

Distribuição segundo fatores relacionados ao tempo, espaço e pessoas

O tracoma é a doença de maior disseminação no mundo estima-se que 21 milhões de pessoas são afetadas por ela. Constitui-se uma importante causa de cegueira, sendo responsável por aproximadamente 1,9 milhão de casos de deficiência visual e de cegueira. A Organização Mundial de Saúde estima que tenham 2,5 milhões de pessoas necessitando de cirurgia para correção do entropião e triquíase devido a doença.

A faixa etária mais acometida é de crianças de 01 a 09 anos que apresentam a forma ativa da doença. Nas faixas etárias mais altas a prevalência das formas ativas é baixa, entretanto as formas cicatriciais predominam cuja prevalência depende da gravidade da endemia no passado.

O tracoma é geralmente descrito em locais com precárias condições de vida, com inadequadas condições de habitação, grande concentração populacional, precariedade do saneamento básico e baixos níveis educacional e cultural. Outros fatores também relacionados à presença de tracoma em uma comunidade são presença de insetos vetores, deslocamentos populacionais e presença de outras doenças oculares.

Diferentes trabalhos demonstram maior relação com alguns desses fatores de acordo com a estrutura

epidemiológica de cada país, região ou localidade.

Estudo realizado em Bebedouro (SP) em 1986 identificou associação da doença com

- Densidade demográfica de criança de 01 a 09 anos no domicílio;
- Maior número de pessoas dormindo na mesma cama;
- Precariedade no abastecimento de água e coleta de lixo;
- Baixa escolaridade do chefe da família.

Todos estes fatores relacionados em sua maioria a domicílios localizados nas regiões periféricas da cidade demonstram a íntima relação da doença com a estrutura social.

Durante o século passado a prevalência de tracoma era alta em todo mundo. Neste século, a doença foi gradualmente desaparecendo, principalmente, na América do Norte, Europa e Japão. Este desaparecimento foi atribuído muito mais a melhoria das condições de vida do que devido aos programas específicos de intervenção terapêutica.

Epidemiologia

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Desde que haja confirmação da existência de um ou vários casos numa

comunidade (escola, creche, bairro, povoado etc.) deverão ser desencadeadas medidas visando à detecção de casos a ele associados, como a busca ativa de outros casos.

A investigação epidemiológica dos casos de tracoma no Brasil é importante não só para elucidar a situação epidemiológica do caso índice, mas também para fornecer subsídios para o conhecimento do quadro epidemiológico da doença no país, possibilitando o desenho de estratégias de intervenção mais amplas e adequadas às realidades regionais.

A investigação epidemiológica deve dirigir-se, prioritariamente aos domicílios e às instituições educacionais e/ou assistenciais que constituem locais onde existe maior probabilidade de transmissão da doença.

Ação organizada de intervenção em vigilância epidemiológica:

- A partir da detecção de um caso de tracoma, a unidade de saúde com responsabilidade pela área desencadeia medidas pertinentes à vigilância epidemiológica da doença;
- O planejamento de um trabalho conjunto inclui reuniões para pais, funcionários e professores com objetivo de informar a respeito da doença, exames a serem realizados, formas de tratamento e ações educativas;

- A busca ativa de casos é realizada entre alunos, professores e funcionários, com exame ocular. O exame deve ser realizado por profissionais de saúde padronizados para diagnóstico de tracoma, de acordo com a classificação da OMS. Todos os casos de tracoma são notificados e agendados para controle.
- Todos os comunicantes domiciliares são convocados para exame ocular e devem ser tratados. Tratamento familiar.
- Os casos devem ser tratados e controlados periodicamente devido a possibilidade de recidiva da doença.

NOTIFICAÇÃO

O tracoma é de notificação compulsória em todo o Estado de São Paulo.

A suspeita da ocorrência de casos da doença deve ser imediatamente comunicada ao Sistema de Saúde para que medidas de confirmação, tratamento e controle sejam adotadas.

NORMATIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DO TRACOMA

- Essas orientações foram realizadas pela coordenação estadual do programa de tracoma e representantes das regionais de

saúde, em reunião ocorrida de 14 a 15 de abril de 2005. □

- Todos os casos de tracoma folicular (TF) ou tracoma intenso (TI) devem ser tratados com antibiótico, estando associados ou não com tracoma cicatricial (TS). □
- Todo caso de triquíase tracomatosa (TT) ou TS associados a TF/TI deve receber tratamento com antibiótico. Os casos de TT e TS isolados não devem ser tratados.
- Casos de TT/CO – devem ser encaminhados para o serviço de referência em oftalmologia para avaliar as necessidades de cirurgia. □
- Todo caso de TT deve ser encaminhado e acompanhado pelo oftalmologista. A cirurgia será indicada o critério do oftalmologista.
- É necessário intensificar a notificação de casos de TT e CO pelos médicos oftalmologistas □
- Intensificar a divulgação desta orientação. Distribuir manual de tracoma com a informação de notificação. □
- Deve ser realizado exame de todos os comunicantes de casos de tracoma inflamatório (TF/TI). □
- Todo caso de tracoma deve ser notificado no SINAN-NET e

preenchida a ficha de investigação epidemiológica, que deverá ser encaminhada ao CVE.

O tratamento em massa deve ser instituído, se a prevalência de tracoma inflamatório (TF/TI) for igual ou maior que 10% em levantamentos feitos em escolas, distritos, municípios, comunidades e/ou localidades, uma vez ao ano, durante 3 anos consecutivos. Se a prevalência alcançar 30% o tratamento em massa deve ser realizado uma vez ao ano durante 5 anos.

Se a prevalência de tracoma for maior ou igual a 10% em uma sala de aula, deve-se tratar toda a sala de aula. Se a prevalência de tracoma inflamatório (TF/TI) for igual ou maior que 10% na escola, deve-se tratar toda a escola.

Se a prevalência de tracoma inflamatório (TF/TI) for igual ou maior que 10% no distrito, na comunidade e/ou região censitária, deve-se tratar todo o distrito e/ou localidade e/ou região censitária.

Fazer tratamento em massa na família quando tiver um caso de tracoma inflamatório (TF/TI) no domicílio.

A azitromicina é melhor absorvida pelo organismo se for administrada em jejum (1 hora antes das refeições ou 2 horas depois). Porém, não há uma obrigatoriedade de ser em jejum.

Quanto a utilização em gestante e crianças menores de 6 meses, orienta-se

que deve ficar o critério do médico que receitou a medicação.

Orientações para administração da azitromicina

Apresentação da Azitromicina: comprimidos de 500 mg e/ou suspensão de 300 mg, 600 mg e 900 mg.

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo possui em seu estoque azitromicina - comprimidos de 500 mg e suspensão de 600 mg.

Dosagem para uso de suspensão

Dose: 20 mg/kg de peso - Dose única.

Via Oral

Dosagem para uso do comprimido

Dose de 2 comprimidos de 500 mg (1g) em dose única via oral, para adulto \geq 50 kg . Dose máxima 1g

Procedimentos para administração do tratamento

- Pesquisar a criança sem sapato.
- Prescrever a receita médica.
- Seguir a prescrição da receita médica.
- Administrar a medicação, sempre que possível, ou orientar a mãe ou responsável para administrar o medicamento.

Controle de Casos

O primeiro controle será realizado 6 meses após a administração do tratamento com azitromicina.

O segundo controle será realizado 12 meses após o início do tratamento.

Da Alta Clínica do Caso

Deve ser dada alta clínica quando após 6 meses de início do tratamento, não se detectam sinais clínicos do tracoma ativo (TF pelo menos de 5 folículos maiores que 0,5 mm na conjuntiva tarsal superior e/ou TI 50% ou mais vasos tarsais profundos estão obscurecidos pela inflamação conjuntival).

Da Alta por Cura

Deve-se dar alta por cura, quando não se registram sinais clínicos do tracoma ativo (TF/TI), após 6º e 12º mês de início do tratamento.

Recidiva do Caso

Deve-se considerar recidiva quando o caso apresenta sinais de tracoma inflamatório/ativo (TF/TI), após ter recebido alta clínica na visita de controle anterior. Neste caso, deve-se repetir o tratamento.

Reinfecção do caso

Deve-se considerar reinfecção quando o caso recebeu alta por cura e for constatada a presença de sinais clínicos de tracoma em novo exame ocular.

Nesta situação, deve-se registrar o caso, como caso novo e reiniciar todo o processo de registro, tratamento e controle. Lembrar que o caso novo só pode ser registrado se for outro ano.

Do tratamento a Re-tratamento

De acordo com estudos já realizados aproximadamente 30% dos casos de tracoma inflamatório necessitam do Re-tratamento. Nessa situação, deve-se repetir o tratamento com azitromicina a cada visita de controle, caso persistam os sinais clínicos do tracoma inflamatório.

Do Fechamento do Caso

Considera-se encerrado quando o caso recebe alta por cura.

Na evolução do caso, na ficha do SINAN, anotar "1" cura, encerrando assim, o caso.

Ficou acertado que será inserido um código NÃO SE APLICA na parte da evolução para os casos de TT/CO, pois deverá ser preparada uma ficha de acompanhamento.

Histórico

O tracoma continua a ser uma das doenças de maior disseminação no mundo. A Organização Mundial de Saúde estima a existência de 21,4 milhões de pessoas com o tracoma, 8,2 milhões tem triquíase tracomatosa no mundo, dos quais 1,2 milhão são cegos.

O tracoma é reconhecido milenarmente como uma importante causa de cegueira. Referências a sua ocorrência foram encontradas desde os primeiros registros humanos, em diferentes civilizações e momentos

históricos, tais como na China (século XXVII A.C.), Suméria (século XXI A.C.), Egito (século XIX A.C.), Grécia (século V A.C.) e Roma (século I A.C.).

Na Idade Média a doença era abundante no Mundo Islâmico e na Grécia. Com as guerras e as grandes migrações, o tracoma foi trazido para o restante da Europa, onde tornou-se endêmico. A partir da Europa, foi trazido pela colonização para o Continente Americano. Na segunda metade do século XIX e início do século XX, o tracoma achava-se amplamente disseminado em todo o mundo. No decorrer do século XX, com a melhoria das condições de vida, conseqüente, à industrialização e ao desenvolvimento econômico, desapareceu da Europa, América do Norte e Japão.

No entanto, o tracoma continua a ser um importante problema de saúde pública, enquanto causa de morbidade, deficiência visual e cegueira em grande parte dos países subdesenvolvidos, principalmente na África, Oriente Médio, subcontinente Indiano e Sudoeste da Ásia. O tracoma ainda existe também, em menores proporções na América Latina e Oceania.

O TRACOMA NO BRASIL

O tracoma não existia entre as populações nativas do Continente Americano. A doença foi trazida pela colonização e imigração européias. Relata-se que teria sido introduzido no

Brasil a partir do século XVIII, no Nordeste, com a deportação dos ciganos que haviam sido expulsos de Portugal e se estabelecido nas Províncias do Ceará e Maranhão, constituindo-se então os primeiros "focos" de tracoma no país, dos quais o mais famoso foi o "foco do Cariri", no sul do atual Estado do Ceará. Além do "foco do Nordeste", outros dois "focos" teriam contribuído decisivamente para a disseminação do tracoma no país, os "focos de São Paulo e Rio Grande do Sul", que teriam se iniciado com a intensificação da imigração européia para esses dois Estados, a partir da segunda metade do século XIX. Com a expansão da fronteira agrícola em direção ao oeste, o tracoma foi disseminando-se e tornou-se endêmico em praticamente todo o Brasil, sendo encontrado hoje em todo o território nacional.

A primeira medida de controle do tracoma adotada no Brasil foi de iniciativa do Governo do Estado de São Paulo, que em 1904 proibiu a entrada de imigrantes com tracoma no porto de Santos, a exemplo do que era feito nos Estados Unidos. Esta medida, porém, teve vida curta. A pressão dos fazendeiros de café, que necessitavam da mão de obra imigrante, acabou por derrubar a proibição, substituindo-a por uma multa para o dono do navio que trouxesse imigrantes com tracoma. Em 1906, inicia-se em São Paulo a primeira "Campanha Contra o Tracoma" realizada

no país, e em 1914 começam a ser instalados, também em São Paulo, os primeiros serviços especializados em tracoma, os "Postos Anti-tracomatosos".

Em nível nacional, a primeira medida de controle do tracoma foi em 1923, quando foi decretado o "Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública" e foi justamente a proibição do desembarque de imigrantes com tracoma, medida esta que, naquele momento, já era totalmente inócua, pois o mesmo encontrava-se amplamente disseminado no país, e não mais dependia da imigração para sua manutenção.

O Governo Federal iniciou em 1943 a realização da "Campanha Federal Contra o Tracoma", por iniciativa do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Esta Campanha foi incorporada ao "Departamento Nacional de Endemias Rurais - DENERu", quando da sua criação em 1956, e posteriormente à SUCAM (Superintendência Nacional de Campanhas de Saúde Pública), criada em 1970. Em 1990, as atividades de controle do tracoma passaram a fazer parte das atribuições da Fundação Nacional de Saúde - FNS.

O ciclo de desenvolvimento econômico iniciado nos anos cinquenta e que perdura até o "milagre econômico" dos anos setenta teve um profundo impacto na ocorrência do tracoma no Brasil. Observou-se uma diminuição

acentuada no número de casos detectados em todo o país, e chegou-se mesmo a considerar que o tracoma havia sido erradicado em alguns estados, como em São Paulo.

A partir de 1938, o Estado de São Paulo iniciou a implantação de uma rede de serviços especializados em tracoma, os "Dispensários do Tracoma". Esta rede chegou a ter mais de 200 unidades, cobrindo quase a totalidade do Estado, e foi extinta em 1969.

Pouco depois, no início da década de setenta, o tracoma foi considerado erradicado no Estado de São Paulo, sendo que em 1978, na implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica no Estado de São Paulo, o tracoma não foi incluído no elenco de doenças de notificação compulsória.

No início da década de 80 houve aparecimento de casos de tracoma em Bebedouro, município do interior do Estado de São Paulo, o que gerou várias medidas de controle inclusive pesquisas para confirmação da doença.

Foram realizadas diversas investigações em municípios do Estado de São Paulo onde a prevalência encontrada variou de 1,5% em Franco da Rocha (1989), 9,6% em Guaraci (1989) e 18,6% em crianças menores de 10 anos na área rural de Bebedouro (1986).

Entretanto a história não é bem essa. Em que pese a ocorrência real de uma diminuição acentuada na

prevalência e incidência do tracoma em nível nacional, a doença continuou a existir, acometendo majoritariamente as populações mais carentes e desassistidas de todo o país, inclusive nas grandes metrópoles. As ações de vigilância epidemiológica do tracoma, que foram retomadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por exemplo, já detectaram a endemia em mais de 150 municípios do Estado. Alguns municípios apresentam altíssimos coeficientes de prevalência, e continuam a ocorrer complicações e sequelas.

O mito da erradicação teve outros reflexos importantes. Durante as últimas décadas, o diagnóstico do tracoma deixou de ser feito, por falta de capacitação dos médicos, inclusive dos oftalmologistas, devido a falta de contato com pacientes com tracoma, ou ignorância do diagnóstico.

Deve ser ressaltado que, na formação de médicos e especialmente de oftalmologistas, pouca atenção tem sido dada em relação ao tracoma, sendo que em muitas Escolas de Medicina o mesmo continua a ser considerado erradicado.

O Ministério da Saúde, no entanto, vem mantendo as ações de controle nas regiões com maior prevalência, através da Fundação Nacional da Saúde, estando o controle da doença na Gerência Técnica Nacional de Endemias Focais.

Em 1997, a OMS lançou uma iniciativa global, intitulada GET 2020

(*Global Elimination of Trachoma*), recomendando a eliminação do tracoma como causa de cegueira até o ano de 2020. Para isso, foi proposta uma estratégia que combina ações de tratamento com melhorias ambientais e de educação em saúde a estratégia "SAFE"

A OMS propõe a eliminação do tracoma como problema de saúde pública, isto é, não é causador de cegueira, até o ano 2020. Para alcançar este objetivo, preconiza a utilização da estratégia sob o acrônimo em inglês SAFE que significa S – cirurgia dos casos de Triquíase Tracomatosa (TT), A – antibioticoterapia nos casos de tracoma inflamatório (TF e/ou TI), F – higiene facial e E – melhoria no meio ambiente.

Os indicadores epidemiológicos para obtenção da verificação de eliminação do tracoma como problema de saúde pública junto a OMS são:

- menos de um caso de Triquíase Tracomatosa (TT) por 1000 habitantes e
- menos de 5% de tracoma TF e/ou TI em crianças de 1 a 9 anos.

Em 2002 foi realizado um inquérito epidemiológico por amostragem de escolares de 1º a 4º séries do ensino fundamental das escolas públicas, de municípios com IDH abaixo da média nacional, mostrando uma prevalência de 4,1% para o estado de São Paulo, com predominância da forma

clínica de tracoma inflamatório folicular (TF).

Desconhece-se a prevalência de TT, em adultos, apesar de existirem casos sendo tratados e acompanhados pelos serviços de plástica ocular..

Para alcançar a verificação da eliminação do tracoma como problema de saúde pública, o estado de São Paulo precisa provar que em seus subdistritos e municípios a prevalência do tracoma em crianças de um a nove anos é menor que 5%, e a detecção de triquíase tracomatosa na população em geral é menor do que 1 caso/1.000 habitantes. Para tanto, precisa montar um dossiê com os dados coletados.

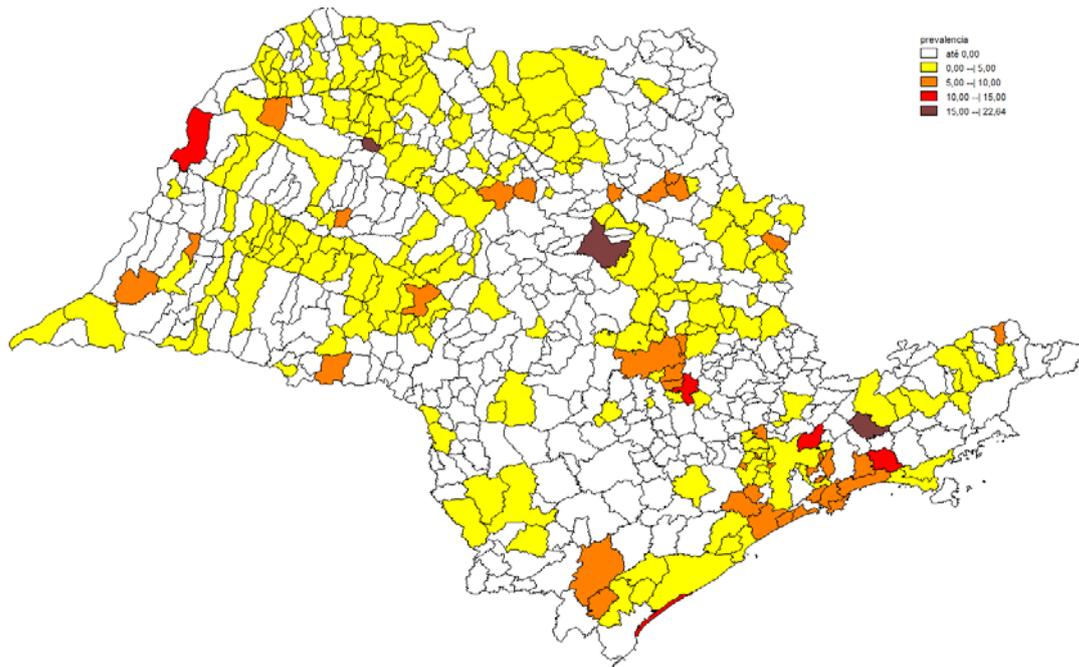


Figura – Distribuição de maior taxa de detecção de tracoma segundo o município de residência. Estado de São Paulo: 2014 – 2018.