

Vol. 02, No. 14 – 17 , setembro/dezembro 2012



Hepatites Virais



Quedas em idosos



Vacina tetravalente



Eliminação do tracoma

Editorial

Prezado leitor

Finalizamos o ano de 2012, com um número especial agrupando quatro assuntos importantes, hepatites virais, quedas em idosos, vacina tetravalente e eliminação do Tracoma.

As hepatites virais são importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. As medidas de prevenção e controle são fatores importantes para diminuição da carga das doenças. O artigo elaborado pela equipe do Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José dos Campos do CVE analisa os dados das hepatites virais na região, a partir das informações do SINAN.

No Brasil com o aumento da população de idosos, muitos são os desafios para o enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças metabólicas; todos estes desafios levam ao aumento das necessidades de assistência e prevenção à saúde. O artigo elaborado pela equipe da Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do CVE analisa os dados de morbidade (SIH) e mortalidade (SIM) por quedas acidentais no estado, mostrando um panorama da situação no estado.

A avaliação das coberturas da vacina tetravalente pelos municípios é importante para subsidiar estratégias para melhoria da homogeneidade. O Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José do Rio Preto elaborou importante artigo analisando a situação na região e discutindo aspectos fundamentais que auxiliarão os gestores no planejamento.

A OMS propõe a eliminação do tracoma como causa de cegueira até o ano 2020, o artigo elaborado pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica de Jales nos mostra as atividades realizadas para o alcance da eliminação no município de Rubineia, que apresentou taxa de detecção maior do que 10% na série histórica de tracoma de 2000 a 2010.

Ana Freitas Ribeiro

Diretora Técnica - CVE

Sumário

<i>Editorial</i>	221
<i>Perfil Epidemiológico das Hepatites Virais no Grupo de Vigilância Epidemiológica São José dos Campos GVE XXVII</i>	222
<i>Morbi-mortalidade por quedas em idosos no Estado de São Paulo: um olhar regional</i>	229
<i>Avaliação da cobertura vacinal de tetravalente: série histórica de 2003 a 2011</i>	236
<i>Eliminação do tracoma como causa de cegueira no município de Rubineia, noroeste do estado de São Paulo: relato de experiência das ações realizadas</i>	241
<i>Tabelas de Doenças e Agravos de Notificação</i>	244
<i>Notícias</i>	246

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS NO GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - GVE XXVII

INTRODUÇÃO

As hepatites virais (HV) são um grave problema de saúde pública, no Brasil e no mundo. Cerca de 500 milhões de pessoas em todo o mundo estão atualmente infectadas com o vírus da hepatite B ou C e 1,5 milhões de pessoas morrem por ano em consequência desses agravos^(1,2). Entretanto, observa-se que muitos casos não são notificados, gerando elevada subnotificação. Isso se deve ao amplo espectro da doença e à proporção considerável de casos assintomáticos que permanecem desconhecidos do sistema de vigilância. Somam-se a este fato, ainda, as diferentes capacidades de captação de casos pelas vigilâncias epidemiológicas locais, bem como de encerramento destes de acordo com os critérios preconizados⁽³⁾. De fato, outras fontes podem ser utilizadas para conhecer a ocorrência das hepatites virais, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os estudos epidemiológicos. Nesse contexto, o Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José dos Campos - GVE XXVII faz uma análise epidemiológica da série histórica do número de casos e taxas de detecção (TD) dos indivíduos expostos ao vírus da hepatite B e de casos confirmados de hepatite C em sua área de abrangência, cuja rotina de trabalho inclui a revisão epidemiológica sistemática de todas as pessoas selecionadas para tratamento das hepatites virais, garantindo desta forma, que todos os casos em tratamento estejam notificados e investigados no SINAN.

Com o lançamento relativamente recente do Programa Nacional de Hepatites Virais, em 2000, inserido, atualmente no Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, e com o advento da monoterapia com interferon alfa em 1997 (Portarias 17 SAS/MS) até a incorporação de inibidores de protease para o tratamento da hepatite C no Brasil (Nota Técnica conjunta nº 9/2011/SVS/SCTIE/MS), um arsenal de normas técnicas, fluxogramas operacionais e diretrizes terapêuticas tem sido disponibilizado aos profissionais de saúde para melhorar a assistência aos portadores de hepatites virais crônicas.

De 1997 até 2002, os medicamentos para tratamento das HV eram prontamente liberados no setor de planejamento da Direção Regional de Saúde (DIR), sem nenhuma vigilância epidemiológica dos casos. A partir do lançamento do Manual de Vigilância Epidemiológica⁽⁴⁾, o GVE XXVII de São José dos Campos percebeu que as Hepatites Virais eram um grande problema de saúde pública, e, portanto, era necessário um maior conhecimento do universo de pessoas infectadas na região. A partir de 2002, com apoio do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), o GVE XXVII iniciou parceria com as vigilâncias

epidemiológicas dos municípios para que todos os processos dos indivíduos selecionados para tratamento de hepatite viral crônica, antes da análise e dispensação dos medicamentos pela assistência farmacêutica, fossem avaliados por um profissional médico qualificado do GVE XXVII, visando assegurar que todos os casos estivessem devidamente notificados e que as drogas solicitadas para tratamento estivessem de acordo com as normas e diretrizes vigentes.

Ao mesmo tempo, desenvolve-se o trabalho de sensibilização dos profissionais de saúde dos setores público e privado, com a finalidade de estabelecer um fluxo para análise dos processos de alto custo das pessoas selecionadas para o tratamento. Viabilizou-se o encontro de diversos profissionais da rede envolvida: médicos prescritores, técnicos da assistência de enfermagem, profissionais das vigilâncias dos respectivos municípios, farmacêuticos e rede laboratorial com o objetivo de promover a organização da rede de atendimento, garantindo que os exames de triagem para as hepatites virais fossem realizados na atenção básica e aperfeiçoando a vigilância epidemiológica, através do aumento da captação dos casos suspeitos e confirmados da doença, trabalho este que continua em nossa rotina e nos motivou a descrição deste trabalho.

MÉTODOS

A população estudada foi de 3.651 indivíduos, correspondentes ao total de expostos aos vírus de hepatites B e dos casos de hepatite C notificados na área de abrangência do GVE XXVII, no período de 01 de janeiro de 1997 a 30 de dezembro de 2011.

O critério para detectar a exposição ao vírus de hepatite B foi a presença do marcador sorológico de contato prévio com o VHB, o anti-HBc total reagente.

Os casos de hepatite C foram diagnosticados por meio do marcador anti-HCV reagente pelo teste ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) e confirmado pela presença de HCV RNA usando *reverse transcription-polymerase chain reaction* (RT-PCR).

A fonte de informação sobre o agravo foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a fonte de dados populacionais foi o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

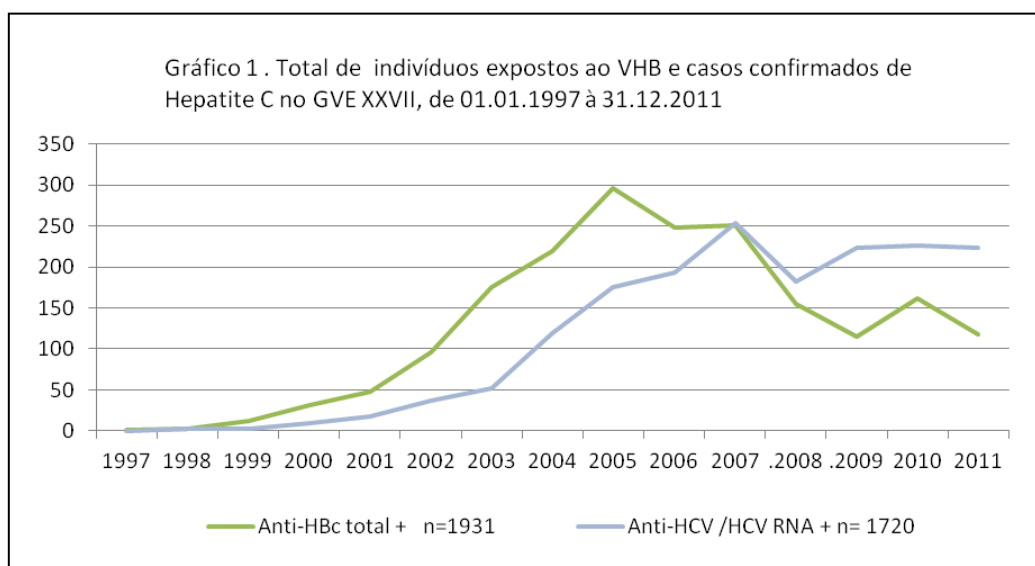
Foram calculadas as taxas de detecção de casos de hepatites C e as taxas de detecção à exposição ao VHB. O numerador da taxa de detecção (TD) de hepatite C foi o número de casos de hepatite C (anti-HCV e HCV RNA reagentes) e o denominador foi o total da população residente exposta ao risco nessa área, multiplicado por 100.000 habitantes. O numerador da TD de indivíduos expostos previamente ao VHB foi o total de indivíduos que apresentavam Anti-HBc total reagentes e o denominador foi o total da população residente nessa área, multiplicado por 100.000 habitantes.

Calculou-se a frequência de exposição ao VHB e de casos de hepatite C, em relação ao sexo, faixa etária e também foi analisada a proporção dos casos expostos às seguintes variáveis: exposição sexual, transfusional, uso de drogas injetáveis, transmissão vertical, acidente de trabalho, tratamento cirúrgico/dentário, domiciliar e outros.

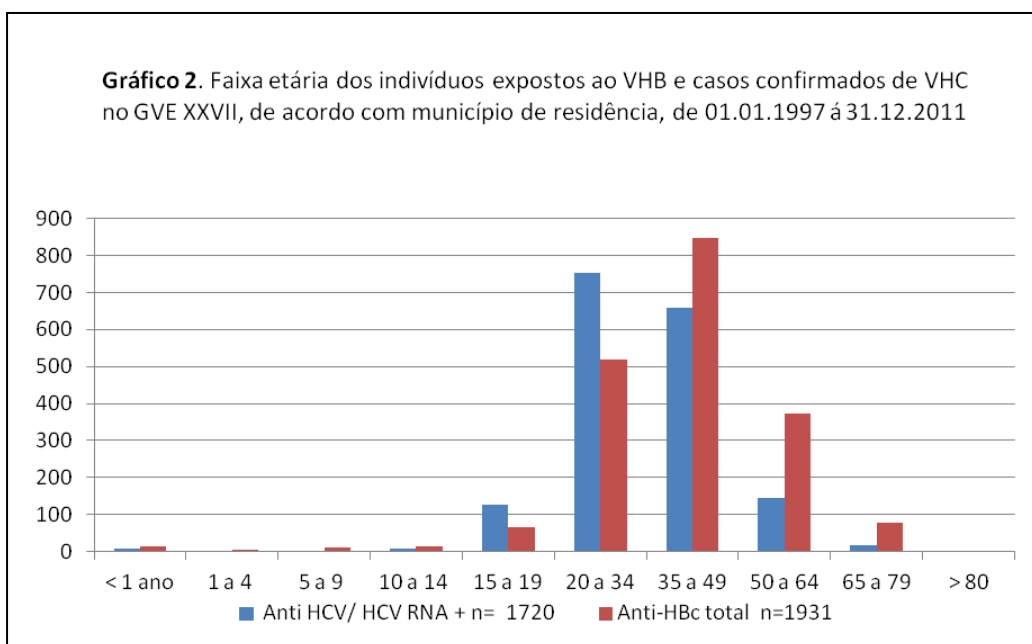
Foi calculado também, o indicador de diagnóstico laboratorial de hepatite B no GVE XXVII para o ano de 2011, cujo numerador indica o número de AgHBs reagente e Anti-HBc IgM reagente, com AgHBs negativo ou inconclusivo, com classificação final igual a laboratorial e classificação etiológica igual a VHB, dos casos residentes no GVE XXVII por município de residência, e, o denominador refere-se ao número de casos confirmados Hepatite B, com classificação final igual a laboratorial e classificação etiológica igual a VHB.

RESULTADOS

Encontrou-se um total de 1.931 indivíduos com contato prévio ao vírus da hepatite B e 1.720 casos confirmados de hepatite C. O crescimento na notificação ocorreu gradativamente a partir do momento em que as atividades do programa de controle das hepatites virais foram implantadas. De acordo com **Gráfico 1**, podemos verificar que houve um aumento mais acentuado e gradativo no número de indivíduos expostos notificados a partir de 2002, com maiores números entre 2005 e 2007 e estabilização de casos novos a partir de 2009.



De acordo com o **Gráfico 2** verifica-se que existem notificações de HV em quase todas as faixas etárias, destacando maior proporção de notificações de exposição VHB e casos confirmados de Hepatite C entre a faixa etária de 20 a 34 anos com elevação na faixa etária entre 35 a 49 anos, respectivamente.



Em relação à Taxa de Detecção dos indivíduos expostos ao VHB e casos de hepatite C no GVE XXVII, (**Tabelas 1 e 2**) nota-se que na maioria dos municípios o número de caso é pequeno, não sendo ainda possível verificar alguma tendência. Quando se analisa a taxa de detecção por 100.000 habitantes é observado que o município de Jacareí tem as maiores TD de casos de hepatite C e indivíduos expostos VHB na região do GVE XXVII, nos anos de 2004, 2005, 2007 e 2009 com níveis acima 30 casos por 100.000 habitantes; ressaltando que este mesmo município apresentou alta TD para exposição a hepatite B (56,2) no ano de 2008.

O Indicador de diagnóstico laboratorial de hepatite B no GVE XXVII foi de 98%. A proporção de indivíduos expostos ao VHB em relação ao sexo masculino foi 59% (1.145/1.931) e ao sexo feminino de 41% (786/1.931). Em relação ao VHC, podemos observar uma maior proporção de casos pertencentes ao sexo masculino, ou seja, 71% (1.217/1.720) e 29% dos casos de hepatite C da população estudada pertencem ao sexo feminino (503/1.720).

Tabela 1- Casos notificados de hepatite C e Taxa de Detecção por 100.000 hab. por município de residência por ano de notificação no GVE XXVII, de 1997 à 2011.

Ano	Caçapava		Igaratá		Jacareí		Jambeiro		M. Lobato		Paraibuna		Stª Branca		S.J.Campos		GVE	
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa
1997	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
1998	1	1,4	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0,2	2	0,2
1999	1	1,4	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	0,4	3	0,3
2000	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	10	1,1	10	1,2
2001	0	-	0	-	2	1	0	-	0	-	0	-	0	-	15	2,7	17	1,9
2002	0	-	0	-	6	3	1	24,1	0	-	0	-	0	-	30	5,3	37	4,2
2003	14	17,7	0	-	21	10,5	0	-	0	-	1	7	0	-	16	2,8	52	5,8
2004	18	22,4	2	22	73	36,1	0	-	0	-	0	-	0	-	26	4,5	119	13,1
2005	7	8,4	0	-	88	42,2	0	-	0	-	2	10,1	1	6,7	78	13	176	18,7
2006	7	8,3	1	10	45	21,3	0	-	1	26,6	2	10,8	0	-	137	22,5	193	20,2
2007	11	13	1	10	75	34,9	0	-	0	-	1	5,3	3	19,6	163	26,2	254	26,1
2008	12	14,2	0	-	49	23,2	0	-	1	23,6	0	-	1	7,2	120	20,9	183	19,2
2009	20	23,5	1	11	74	34,8	0	-	0	-	0	-	0	-	129	20,9	224	23,3
2010	19	22,4	2	23	58	27,5	0	-	0	-	0	-	1	7,2	146	23,2	226	23,2
2011	16	18,9	1	11	58	27	1	18,7	0	-	0	-	-	-	148	23,5	224	23,0

Fonte: Sinan

Tabela 2 – Cicatriz sorológica de indivíduos expostos ao VHB e taxa de detecção por 100.000 hab. por município de residência e ano de notificação no GVE XXVII- de 1997 à 2011.

Ano de Diagnóstico	Caçapava		Igaratá		Jacareí		Jambeiro		Monteiro Lobato		Paraibuna		Santa Branca		S. José Campos		GVE	
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa
1997	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	0,39	2	0,2
1998	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
1999	0	-	0	-	2	1,1	0	-	0	-	0	-	0	-	10	1,9	12	1,5
2000	3	3,9	0	-	4	2	0	-	0	-	0	-	0	-	25	4,6	32	3,7
2001	1	1,3	0	-	13	6,6	0	-	0	-	0	-	0	-	34	6,1	48	5,5
2002	2	2,5	0	-	32	16,2	1	24,1	0	-	0	-	0	-	61	10,8	96	10,8
2003	6	7,6	0	-	68	34	0	-	0	-	1	5,6	0	-	10	17,5	175	19,5
2004	7	8,7	0	-	123	60,7	0	-	0	-	0	-	1	7,1	89	15,3	220	24,1
2005	1	1,2	0	-	199	95,4	0	-	0	-	2	10,9	3	20	91	14,9	296	31,4
2006	7	8,4	1	10	165	78	0	-	1	26,4	0	-	0	-	75	12,2	249	26,0
2007	5	5,9	2	20	186	86,6	0	-	0	-	2	10,6	2	13	53	8,5	251	25,8
2008	3	5,9	0	-	118	56,2	0	-	0	-	0	-	0	-	32	5,2	155	16,2
2009	3	3,5	0	-	69	32,4	0	-	0	-	0	-	1	7,2	42	6,8	115	11,9
2010	7	8,2	1	11	112	53	0	-	0	-	1	5,7	0	-	41	6,5	162	16,6
2011	8	9,4	0	-	51	24,1	0	-	0	-	0	-	1	-	58	9,2	118	12,1

Fonte: Sinan

Quanto ao preenchimento do campo relacionado à fonte e/ou mecanismo de exposição (Tabela 3) no SINAN, pode-se observar uma grande proporção de ignorados, tanto para os indivíduos expostos ao VHB (65%) quanto para os casos de hepatite C (36%). Em 36% dos casos de hepatite C, e, em 17% dos indivíduos expostos ao VHB, a principal via de transmissão referida no GVE foi o uso de drogas injetáveis.

Tabela 3. Proporção de fonte e /ou mecanismos de transmissão dos indivíduos expostos ao VHB e casos de hepatite C no GVE XXVII, de 1998 a 2011.

Fonte/Exposição	Anti HBC total+ (%)	Anti-HCV/HCV RNA
Ignorado/Branco	1264 (65%)	616 (36%)
Sexual	191 (10%)	149 (9%)
Transfusional	28 (1%)	76 (5%)
Uso de Drogas Injetáveis	321 (17%)	621 (36%)
Vertical (Mãe - Recém Nascido)	14 (1%)	3 (0.1%)
Acidente de Trabalho	10 (1%)	2 (0.1%)
Tratamento Cirúrgico/dentário	40 (2%)	142 (7.6%)
Outros	45 (2%)	4 (0.2%)
Domiciliar	18 (1%)	107 (6%)
Total	1.931 (100%)	1.720 (100%)

Fonte: Sinan

CONCLUSÃO

Na trajetória desses 11 anos de trabalho em Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais, a partir da implantação do Programa Estadual, juntamente com busca ativa de diagnóstico de hepatites em anos anteriores, detectamos quão necessária é a dedicação administrativa aliada ao conhecimento técnico para o bom desempenho gerencial, a fim de alcançar alguns objetivos e atingir metas

Neste trabalho foi fundamental o gerenciamento em rede, desde a elaboração de protocolos por experts ligados ao tema, assim como capacitação dos técnicos da rede estadual e municipal, abordando a interpretação dos marcadores sorológicos, fluxo na rede de atendimento, treinamento das equipes de enfermagem para administração dos medicamentos e discussão dos protocolos vigentes com as equipes médica e farmacêutica dos municípios.

Com o desenvolvimento das ações neste período, embora com a mesma metodologia de trabalho, deparamos com diferentes resultados de taxa de infecção em populações diversas. Por exemplo, em Jacareí, encontram-se as mais elevadas taxas por 100.000 habitantes de Hepatite C, fato que necessita ser melhor investigado.

A incorporação da análise clínica e epidemiológica garantindo que todos os candidatos a tratamento de hepatites crônicas tenham o seu processo pré-avaliado e monitorado pelo GVE, garantiu a melhoria na notificação dos casos, bem como adequação dos tratamentos vigentes de acordo com os protocolos.

COMENTÁRIOS

Baseado no estudo de taxas das infecções pelos vírus da hepatite C nas capitais do Brasil, em 2010, o resultado global para marcador de exposição para esta doença referente ao conjunto das capitais do Brasil foi de 1,38% ⁽⁶⁾.

A taxa de detecção na região do GVE XXVII para hepatites C, no ano de 2010 foi de 23,2 por 100.000 habitantes.

O encontro de um universo de casos confirmados de HCV, com altas TD por 100.000 habitantes de 2004 a 2010 (**Tabela 1**) no município de Jacareí, continua como objeto de indagação e de discussão com gestor municipal. Considerando que o uso prévio de drogas está relacionado aos principais mecanismos de transmissão de HCV na região estudada, acredita-se que medidas de prevenção e controle para a redução das hepatites virais, como técnicas de redução de danos necessitam ser implantadas na região, associadas ao programa de saúde mental, com o objetivo de se interromper a cadeia de transmissão destes agentes etiológicos.

Ressalta-se a grande proporção de casos na população estudada (51% ou 1.880/3.651), cuja variável fonte/mecanismo de transmissão é ignorada ou em branco. Novos esforços relacionados às práticas de aconselhamento devem ser direcionados aos profissionais de saúde, para podermos melhorar nosso sistema de coleta e vigilância de informações em relação às hepatites virais.

Embora o instrumento de coleta de dados para análise epidemiológica seja a ficha de notificação e investigação das hepatites, cremos que nos ajudará muito, no acompanhamento dos casos notificados, a inclusão nas fichas de dados pertinentes ao tratamento das hepatites crônicas, como drogas e período no qual foram usadas, bem como dados laboratoriais que nos forneçam, após tratamento concluído, subsídios para análise das taxas de resposta virológica sustentada, que possibilite ainda, uma análise complementar do desfecho dos tratamentos realizados na região.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites Virais: o Brasil está atento / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. Ferreira, CT; Silveira, TH. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Rev. bras. Epidemiol 2004; 7(4): 473-487.
3. Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais Ano II - nº 01 Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
4. Manual de Vigilância epidemiológica Hepatites Virais Normas e Instruções 2000. Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac “-Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2000.
5. Ministério da Saúde. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil. MS, 2010.

Endereço para correspondência:

Andrea Santos Rafael Alves, Rua Olívio Gomes, 100 - Bairro Santana, S. J. dos Campos CEP: 12209-320, email: gve-sjc@saude.sp.gov.br

Elaborado por: Andrea Santos Rafael Alves, Antonio Carlos Vanzeli, Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José dos Campos - GVE XXVII, Centro de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Morbi-mortalidade por quedas em idosos no Estado de São Paulo: um olhar regional.

RESUMO

A transição demográfica brasileira ocorre rapidamente. A crescente população idosa (60 ou mais anos) requer novos enfoques do sistema de saúde. A morbimortalidade por quedas em idosos acarreta demandas crescentes por ações de prevenção e assistência. O envelhecimento e o impacto das quedas na população idosa são desiguais no Estado de São Paulo. Neste relato, descrevemos a distribuição da morbimortalidade de quedas na população idosa nos departamentos regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo. O IBGE estima para 2012 no Estado de São Paulo 4.841.080 de idosos (11,6% de sua população total). A Grande São Paulo concentra cerca de 44% da população idosa do Estado, e, seus idosos representam 10,6% de sua população local, o menor percentual dentre os departamentos regionais de saúde. A Grande São Paulo concentrou o maior número de internações por quedas em hospitais do SUS entre janeiro e setembro de 2012; os maiores coeficientes couberam aos DRS Barretos e Marília. Nesse mesmo período, o gasto hospitalar com internações por quedas em idosos ESP foi de R\$ 27.835.773,61. Os maiores gastos se concentraram nas DRS São Paulo e Campinas. Em 2010 as DRS Ribeirão Preto e a de Presidente Prudente alcançaram coeficientes de mortalidade por queda em idosos superiores ao do Estado. A avaliação de cenários locais é importante para planejamento e execução de ações de saúde do idoso.

ABSTRACT

Demographic transition occurs quickly in Brazil. The growing population of elderly people (60+ years) demands new approaches from the health system.. Morbidity and mortality due to falls among the elderly leads to increasing demands for adequate prevention and care. The aging process and the impact of falls among the elderly is uneven in the state of São Paulo. We report regional distribution of morbidity and mortality due to falls among the elderly of the state of São Paulo. IBGE estimates for the State of São Paulo a total of 4,841,080 older people in 2012 (11.6% of its total population). The Greater São Paulo concentrates about 44% of the total older population of the State, but they represent 10.6% of its local population, the lowest percentage among all regional health departments (DRS). The Greater São Paulo had the largest number of admissions due to falls in public hospitals between January and September 2012, but the highest rates belong to DRS Barretos and Marília. In the same period, the State of São Paulo spent R \$ 27,835,773.61 on hospital admissions due to falls among the elderly. The largest expenditures were concentrated in DRS São Paulo and Campinas. In 2010 the DRS Ribeirão Preto and Presidente Prudente registered mortality rates due to falls higher than the state. The evaluation of local realities is important for planning and implementing health activities.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento saudável e os direitos das pessoas idosas são novos paradigmas da saúde (1,2).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua como idosos aqueles com idade de 60 anos e mais, sendo esta também a idade usada como delimitador no Brasil (3).

Há cerca de cinco décadas vem ocorrendo mudanças na demografia populacional no mundo; em nosso país, em termos relativos, a faixa etária de 60 anos ou mais foi a que mais cresceu, principalmente a partir da década de 60 do século passado (4).

A população idosa brasileira não cresce apenas em seu contingente absoluto, mas também ocupa percentuais crescentes na estrutura etária nacional (5). Essa transição demográfica demanda reestruturações das ações de saúde.

A integralidade na atenção à saúde do idoso representa novos desafios de gestão (6), pois, com o rápido aumento da população idosa no Brasil assim como em outros países do terceiro mundo, o atual perfil epidemiológico das doenças crônicas manifestadas nesta faixa etária direciona conseqüentemente a uma maior incidência da morbimortalidade de idosos devido a fraturas decorrentes de quedas levando a uma elevação de custos do Governo devido a maior hospitalização e improdutividade (3,7).

As causas externas são relevantes causas de morbi-mortalidade entre idosos, e o envelhecimento da população é apontado como uma das prováveis causas deste resultado. O aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais destaca-se a ocorrência de quedas (8).

As quedas são importantes fatores causais no aumento do nível de dependência do idoso, se constituindo conseqüentemente em uma preocupação específica, tendo em vista poder afetar a capacidade funcional dessa faixa etária, por estarem associadas a modificações anatômicas atribuídas ao processo natural de envelhecimento e a diversas doenças (9).

Em 2008 as quedas representaram 60,7% do total de internações por causas externas entre os idosos do Estado de São Paulo. Nesta população as quedas ocuparam o primeiro lugar dentre as mortes por causas externas ao perfazer 31,8% dos óbitos (10).

O enfrentamento da questão das quedas em idosos requer um enfoque multidisciplinar. Por outro lado, as disparidades socioeconômicas no Estado de São Paulo demandam avaliação de cenários do ponto de vista regional e local para melhor planejamento e implementação de ações preventivas e assistenciais de saúde do idoso. Neste contexto, descrevemos a distribuição da morbimortalidade de quedas na população idosa nos departamentos regionais de Saúde do Estado de São Paulo (DRS) como subsídio para reflexões sobre programas de saúde do idoso.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, no qual os dados sobre população residente do Estado de São Paulo em 2010 e 2012 foram obtidos do IBGE. Os dados sobre morbidade da população idosa, bem como gastos hospitalares, no período de janeiro a setembro de 2012, foram obtidos

do sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) (dados disponíveis em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>, acessado em 27/12/2012). Dados sobre óbitos por quedas em idosos, em 2010, foram obtidos do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. A tabulação das doenças seguiu a Classificação Internacional de Doenças - Décima revisão (CID 10).

RESULTADOS

A população de idosos estimada no Estado de São Paulo em 2012 foi 4.841.080 habitantes, o que perfaz 11,6% da população total (Tabela 1).

A distribuição regional de idosos revela percentuais acima de média do Estado como nos departamentos regionais de Saúde (DRS) de São José do Rio Preto (14,8%), Marília (14,4%) e Presidente Prudente (14%), Tabela 1.

Tabela 1. População residente por Departamento Regional de Saúde, segundo faixa etária, em 2012, Estado de São Paulo.

Regional de Saúde	0-14 anos		15-59 anos		60 anos e mais		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Grande São Paulo	4379448	21,9	13452232	67,4	2124910	10,6	19956590
Campinas	850664	20,6	2808176	68,0	470125	11,4	4128965
Sorocaba	521690	22,8	1510119	66,1	253088	11,1	2284897
Taubaté	511300	22,2	1544086	67,0	250372	10,9	2305758
Baixada Santista	373815	22,1	1097199	64,8	221411	13,1	1692425
S.José do Rio Preto	278160	18,6	994698	66,6	220977	14,8	1493835
Bauru	348597	21,1	1086079	65,9	213767	13,0	1648443
Piracicaba	299257	20,8	963274	67,0	174664	12,2	1437195
Ribeirão Preto	281935	20,8	912093	67,2	163137	12,0	1357165
Marília	218242	20,3	704502	65,4	154747	14,4	1077491
Araraquara	187655	20,1	627959	67,2	119249	12,8	934863
S.João da Boa Vista	157502	20,2	518964	66,5	104376	13,4	780842
Presidente Prudente	148531	20,4	477895	65,6	101696	14,0	728122
Araçatuba	141111	19,4	486477	66,8	101155	13,9	728743
Franca	146037	22,2	435654	66,1	77252	11,7	658943
Barretos	84179	20,4	273004	66,1	55695	13,5	412878
Registro	72771	26,6	166834	60,9	34459	12,6	274064
Total	9000894	21,5	28059245	67,0	4841080	11,6	41901219

Fonte: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SCEP/DATASUS

As internações de idosos registradas no SUS entre janeiro e setembro de 2012 revelam as doenças do aparelho circulatório como causas mais frequentes, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo. Em quinto e o sexto lugar, com contagens semelhantes, aparecem doenças do aparelho geniturinário e internações por causas externas (tabela 2).

Tabela 2. Número de internações em idosos (60 anos e mais), segundo causa e sexo, janeiro a setembro 2012, Estado de São Paulo.

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	55641	52473	108114
X. Doenças do aparelho respiratório	28989	27602	56591
II. Neoplasias (tumores)	26055	23416	49471
XI. Doenças do aparelho digestivo	25624	22632	48256
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	18001	17070	35071
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	15164	19054	34218
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10680	10743	21423
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7430	8398	15828
VII. Doenças do olho e anexos	5693	7274	12967
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5380	4545	9925
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3695	5074	8769
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4105	4336	8441
VI. Doenças do sistema nervoso	4140	4182	8322
V. Transtornos mentais e comportamentais	2473	2323	4796
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2113	2265	4378
XXI. Contatos com serviços de saúde	1914	2401	4315
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	234	351	585
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	164	180	344
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	36	47	83
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	34	14	48
XV. Gravidez parto e puerpério	-	21	21
Total	217565	214401	431966

Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informações Hospitalares dos SUS (SIH/SUS).

As quedas corresponderam a 60% das internações das causas externas com 20.746 ocorrências em 2012 no Estado de São Paulo. Os maiores índices pertencem aos DRS Barretos, Marília, e de São João da Boa Vista, Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição da razão de internação por quedas em idosos (60 anos e mais) por 100 mil idosos, segundo Departamento Regional de Saúde, entre janeiro e setembro de 2012, Estado de São Paulo.

Regional de Saúde	internação quedas		população idosa da DRS		% da população idosa do ESP
	n	razão	n	% da pop DRS	
Barretos	391	702	55695	13,5	1,2
Marília	1037	670,1	154747	14,4	3,2
S.João da Boa Vista	664	636,2	104376	13,4	2,2
Araçatuba	583	576,3	101155	13,9	2,1
S.José do Rio Preto	1214	549,4	220977	14,8	4,6
Presidente Prudente	486	477,9	101696	14	2,1
Ribeirão Preto	748	458,5	163137	12	3,4
Franca	353	456,9	77252	11,7	1,6
Bauru	948	443,5	213767	13	4,4
Grande São Paulo	9118	429,1	2124910	10,6	43,9
Piracicaba	715	409,4	174664	12,2	3,6
Sorocaba	977	386	253088	11,1	5,2
Araraquara	452	379	119249	12,8	2,5
Taubaté	939	375	250372	10,9	5,2
Campinas	1509	321	470125	11,4	9,7
Registro	101	293,1	34459	12,6	0,7
Baixada Santista	511	230,8	221411	13,1	4,6
Total	20746	428,5	4841080	11,6	100

Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informações Hospitalares dos SUS (SIH/SUS), IBGE

O gasto hospitalar com internações por quedas em idosos, entre janeiro e setembro de 2012, no Estado de São Paulo chegou à cifra de R\$ 27.835.773,61. Os maiores gastos se concentraram nos DRS Grande São Paulo e Campinas, Tabela 4.

Tabela 4. Gasto hospitalar com internações por quedas em idosos (60 anos e mais), em reais, segundo Departamento Regional de Saúde, entre janeiro e setembro de 2012, Estado de São Paulo.

Regional de Saúde	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Grande São Paulo	3.522.503,55	3.352.145,77	4.357.242,28	11.231.891,60
Campinas	596.976,08	775.169,13	1.006.403,56	2.378.548,77
S.José do Rio Preto	510.808,21	573.153,58	720.255,73	1.804.217,52
Sorocaba	442.590,55	562.814,37	641.978,62	1.647.383,54
Marília	341.170,27	436.655,41	563.473,47	1.341.299,15
Piracicaba	412.788,10	436.289,81	492.133,83	1.341.211,74
Taubaté	350.480,81	413.960,74	430.577,84	1.195.019,39
Bauru	323.966,82	366.696,49	496.267,91	1.186.931,22
Ribeirão Preto	286.627,99	409.715,03	455.578,11	1.151.921,13
Baixada Santista	270.927,87	363.009,11	254.790,32	888.727,30
S.João da Boa Vista	161.114,58	255.132,58	380.064,11	796.311,27
Araçatuba	193.307,14	216.839,43	280.902,85	691.049,42
Presidente Prudente	135.851,38	217.904,26	252.726,59	606.482,23
Araraquara	184.630,67	210.744,62	196.028,12	591.403,41
Franca	145.215,93	185.804,24	134.334,33	465.354,50
Barretos	102.412,71	139.041,36	174.214,06	415.668,13
Registro	26.617,95	22.858,00	52.877,34	102.353,29
Total	8.007.990,61	8.937.933,93	10.889.849,07	27.835.773,61

Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informações Hospitalares dos SUS (SIH/SUS)

A Tabela 5 mostra a distribuição da taxa de mortalidade por queda em idosos em 2010. O DRS de Ribeirão Preto e o de Presidente Prudente apresentaram os maiores coeficientes.

Tabela 5. Distribuição do coeficiente de mortalidade por quedas em idosos (60 anos e mais) por 100 mil idosos, segundo Departamento Regional de Saúde, em 2010, Estado de São Paulo.

Regional de Saúde	Óbitos quedas		população 60 anos e mais na DRS	
	n	coeficiente	n	% da pop total da DRS
Ribeirão Preto	113	70,7	159777	12,0
Presidente Prudente	62	61,5	100884	14,0
Araraquara	55	46,8	117410	12,8
Campinas	203	44,2	459549	11,4
Marília	67	43,6	153542	14,4
Grande São Paulo	902	43,0	2097706	10,7
Sorocaba	104	41,8	248530	11,1
Barretos	22	39,8	55222	13,5
Araçatuba	36	36,0	99930	13,9
Baixada Santista	76	34,8	218145	13,1
Bauru	73	34,6	210755	13,0
S.João da Boa Vista	32	30,9	103468	13,4
S.José do Rio Preto	51	23,4	218068	14,8
Registro	8	23,3	34375	12,6
Franca	16	21,0	76200	11,7
Piracicaba	33	19,2	171744	12,2
Taubaté	47	19,1	246131	10,9
Total	1900	39,8	4771436	11,6

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/ IBGE

CONCLUSÕES e RECOMENDAÇÕES

O aumento da população idosa muda a conformação da pirâmide etária, que revela incremento também de indivíduos idosos longevos (80 anos e mais). A área da saúde tem grandes desafios de gestão para responder às necessidades de uma população que envelhece.

A distribuição da população idosa é desigual. O DRS Grande São Paulo concentra quase 44% da população idosa do Estado; seus idosos representam 10,6% de sua população local, percentual menor que o do Estado como um todo (11,6%). Por outro lado, o DRS São José do Rio Preto abriga 4,6% dos idosos do Estado que perfazem 14,8% dos habitantes de sua DRS. Uma intervenção de saúde do idoso em DRS com maior número de idosos objetiva maior impacto em indicador de saúde estadual. As áreas onde os idosos assumem maior percentual local há maior carga socioeconômica para a população economicamente ativa, o que pode demandar maior apoio de esferas supra-municipais para ações de saúde.

As quedas configuram causas relevantes de morbimortalidade entre idosos. A grande São Paulo ocupa as primeiras posições quanto a internações em número absoluto, e a razão de internação ficou em décimo lugar dentre os 17 DRS no período estudado. Os maiores índices foram em DRS Barretos e Marília, cujos idosos representam pouco em termos percentuais estaduais, mas acima da média estadual em termos de percentual local. Os dados revelam o maior impacto nos serviços de saúde que o idoso representa nesses DRS. A distribuição dos gastos dessas internações é relevante e também desigual. Deve-se considerar que estes gastos não dependem apenas da incidência de quedas em cada área, mas, também de fatores como gravidade das ocorrências e complexidade dos serviços. Os gastos são maiores com o progredir da faixa etária do idoso. As taxas de mortalidade por quedas em idosos entre os DRS em 2010 não se sobrepôs a uma gradação de número ou percentual local de idosos, o que sugere rede causal complexa, que inclui a organização dos serviços de resgate dentre outros. Essa avaliação de cenários regionais mostra-se de suma importância, pois pode contribuir para o planejamento das ações de saúde de uma maneira geral, como potente ferramenta de uso na gestão, contribuindo especificamente para melhor elucidação referente às quedas em idosos.

REFERÊNCIAS

1. Keinert TMM, Rosa TEC. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. Bol. Inst Saúde. 2009; 47: 4-8.
2. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3):793-798.
3. Góis ALB, Veras RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciência & Saúde. 2010; 15(6): 2859-69.

4. Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(1): 32-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/vii/n1/v11n1a04.htm>.
5. Carvalho JAM, Rodriguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(3): 597-605.
6. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(3): 548-54.
7. Coutinho ESF, Bloch KV, Coeli CM. Mortalidade em um ano de idosos após hospitalização por fratura decorrente de queda: comparação com idosos pareados da população. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(4): 801-05.
8. Maciel SSSV, et al. Perfil Epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. Revista AMRIGS. 2010; 54(1): 25-31.
9. Silva TM, Nakatani AYK, Souza ACS, Lima MCS. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007; 9(1): 64-78. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a05.htm>.
10. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. Rev. Assoc Med Bras 2010; 56(2): 162-7.

Endereço para correspondência:

Av. Dr Arnaldo – 351 – 6º andar, sala 609. Bairro: Cerqueira César – São Paulo – SP. CEP: 01246-000. Fone: (11) 3066-8295, email: dvdcnt@saude.sp.gov.br

DOS AUTORES

Maria Cristina H. Vilar¹, Marco Antonio de Moraes¹; Míriam M. Shirassu¹.

¹Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica do Centro de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL DE TETRAVALENTE: SÉRIE HISTÓRICA DE 2003 A 2011

INTRODUÇÃO

A vacina DTP, que protege contra as doenças Difteria, Tétano e Coqueluche, foi implantada no Brasil na década de 50, atingindo coberturas vacinais de até 95% em menores de um ano. Apenas na década de 70 foi introduzida a primeira geração da vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), causando uma redução de 95% na incidência de meningites bacterianas especificadas em menores de cinco anos⁽⁰¹⁾.

Em 2000, a Organização Pan-Americana de Saúde, representada por seu Grupo Técnico Consultivo em Doenças Imunopreveníveis, recomendou a combinação da vacina conjugada contra *Haemophilus influenzae* tipo b com a vacina DTP, como forma de otimizar o número de visitas às salas de vacina, além de reduzir os custos e melhorar as coberturas vacinais. Assim, em 2002, surge a vacina Tetravalente para menores de um ano⁽⁰¹⁾, efetivamente implantada no calendário oficial de vacinação em 2003.

A vacina Tetravalente, atualmente disponível no sistema público de saúde, é uma vacina combinada contra Difteria, Tétano, Coqueluche e *Haemophilus influenzae* tipo b, utilizada em crianças menores de um ano de idade, com esquema básico de três doses a partir de 02 meses de idade. Para reduzir a morbimortalidade da população por estas doenças através da vacina tetravalente, é necessária a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais^(02, 01).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é considerado de referência internacional nas exitosas ações de imunização no país, com elevado espectro de vacinas gratuitas disponibilizadas, altas taxas de coberturas vacinais (principalmente na população menor de um ano) pela sua extensão a segmentos etários (idosos, crônicos e gestantes) e certificação internacional de erradicação de algumas doenças como a poliomielite, desde 1994⁽⁰³⁾.

Apesar de tantos avanços, ainda há uma parcela importante da população (crianças) que continuam sem ser devidamente vacinadas, mesmo em locais com ampla disponibilidade de serviços de saúde. Além disso, a questão da homogeneidade em termos espaciais, também deve ser destacada, já que reduz a efetividade das ações, e deixa a população não vacinada sob elevado risco de contágio⁽⁰³⁾.

São inúmeros os fatores relacionados a não vacinação já descritos em estudos nacionais diversos. Estes fatores podem ser categorizados como relacionados a: usuários - baixa renda, grande número de filhos, baixa escolaridade materna, falta de conhecimento, residência distante do serviço de saúde, etc; e fatores estruturais - agendamento de consultas, horário de funcionamento das salas de vacina, oportunidades vacinais perdidas, etc⁽⁰³⁾.

A escolha da análise histórica da cobertura da vacina específica Tetravalente neste estudo se dá pela sua inserção no SISPACTO (Sistema de Monitoramento do Pacto Nacional), instrumento informatizado que reúne indicadores de diversas áreas visando avaliar as ações das equipes de saúde, qualificar a atenção à saúde e melhorar o desempenho dos serviços, em rede com as três esferas: União, Estado e Municípios. Acredita-se que a vacina tetravalente, por ser injetável de três doses, caso apresente cobertura vacinal satisfatória (95%), será indicativo de que as demais vacinas do calendário básico de vacinação estariam também com resultados adequados⁽⁰⁴⁾.

OBJETIVOS

Analisar o indicador de cobertura vacinal da tetravalente nos municípios adscritos ao Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX, entre os anos de 2003 a 2011.

Promover uma reflexão sobre as estratégias de vacinação desenvolvidas pela regional e municípios, subsidiando processos decisórios entre as esferas de gestão.

MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório, quantitativo, realizado a partir dos dados digitados no Sistema de Informação em Imunização (SI-API), entre os anos de 2003 a 2011, pelos municípios adscritos ao GVE XXIX – São José do Rio Preto, considerando a população da Fundação SEADE⁽⁰⁵⁾.

O Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX (GVEXXIX) de São José do Rio Preto é parte integrante, em nível regional, da estrutura do Centro de Vigilância Epidemiológica “*Prof Alexandre Vranjac*” (CVE) que normatiza o Sistema de Vigilância Epidemiológica no Estado de São Paulo. Abrange 67 municípios pertencentes aos colegiados de Catanduva, Votuporanga, José Bonifácio e São José do Rio Preto, com aproximadamente 180 salas de vacina em funcionamento.

Inicialmente foram levantados os dados de cobertura vacinal dos municípios e regional no período proposto e calculada a homogeneidade da cobertura vacinal do GVE. Cobertura vacinal é um indicador constituído pelo número de doses aplicadas, correspondente ao esquema completo de vacinação de um determinado imunobiológico dividido pela população alvo e multiplicado por 100, em uma área e tempo considerados. Corresponde ao percentual de pessoas vacinadas e potencialmente protegidas contra determinada doença. Já o cálculo da homogeneidade consiste na proporção de municípios que atingem a meta mínima recomendada⁽⁰⁶⁾.

Posteriormente, os dados foram apresentados para os gestores municipais nas reuniões dos Colegiados de Gestão e discutidas propostas de melhorias das estratégias de imunização.

RESULTADOS

Observou-se que em todos os anos, os valores de cobertura vacinal da regional superaram a meta dos 95%, com a maior parte dos anos acima de 100%; em 2006, apresentou o maior valor (119,58%) e 2008 o menor valor (99,55%).

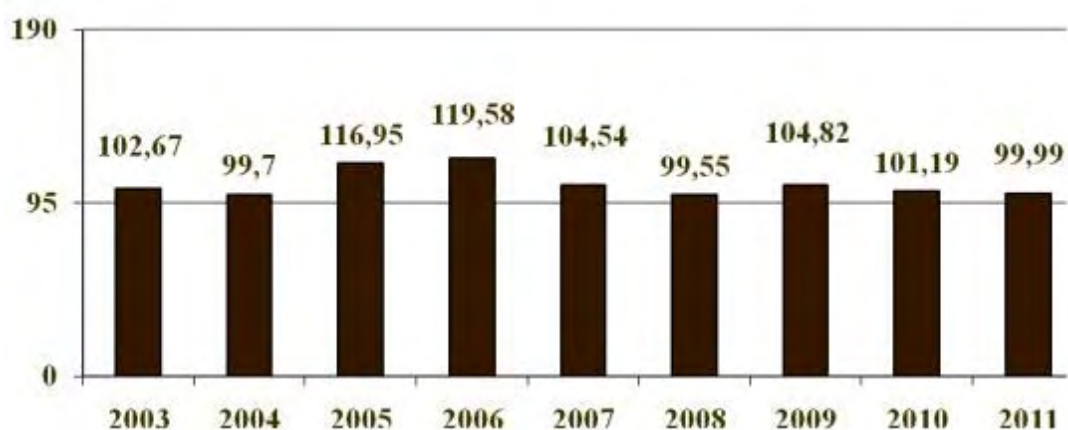


Figura 1. Série histórica de cobertura vacinal da vacina Tetravalente, de 2003 a 2011, São José do Rio Preto/SP.

Em comparação com as coberturas vacinais alcançadas pelo Estado de São Paulo, o GVE XXIX teve resultados satisfatórios em toda a série histórica, já que em todos os anos superou as coberturas estaduais, como se pode observar na figura 2.

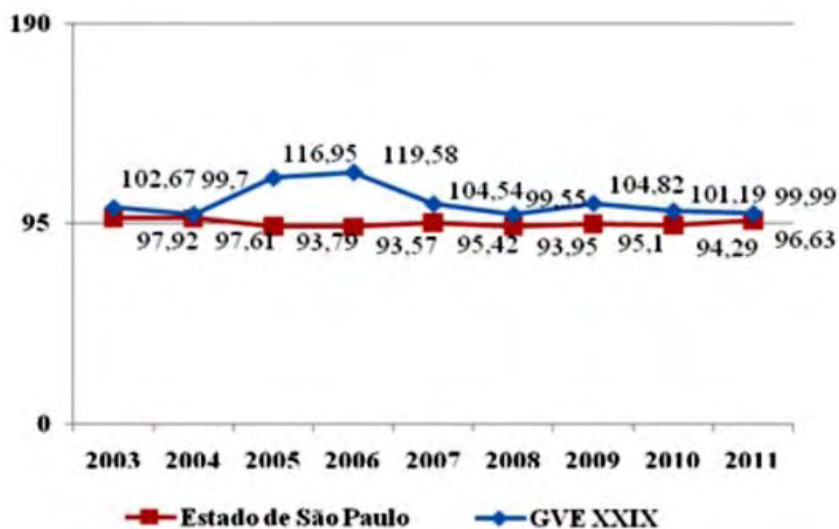


Figura 2. Comparação entre o Estado de São Paulo e o GVE XXIX da série histórica de cobertura vacinal da vacina Tetravalente, de 2003 a 2011, São José do Rio Preto/SP.
Fonte: Portal CVE⁽⁰⁷⁾

Na série histórica proposta, foi observado que nos anos de 2003, 2007 e 2009 as homogeneidades ultrapassaram a meta dos 70%; os anos de 2010 e 2011 apresentaram as menores homogeneidades com 62,12% e 59,9%, respectivamente.

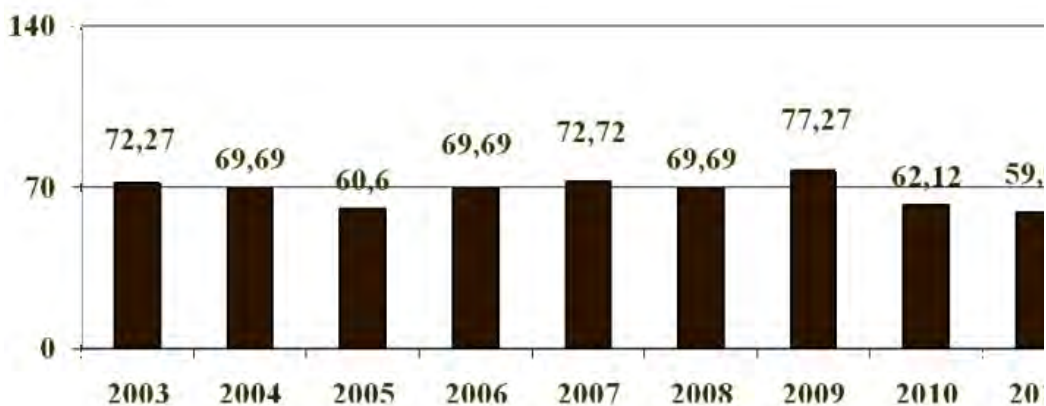


Figura 3. Série histórica de homogeneidade da vacina Tetravalente, de 2003 a 2011, São José do Rio Preto/SP.

O GVE XXIX merece um adendo com relação às suas especificidades, tendo em vista a dimensão e as características gerais de cada um deles, que se refletem nas coberturas vacinais e na homogeneidade da regional. Podemos enumerar as seguintes situações:

1. O município sede do GVE XXIX é São José do Rio Preto, com 416.670 habitantes e grau de urbanização de 94%. Rio Preto é um dos pólos industriais, culturais e de serviços do interior de São Paulo, sendo considerada referência no setor saúde. Toda a estrutura oferecida pelo município é atrativa para populações de outros municípios, principalmente no que concerne a empregos, saúde e vida social⁽⁰⁵⁾.

2. Os municípios que fazem fronteira com Rio Preto são, em sua maioria, municípios com baixo aporte populacional, como exemplo, Onda Verde com 3.951 habitantes ⁽⁰⁵⁾. Esta realidade causa um trânsito entre municípios, caracterizando alguns como “cidades dormitórios”.
3. Destes municípios menores há uma parcela com uma população diferenciada, de um poder aquisitivo maior, que dá preferência por frequentar os serviços de saúde, e inclusive aqueles relacionados à imunização, em unidades privadas, que se concentram no município de Rio Preto. Assim sendo, as coberturas vacinais destes municípios são menores, sem, entretanto alterar significativamente as coberturas do município de Rio Preto.
4. Ainda com relação aos municípios menores, também há a questão da população flutuante, que é aquela que está no município por um motivo específico e tempo determinado. No GVE XXIX o turismo (instâncias hidrominerais; parques aquáticos, áreas de pescaria, grandes eventos, etc.) e empregos (usinas de cana-de-açúcar) são os principais atrativos para os moradores flutuantes. O aumento da população nos municípios menores eleva as coberturas vacinais para valores extremos (acima de 100%).

As coberturas vacinais totais do GVE XXIX são boas, pois são consequências das coberturas dos municípios de referência: São José do Rio Preto, Catanduva e Votuporanga, que representam aproximadamente 50% da população total da regional. Entretanto, por ser um dos maiores Grupos de Vigilância do Estado de São Paulo, em termos de número de municípios, com características tão peculiares, aqui resumidamente descritas, o GVE XXIX tem grandes dificuldades em atingir a homogeneidade preconizada. Neste estudo, evidenciou-se a vacina Tetravalente, mas este cenário é representado por todas as vacinas em toda a série histórica.

Durante as apresentações nas reuniões dos Colegiados, os gestores se comprometeram com as melhorias das coberturas vacinais, repensando suas estratégias municipais. Entre as falas dos gestores, destaca-se o aumento da carga de trabalho no âmbito da vigilância epidemiológica, nos últimos anos, principalmente no que concerne ao enfermeiro responsável.

Atualmente há inúmeras outras preocupações dentro da vigilância do município, diluindo o foco de atenção dos profissionais, que em tempos anteriores se dedicavam com maior atenção a alguns programas específicos, entre eles a imunização. Este cenário pode ser uma das hipóteses que justificam a queda da cobertura da tetravalente nos últimos anos (2010 e 2011), com a atenção do profissional enfermeiro voltada para outras ações da atenção básica. Assim sendo, uma das reformulações propostas nas reuniões foi fortalecer as equipes de saúde, com melhoria nos quadros de funcionários.

Como reformulações das ações em nível regional foram agendadas supervisões nas salas de vacina, com prioridade para as salas com menores coberturas vacinais e/ou com inconsistências de dados digitados; reuniões com as equipes de enfermagem discutindo os atuais nós no processo de trabalho e avaliação periódica dos dados no sistema de informação com correção dos dados.

RECOMENDAÇÕES

Os baixos valores de homogeneidade demonstram a necessidade de outro olhar para as ações de imunização. Por ser uma área que está em constante mudança, o planejamento das ações precisa acompanhar o ritmo e assim atingir resultados efetivos.

Por ser parte integrante da Atenção Básica, as ações não podem acontecer isoladamente, e sim se precisa de parcerias e fortalecimento de vínculos, logo o monitoramento de indicadores pelas diferentes esferas de gestão possibilita a reflexão das ações desenvolvidas, a integração entre os níveis e a união de esforços para o alcance de resultados satisfatórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monteiro, SAMG. Avaliação dos eventos adversos pós-vacina Tetravalente. Brasil, 2002-2005. [dissertação]. Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva, 2007. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/avaliacao-dos-eventos-adversos-pos-vacina-tetravalente-brasil-2002-2005-\[104-041010-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/avaliacao-dos-eventos-adversos-pos-vacina-tetravalente-brasil-2002-2005-[104-041010-SES-MT].pdf). Acessado em: 31 de janeiro de 2013.
2. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac”. Norma Técnica do Programa de Imunização, 2008. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imuni08_ntprog.pdf. Acessado em: 31 de janeiro de 2013.
3. Silva, DGA. Programa de imunização infantil em Umuarama-PR: um estudo dos fatores associados a atrasos de vacinação. [dissertação]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Instituto de Medicina Social, 2010. Disponível em: www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=850. Acessado em: 31 de janeiro de 2013.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2012.pdf. Acessado em: 31 de janeiro de 2013.
5. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. População e estatísticas vitais. Disponível em: http://www.seade.gov.br/index.php?option=com_jce&Itemid=39&tema=5. Acessado em: 31 de janeiro de 2013.
6. Biblioteca Virtual em Saúde. Rede Interagencial de informações para a saúde - RIPSa. Cobertura Vacinal, 2006. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>. Acessado em: 31 de janeiro de 2013.
7. Centro de Vigilância Epidemiológica “Alexandre Vranjac”. Agravos. Imunização. Série Histórica vacinal de menores de um ano. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/imuni/imu_shmenor1.htm. Acessado em: 01/02/2013

Elaborado por: Isabela C. Rodrigues; Adelaide A. Paschoalotto, Suziemeiri Brigatti Alavarse Caron e Vera Trefiglio Rollemberg Eid, do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX - São José do Rio Preto, Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo; e Elenice Delourdes Bruniera, do Grupo de Vigilância Sanitária XXIX, São José do Rio Preto, Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

Endereço para correspondência: Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX
Rua das Palmeiras, nº104/140, Vila Santa Catarina - São José do Rio Preto/SP
CEP: 15080-100

ELIMINAÇÃO DO TRACOMA COMO CAUSA DE CEGUEIRA NO MUNICÍPIO DE RUBINÉIA, NOROESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS AÇÕES REALIZADAS.

Tracoma é uma inflamação crônica da conjuntiva ocular e da córnea – uma ceratoconjuntivite recidivante - cujo agente etiológico é a *Chlamydia trachomatis*. A principal forma de transmissão é a direta, de olho a olho, ou indireta, através de objetos contaminados (toalhas, lenços, lençóis e/ou fronhas). A doença tem duas fases: a fase Inflamatória, que é transmissível e a fase sequelar, que não é transmissível. O diagnóstico de tracoma padronizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em cinco formas clínicas é: Tracoma inflamatório folicular (TF), Tracoma inflamatório intenso (TI), Tracoma cicatricial (TS), Triquíase tracomatosa (TT) e Opacificação corneana (CO).¹ É uma doença de notificação compulsória no estado de São Paulo e também é considerada a principal causa de cegueira evitável no mundo.^{1,2}

A OMS propõe a eliminação do tracoma como causa 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 TT, **A** – antibioticoterapia nos casos de tracoma ativo, **F** – higiene facial e **E** – melhoria no meio ambiente.³

Para alcançar a meta de eliminação a OMS preconiza que o município apresente uma prevalência de tracoma ativo (TF e ou TI) menor do que 5% em crianças de 1 a 9 anos de idade e prevalência de TT menor do que 0,1%.⁴

Este artigo tem como objetivo relatar as ações realizadas para alcançar a meta de eliminação do tracoma como causa de cegueira no município de Rubinéia –SP.

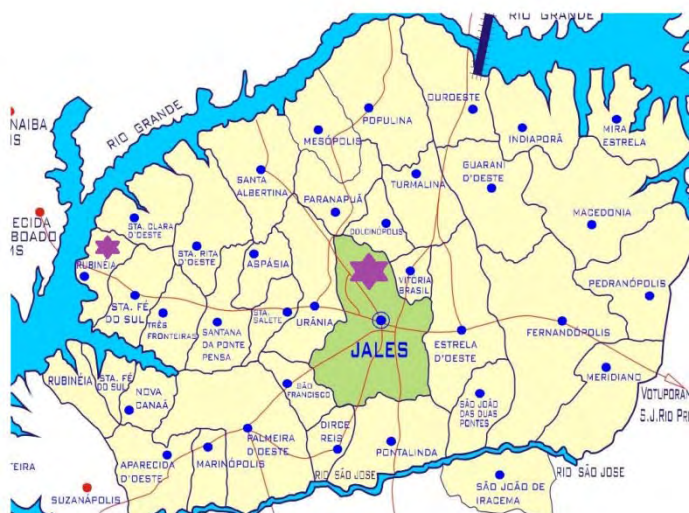
Em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde, o Centro de Oftalmologia Sanitária em parceria com a equipe do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Jales (GVE XXX) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Diretoria do Departamento de Saúde do Município de Rubinéia assinaram um acordo para a realização das ações do Plano. Os Indicadores pactuados para a Meta final de intervenção foram: Prevalência de TF menor do que 5% em crianças de 1 a 9 anos de idade em todo o município e prevalência de TT menor do que 1/1000 habitantes.

O município de Rubinéia se localiza na região noroeste do estado de São Paulo, distante 634 km da capital, na mesorregião de São José do Rio Preto e na microrregião de Jales. (mapa) Foi contemplado com recursos financeiros na Portaria Ministerial nº 2.556 das doenças em eliminação para a realização das atividades do Plano de eliminação do Tracoma como causa de cegueira, em função de ter apresentado taxa de detecção maior do que 10% na série histórica de tracoma de 2000 a 2010.⁵

Segundo o DataSUS Rubinéia tem uma população total de 2.862 habitantes, 278 crianças de 1 a 9 anos de idade e 980 pessoas com 50 anos ou mais de idade.

Inicialmente foi realizada uma reunião na cidade de Rubinéia, com profissionais da área da saúde e da educação do município, quando se discutiu sobre atividades a serem realizadas. Na ocasião ocorreu também um treinamento sobre Tracoma: prevenção e tratamento, Conjuntivites, Acuidade Visual e Medidas de Higiene Ocular.

Como município tinha menos do que 1.000 crianças de 1 a 9 anos, a estratégia adotada foi realização de censo de todas as crianças dessa faixa etária para conhecer a prevalência de tracoma inflamatório ou ativo. A meta do projeto era examinar 98% das crianças de 1 a 9 anos e 80% das pessoas com idade de 50 anos ou mais do município. Mapa da localização do Município de Rubinéia e Regional de Jales, Estado de São Paulo.



No período de 23 a 27 de abril de 2012 as interlocutoras do Programa de Controle de Tracoma do GVE XXX, utilizando lupa 2,5X de aumento e boa iluminação, realizaram na escola e na creche o inquérito de tracoma em todas as crianças de 1 a 9 anos de idade. As crianças que não estavam presentes nos dias do inquérito foram avaliadas, posteriormente, na Unidade Saúde da Família da sede.

Os Agentes Comunitários de Saúde, com supervisão da enfermagem, realizaram triagem para a identificação dos casos suspeitos de triquíase nas pessoas acima de 50 anos na sede e no distrito.

Os casos detectados foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET – Inquérito de Tracoma) e, concomitantemente, no Sistema de Informação do Tracoma e foi realizado o preenchimento da Ficha de Investigação Epidemiológica do Tracoma. Como também foram preenchidos os dados no FORMSUS do Ministério da Saúde.

Foram examinadas 277 crianças de 1 a 9 anos de idade e 144 crianças de 10 a 14 anos. A prevalência de tracoma ativo em crianças de 1 a 9 anos de idade foi de 9 (3,3%), sendo 7 em escolares e 2 casos de crianças que não frequentavam a escola.

Foram examinadas 880 pessoas acima de 50 anos e encaminhados para exame ocular confirmatório 34 adultos. Não foram detectados casos de Tracoma nas pessoas acima de 50 anos, sendo diagnosticados 2 casos de Triquíase não-tracomatosa que foram encaminhados para um serviço de saúde de referência no Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP.

Todos os casos de Tracoma foram tratados com Azitromicina sistêmica de acordo com o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde; os mesmos serão acompanhados até a obtenção da cura. Os comunicantes intradomiciliares dos casos confirmados foram avaliados e tratados.⁶

A meta alcançada de exames oculares em crianças de 1 a 9 anos foi de 99,6% e de exame de adultos foi de 89,8%.

CONCLUSÕES

Essa atividade operacional, em nível municipal, foi desenvolvida a partir do Plano de Eliminação do Tracoma como Causa de Cegueira elaborado pelo GVE XXX Jales da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pela Diretoria do Departamento de Saúde de Rubinéia, SP, que continha as principais atividades de vigilância epidemiológica para a eliminação do Tracoma como a triagem, detecção dos casos, tratamento e acompanhamento, monitoramento da situação epidemiológica e registro no SINAN-NET, além de atividades de educação em saúde e investigação dos comunicantes.

O plano de eliminação do GVE Jales contempla a realização de um inquérito de tracoma por amostragem domiciliar e vários censos de municípios até o ano 2015.

Rubinéia, município do GVE Jales, foi o primeiro município do estado de São Paulo a provar que alcançou a meta de eliminação do tracoma, para receber a certificação da eliminação da doença como causa de cegueira, pois a prevalência de TF foi de 3,3%, menor do que 5% e a prevalência de TT menor do que 0,1%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. World Health Organization – London Scholl of Hygiene & Tropical Medicine & International Trachoma Initiative. Trachoma Control a guide for programme managers. 2006
2. São Paulo (Estado) Lista das doenças de notificação compulsória – DNC. DOE Resolução SS-20, de 22-02-2006.
3. World Health Organization. Future Approaches to trachoma control: report of a global scientific meeting, Genebra, WHO Programme of Blindness and Deafness, 1996 (WHO/PBL/96.56).
4. WHO Alliance for the Global Elimination of Blinding Trachoma by 2020. Report of the 2nd Global Scientific Meeting on Trachoma, Geneva, 25-27 August 2003. Geneva: WHO, 2003 (WHO/PBD/GET.03.1).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº. 2556 de 28 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011. Seção I, p. 87.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Elaborado por: Margaret G. Cortez, Cristiani A. Zanin, Sandra R. A. Cruz, José M. Pinto Neto - Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE – XXX) – Jales; Norma H. Medina - Centro de Oftalmologia Sanitária, Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Endereço para Correspondência: Margaret G. Cortez; GVE XXX – Jales; Telefone: 17-36321497; E-mail: cortezmangini@terra.com.br



Exame ocular em escola

DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**Tabela 1** - Casos e Surtos confirmados de doenças e agravos notificados ao CVE, Estado de São Paulo, de 2007 a 2010, 2011 e 2012*

Doenças/agravos - Casos Confirmados	2007-2010	2011	2012*
Botulismo	12	0	5
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Surtos)	1.632	39	88
Caxumba [Parotidite Epidêmica] Sem Complicações (Casos envolvidos em Surtos)	7.904	150	215
Cólera	0	1††	0
Conjuntivite§§	549.418	1.187.356	318.394
Coqueluche	751	916	1.028
Dengue (Casos Autóctones e Importados)	317.904	97.882	25.383
Diarréia (Casos monitorados pela MDDA)**	2.879.475	940.200	1.146.212
Diarréia (Surtos)	2.001	137***	138
Diarréia (Casos envolvidos em Surtos)	37.753	9.524***	5.675
Doença de Creutzfeldt-Jacob e Outras Doenças Priônicas	27	17***	40
Esquistossomose (Casos Autóctones)	607	84	85
Esquistossomose (Total de Casos)	5.317	1.080	1.094
Febre Maculosa / Rickettsioses	200	82	87
Febre Tifóide	36	3	2
Hantavirose	78	21	13
Hepatite A(Surtos)	131	15***	7
Hepatite A (Casos envolvidos em Surtos)	819	83***	23
Hepatite A (Casos esporádicos)	1.116	204***	175
Hepatites B	13.807	3.953	4.098
Hepatites C	25.077	6.360	6.214
Hepatite B + C (co-morbidade)	688	136	131
SRAGH/Influenza Humana A (H1N1)†	12.091	26	371
Leishmaniose Tegumentar Americana	1608***	254***	285
Leishmaniose Visceral	1.107	232	247
Leptospirose	3136	971***	785
Doença Meningocócica	5.130	1.363	1.168
Outras Meningites Bacterianas	7.516	1.724	1.638
Meningites Virais	21.209	4.230	5.294
Outras Meningites	4.355	833	968
Paralisia Flácida Aguda (em < 15 anos)	347	91	88
Poliomielite (poliovírus selvagem)	0	0	0
Rotavírus (em < 5 anos)§	294	152	23
Rubéola	2.373	0	0
Sarampo	0	27	1
Síndrome da Rubéola Congênita	23	0	0
Síndrome Hemolítico-Urêmica	5	2	1
Tétano Acidental	88	26	18
Tracoma¶	9.071	1.760	2.202
Varicela (Surtos)	10.454	2.715	3.000
Varicela (Casos envolvidos em Surtos)	78.423	17.657	18.934
Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (excluídas as urbanas)	49.735	31.408	...

Fonte: SINAN Net (com correções)

HANSENÍASE**Prevalência – Casos em Registro Ativo**

Nº Absoluto	Coef.Prev. (p/10.000 hab.)	Casos Novos Detectados	
		Nº Absoluto	Coef. Detec. (p/100.000 hab.)
2079	0,50	1.631	3,89

Fonte: Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase

Indicadores de Pactuação de Hanseníase – Resultado-2012

Proporção de cura dos casos detectados de hanseníase nos anos de coorte (PB – 2011 e MB – 2010): **91,29%**

Proporção de examinados entre os contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase: **77,34%**

Tuberculose	Média 2007-2011		2012	
	Casos	Coef. (por 100 mil habitantes)	Casos	Coef. (por 100 mil habitantes)
Total de casos	18.582	44,9	19.076	45,5
Casos Novos	15.822	38,2	16.053	38,3
Retratamentos	2.645		3.023	
Casos Novos Bacilíferos	9.046	21,9	8.969	21,4

Fonte: TBWEB

Notas:

(*) 2011 - dados provisórios

(**) Fonte: SIVEP_DDA/SVS/DATASUS

(***) atualização nos dados

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

(††) Caso importado

(§) Fonte: Vigilância Sentinela do Rotavírus e SINAN Net (com correções)

(§§) Sinan Net surto e sistema de vigilância de conjuntivites

(¶) Fonte: Inquérito de Tracoma/SINAN Net

(...) = dados não disponíveis, devido às diferentes periodicidades para encerramento dos casos.

Acum. – casos acumulados

SE – Semana Epidemiológica

NOTÍCIAS

SÃO PAULO INICIA AS ATIVIDADES DO PLANO DE ELIMINAÇÃO DO TRACOMA



A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a eliminação do tracoma como causa 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 TT), **A** (antibioticoterapia nos casos de tracoma ativo), **F** (higiene facial) e **E** (melhoria no meio ambiente).

Em 2008, por ocasião da IX Reunião da Aliança Global da OMS para eliminação do tracoma como causa de cegueira, o governo brasileiro se propôs a realizar esta tarefa até o ano de 2015.

Os indicadores epidemiológicos para obtenção da certificação de eliminação do tracoma como causa de cegueira junto a OMS são:

- menos de um caso de Triquíase

Tracomatosa (TT) por 1.000 habitantes e,

- menos de 5% de tracoma inflamatório ou ativo (TF e/ou TI) em crianças menores de 10 anos em todas as comunidades ou bairros de um município.

Para o levantamento da situação de tracoma ativo será realizado um inquérito de base domiciliar, com o objetivo de estimar a prevalência do tracoma em crianças de 1 a 9 anos de idade, nas residências dos municípios da área considerada prioritária. São considerados prioritários aqueles municípios que têm 0,47 ou maior de índice de pobreza do IBGE ou apresentarem prevalência de 10% ou maior, na série histórica para os anos de 2000 a 2011. Para tanto, será selecionada uma amostra representativa da população em setores censitários onde concentram-se as famílias com renda per capita menor do que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. A amostragem será realizada por conglomerados, onde a unidade amostral é o domicílio. Os domicílios incluídos na amostra serão visitados para realização de exame ocular externo de todos os residentes. Será realizado tratamento dos casos de tracoma ativo e dos comunicantes domiciliares com antibiótico e acompanhamento segundo orientações da OMS.

Em junho de 2012, a equipe de profissionais do Centro de Oftalmologia Sanitária do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizou um treinamento para execução do trabalho de campo do inquérito em Itapevi, GVE X – Osasco visando atualizar e repadronizar para o diagnóstico clínico da doença, para os procedimentos a serem realizados e para maneiras de abordagem da população. Participaram do treinamento 17 médicos dos municípios de Barueri, Itapevi, Carapicuíba, Cotia, Jandira, Juquitiba, Osasco, Santana de Parnaíba, São Lourenço da Serra e Vargem Grande Paulista do GVE X Osasco; Guarulhos – GVE VIII Mogi das Cruzes, GVE - Santo André, GVE - São João da Boa Vista e do CVE.

A parte prática do treinamento foi desenvolvida em escolas municipais contando com o apoio da Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Itapevi. Todos os participantes foram repadronizados com pelo menos 80% de acertos do diagnóstico clínico. Esse evento contou com o apoio da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Itapevi e GVE X Osasco. O Centro de Oftalmologia Sanitária do CVE vem dando suporte técnico, material de educação em saúde e insumos para a viabilização do plano de eliminação no estado de São Paulo.

Elaborado por: Vera Helena Joseph¹, Miria Lazzarini da Silva¹, Shizuko Nishimura² e Norma H. Medina³ 1 – Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Itapevi; 2 – GVE X Osasco, 3 - Centro de Oftalmologia Sanitária do CVE.

Endereço para correspondência:

Norma Helen Medina - email: dvoftal@saude.sp.gov.br tel: 11 3066-8153, 3066-8120

O *BE CVE* é uma publicação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil. Todo o material publicado é de domínio público permitindo-se sua reprodução desde que citada a fonte e que não seja para fins comerciais.

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

Centro de Vigilância Epidemiológica

Ana Freitas Ribeiro – Diretora Técnica do CVE/CCD/SES-SP

Equipe editorial

Coordenadora Executiva – Márcia Cristina Fernandes Prado Reina

Cláudia Valencia Montero

Claudio Celso Monteiro Jr.

Daniel Marques

Geraldine Madalosso

Marco Antonio de Moraes

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Norma Helen Medina

Projeto Gráfico

Maria Bernadete de Paula Eduardo

Editoração e Arte final

Claudia Valencia Montero



Centro de Vigilância Epidemiológica Prof.
Alexandre Vranjac

Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo