensível a vancomicina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Klebsiella pneumoniae</i> sensível a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente a carbapenêmicos e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Klebsiella pneumoniae</i> sensível a carbapenêmicos e resistente a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Serratia spp</i> sensível a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Serratia spp</i> resistente a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> sensível a carbapenêmicos		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> resistente aos carbapenêmicos		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível a oxacilina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a oxacilina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível a vancomicina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a vancomicina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i> sensível a oxacilina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i> resistente a oxacilina		#DIV/0!	#DIV/0!
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i> resistente a vancomicina e/ou teicoplanina		#DIV/0!	#DIV/0!
Outras Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
Outras Enterobactérias sensíveis a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
Outras Enterobactérias sensíveis a carbapenêmicos e resistentes a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!	#DIV/0!
Total de micro-organismos isolados em pacientes com IPCS	0		

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica e/ou Neonatal.

Planilha 6 – Parte I - Consumo Mensal de Antimicrobianos – Cálculo de Dose Diária Dispensada (DDD)

IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.					
Indicação: preenchimento indicado para hospitais gerais que possuem pelo menos uma das seguintes unidades (ou ambas): UTI Adulto (UTIA) e Unidade Coronariana (UTIC)					
Indicador que será gerado: DDD (dose diária dispensada) por 1000 pacientes-dia para cada antimicrobiano consumido nas UTI Adulto (UTIA) e Unidade Coronariana (UTIC)					
Fórmula de cálculo: $((A/B)/P) \times 1000$					
A= Total do antimicrobiano consumido em gramas (g)					
B= Dose diária padrão do antimicrobiano calculado em gramas para adulto de 70kg sem Insuf Renal (OMS)					
P= Pacientes-dia					
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.					
Janeiro		UTIA		UTIC	
Nome genérico do antimicrobiano	Apresentação	nº unidades	Total (g)	nº unidades	Total (g)
Ampicilina-sulbactam (base sulbactam)	FR AMP 1,5G		0		0
Ampicilina-sulbactam (base sulbactam)	FR AMP 3G		0		0
Cefepima	FR AMP 1G		0		0
Cefepima	FR AMP 2G		0		0
Cefotaxima	FR AMP 1G		0		0
Ceftazidima	FR AMP 1G		0		0
Ceftriaxone	FR AMP 1G		0		0
Ciprofloxacina	CP 250 MG		0		0
Ciprofloxacina	FR AMP 200 MG		0		0
Ciprofloxacina	CP 500 MG		0		0
Ertapenem	FR AMP 1G		0		0
Imipenem	FR AMP 250 MG		0		0
Imipenem	FR AMP 500 MG		0		0
Levofloxacina	FR AMP 250 MG		0		0
Levofloxacina	FR AMP 500 MG		0		0
Levofloxacina	CP 250 MG		0		0
Levofloxacina	CP 500 MG		0		0
Linezolida	BOLSA 600 MG		0		0
Linezolida	CP 600 MG		0		0
Meropenem	FR AMP 500 MG		0		0
Meropenem	FR AMP 1G		0		0
Moxifloxacino	BOLSA 400 MG		0		0
Moxifloxacino	CP 400 MG		0		0
Piperacilina-tazobactam (base piperacilina)	FR AMP 4,5G		0		0
Piperacilina-tazobactam (base piperacilina)	FR AMP 2,25G		0		0
Sulfato de Polimixina B	FR AMP 500.000 UI (50 MG)		0		0
Sulfato de Polimixina E	FR AMP 500.000 UI (50 MG)		0		0
Teicoplanina	FR AMP 200 MG		0		0
Teicoplanina	FR AMP 400 MG		0		0
Vancomicina	FR AMP 500 MG		0		0
Vancomicina	FR AMP 1G		0		0

Planilha 4: Hospital Psiquiátrico

IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS				
Indicação: indicado para hospitais de longa permanência e hospitais psiquiátricos				
Indicadores que serão gerados:				
a) densidade de incidência de pneumonia (DI PN)				
b) densidade de incidência de escabiose (DI ES)				
c) densidade de incidência de gastroenterite (DI GI)				
Fórmula de cálculo:				
a) (PN / Pacientes-dia) x 1000				
b) (ES / Pacientes-dia) x 1000				
c) (GI / Pacientes-dia) x 1000				
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.				
Janeiro				
Unidade de Internação	PN (pneumonia)	ES (escabiose)	GI (gastroenterite)	Pacientes-dia
Moradores				
Total	0	0	0	0
Unidade de Internação	DI PN	DI ES	DI GI	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Moradores	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Total	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

Planilha 7 - Hospital De Longa Permanência

IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.					
Indicação: indicado para hospitais de longa permanência					
Indicadores que serão gerados:					
a) densidade de incidência de infecção do trato urinário (DI ITU)					
b) densidade de incidência de pneumonia (DI PN)					
c) densidade de incidência de gastroenterite (DI GI)					
d) densidade de incidência de infecção tegumentar (DI IT)					
Fórmula de cálculo:					
a) (ITU / Pacientes-dia) x 1000					
b) (PN / Pacientes-dia) x 1000					
c) (GI / Pacientes-dia) x 1000					
d) (IT / Pacientes-dia) x 1000					
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.					
Janeiro					
Unidade de Internação	ITU (inf. urinária)	PN (pneumonia)	GI (gastroenterite)	IT (inf. tegumentar)	Pacientes-dia
Total	0	0	0	0	0
Unidade de Internação	DI ITU	DI PN	DI GI	DI IT	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Total	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

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

Missão

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

Arbitragem

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

Processo de revisão

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

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

Tipos de artigo

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

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

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

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

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

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

6. Informe epidemiológico – 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; extensão máxima de 5.000 palavras; 15 referências; quatro ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apresentação dos trabalhos

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

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

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

Boletim Epidemiológico Paulista

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 133
Pacaembu – São Paulo/SP – Brasil
CEP: 01246-000
E-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Citações bibliográficas – A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Ao longo

do artigo, o número de cada referência deve corresponder ao número sobrescrito, **colocado sem parênteses e imediatamente após a respectiva citação**. Devem ser numeradas, a partir daí, consecutivamente.

Exemplo:

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

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

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

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

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

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

Exemplos de Referências:

a) Artigos de periódicos:

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

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

b) Livros:

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

A indicação da edição é necessária a partir da segunda.

c) Capítulos de livro:

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

d) Autoria corporativa:

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

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

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

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

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

g) Documentos eletrônicos:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. Síntese de indicadores sociais 2000 [acesso em 5 mar. 2004]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Calendário de vacinas para crianças/2008 [base de dados na internet]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2619&tipo_detalhe=s&print=1
3. Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 25 maio 2004];35:23-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102001000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

h) Legislação:

1. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. Instrução Normativa n. 62, de 26 de agosto de 2003. Oficializa os métodos analíticos oficiais para análises microbiológicas para o controle de produtos de origem animal e água. Diário Oficial da União. 18 set. 2003; Seção 1:14.

2. São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 18 mar. 1999; Seção 1:1.

Casos não contemplados nestas instruções devem ser citados conforme indicação do *Committee of Medical Journals Editors* (Grupo Vancouver), disponível em <http://www.cmje.org>.

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

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

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

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

Instruções aos Autores atualizada em janeiro de 2014

Instruções na íntegra em /resources/ccd/homepage/bepa/instrucoes_aos_autores_2013.pdf



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

