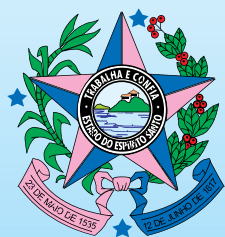


Espírito Santo
1ª Edição 2019

Boletim Epidemiológico

A saúde em crianças menores de 10 anos

Boletim Epidemiológico por ciclo de vida



**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**

Secretaria de Estado da Saúde



JOSÉ RENATO CASAGRANDE
Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde

JOSE TADEU MARINO
Subsecretário para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

KELLY ROSE AREAL
Gerente da Vigilância em Saúde

LARISSA DELL' ANTONIO PEREIRA
Chefe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica

AUTORES

Agnes Lopes Lima
Albertina Maria Salomão Rocha
Amanda Del Caro Sulti
Ana Paula Brioschi
Célia Márcia Birchler
Danielle Grillo Pacheco Lyra
Denise de Souza Pimentel
Edina Cellis Vaccari Baltar
Edleusa Gomes Ferreira Cupertino
Erika Cardoso dos Reis
Flávia Maria Oliveira Saibel dos Santos
Grazyelle Fonseca Costa de Bôrtoli
Jeane Soares de Aguiar
Juliana Rodrigues Tovar Garbin
Kátia Guerzet Teixeira
Livia Welter Mannato Redins
Marcello Barbosa Leal
Marcio Nunes Rodrigues
Priscila Rocha Araújo Nader
Raphael Lubiana Zanotti
Renato Luiz Carpanedo
Ronise Valéria Guarnier
Rosiane Ramos Catarino
Rúbia Tabachi de Oliveira
Sandra Fagundes Moreira-Silva
Sávio Guimarães Britto
Silvana Oliveira Dias Valada
Talib Moyses Moussallem
Theresa Cristina Cardoso da Silva
Valeria Cristina Pim Figliuzzi Arantes

Organização

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino
Jeane Soares de Aguiar

ASSCOM/SESA

Guilherme Campello

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	7
Mortalidade infantil, no Estado do Espírito Santo - 2008 a 2017	9
Situação da AIDS em crianças de 0 a 10 anos de idade no Estado do Espírito Santo – 2017	12
Situação da sífilis congênita no Estado do Espírito Santo - 2017.	14
Hepatites virais em crianças de 0 a 9 anos, no Estado do Espírito Santo - 2007 a 2017.....	16
Aspectos epidemiológicos da Dengue em crianças no Estado do Espírito Santo	18
Síndrome da Zika congênita em crianças no Estado do Espírito Santo	20
Frequência da internação por Chikungunya em crianças menores que 10 anos, residentes no Estado do Espírito Santo, 2016 e 2017.	21
Febre Amarela em crianças no Estado do Espírito Santo	23
Aspectos epidemiológicos das Leishmanioses em crianças no Estado do Espírito Santo	25
Aspectos epidemiológicos do Tracoma em crianças menores de 10 anos no Estado do Espírito Santo	28
Surtos de doenças de transmissão alimentar em menores de 10 anos no Estado do Espírito Santo - 2012 a 2017.	30
Aspectos epidemiológicos dos acidentes por animais peçonhentos em crianças menores de 10 anos no Estado do Espírito Santo.	33
Neoplasias em menores de 10 anos no Estado do Espírito Santo	35
Efeitos do fumo em gestantes, lactentes e crianças.	38
Estado nutricional de crianças menores de 10 anos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Estado do Espírito Santo	41
A Vigilância alimentar e nutricional no Programa Bolsa Família - ES	45
Perfil da mortalidade por causas externas na população menor de 10 anos, residente no Estado do Espírito Santo - 2017.	48
Situação epidemiológica das notificações de violência contra a criança menor de 10 anos no Estado do Espírito Santo de 2007 a 2017.	50
Cobertura vacinal da poliomielite e sarampo em crianças no Estado do Espírito Santo	53

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) apresenta o 1º Boletim Epidemiológico por ciclo de vida: A Saúde da Criança menor de 10 anos do Espírito Santo, no período entre 2007 a 2017. É uma publicação de autoria da equipe da Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde, especialmente do Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica, em parceria com as referências técnicas da saúde da criança, que agregando o maior número de análise dos agravos e doenças possíveis, concretiza a responsabilidade em divulgar uma leitura da mortalidade e morbidade dos menores de 10 anos, segundo sexo, faixa etária e região de saúde do Estado do Espírito Santo.

Os dados foram obtidos através dos sistemas de informação da saúde, de domínio público, utilizados como ferramentas de trabalho pelos profissionais e gestores de saúde e público em geral. Tais sistemas apresentam informações referentes às doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e de promoção da saúde que possibilitam a análise epidemiológica além da avaliação do impacto desses agravos e doenças sobre essa população.

A finalidade deste instrumento é dar visibilidade aos agravos da saúde da criança, considerando o impacto que alguns agravos ocorridos na infância afetam na vida adulta, e a importância da prevenção e promoção de cuidados e proteção da criança, sobretudo na 1ª infância, valorizando a informação epidemiológica, balizado por evidências originadas dos bancos de dados da saúde, como estratégia para o planejamento em saúde coletiva e investimentos em saúde para o público desta faixa etária.

Dessa forma, espera-se estabelecer uma linha de base para o monitoramento de indicadores, com vistas a possibilitar a ampliação da assertividade no planejamento das prioridades e das ações em saúde, na busca da prevenção, controle dos agravos, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida neste nicho da população, além de corroborar para a implantação e implementação de políticas públicas e no desenvolvimento de ações e programas intersetoriais, que possam impactar progressivamente na redução dos fatores de risco, visando o enfrentamento de agravos e doenças, prevenção e promoção da saúde da população menor de 10 anos.

INTRODUÇÃO

O Brasil assumiu, na Constituição Federal de 1988, a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, a proteção integral da criança, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além de ratificar os mais importantes pactos, tratados e convenções internacionais sobre os direitos humanos da criança. A partir de então, o país conquistou grande diminuição nas taxas de mortalidade infantil (< 1 ano) e de mortalidade na infância (< 5 anos), atingindo o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015, com três anos de antecedência, com redução de 77%, neste indicador, uma das maiores do mundo. Também se observa admirável controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno.

Apesar dos avanços nos indicadores de saúde infantil e dos investimentos nas políticas públicas federais voltadas à saúde da criança, como a Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil (Rede Cegonha), o Programa Intersetorial Brasil Carinhoso e o Programa Criança Feliz, fica evidente a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de saúde e, ao mesmo tempo, universalizar todos os avanços para grupos de maior vulnerabilidade, tais como as crianças indígenas, quilombolas, ribeirinhas, com deficiências e as doenças raras, além de garantir não só a sobrevivência, mas o desenvolvimento integral de todas as crianças, condição essencial para o exercício da cidadania e a garantia do desenvolvimento nacional, bem como para o cumprimento dos compromissos do País diante das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 (ODS) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Frente a desafios tão complexos e plurais e visando à qualificação das estratégias e ações voltadas à Saúde da Criança na agenda da saúde pública brasileira, nas esferas federal, estadual e municipal, mostrou-se necessária a elaboração de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Em 5 de agosto de 2015, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 1.130, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos. Tem como objetivo: “promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.” (BRASIL, 2015b, art. 2º).

Os sete eixos estratégicos que compõem a política têm como finalidade, orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território, a partir dos

determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos. Suas ações se organizam a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase para as redes temáticas, em especial à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território, e servirão de fio condutor do cuidado, transversalizando a Rede de Atenção à Saúde, com ações e estratégias voltadas à criança, na busca da integralidade, por meio de linhas de cuidado e metodologias de intervenção, o que pode se constituir em um grande diferencial a favor da saúde da criança. A

A implementação de ações na saúde da criança devem acontecer de forma articulada entre os entes federativos (governo federal, estadual e municipal), com intersetorialidade e apoio institucional.

A saúde da criança está contemplada na Rede Estadual Materno infantil e, nas demais redes de atenção (Rede de Atenção Psicossocial, na Rede de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência Física, na Rede de Agravos não Transmissíveis e na Rede de Urgência e Emergência), as ações de saúde da criança perpassam como um dos temas transversais.

As linhas de cuidado da saúde da criança têm como objetivos a redução da morbimortalidade infantil e a garantia de um crescimento e desenvolvimento saudável.



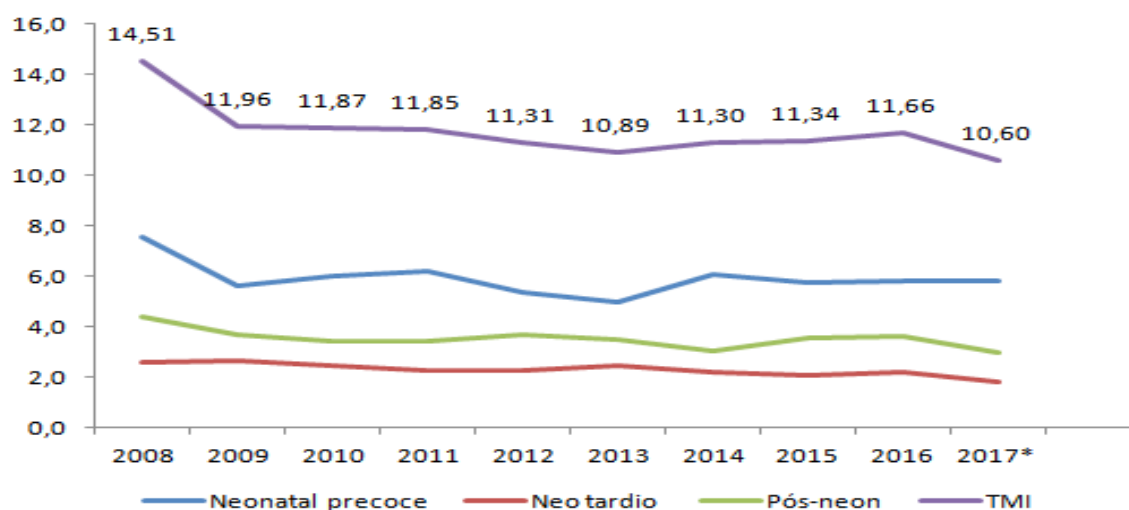
Mortalidade Infantil, no Estado do Espírito Santo - 2008 a 2017

Agnes Lopes Lima

Referência técnica da vigilância materno infantil

O Estado do Espírito Santo registrou em 2017 uma taxa de mortalidade infantil de 10,60 óbitos em < de 1 ano para cada grupo de 1.000 nascidos vivos. Foi a menor taxa já registrada no ES no período de 10 anos, representando uma queda de 26,92% em relação ao ano de 2008, quando o coeficiente foi de 14,51/1000 nascidos vivos. A queda ocorreu em todas as faixas etárias infantis, mas foi mais expressiva no componente pós-neonatal, onde a redução foi de 32,02% nos últimos 10 anos (Figura 1).

Figura 1 – Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal. ES, 2008 a 2017*



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

*Dados preliminares, sujeitos à alteração.

A maioria dos óbitos infantis ocorreram no período neonatal (Figura 1), com maior incidência na faixa etária neonatal precoce. Esta ocorrência está associada ao elevado número de óbitos em recém-nascidos com baixo peso ao nascer e em prematuros (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2: Mortalidade Infantil e peso ao nascer. ES, 2008 a 2017*

Ano do óbito / Peso ao nascer	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
< 500g	24	10	16	17	23	14	41	32	32	22	231
501 a 999g	151	118	126	145	119	137	145	128	141	152	1362
1000 a 1499g	92	82	68	66	94	74	73	77	79	69	774
1500 a 2499g	149	104	101	103	87	108	113	113	119	114	1111
2500 a 2999g	95	75	85	52	63	53	76	90	69	60	718
3000 a 3999g	159	121	107	103	73	65	113	127	109	114	1091
4000 e +	19	12	11	12	12	11	14	15	13	11	130
Ignorado	64	94	102	131	127	127	64	64	61	50	884
Total	753	616	616	629	598	589	636	646	623	592	6301

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

*Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Tabela 3 – Mortalidade Infantil e semanas de gestação. ES, 2008 a 2017*

Semana de gestação	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Ignorado	27	28	23	15	4	22	14	6	2	3	144
< 22	10	12	12	27	30	33	50	37	38	23	272
22 a 27	125	85	116	111	91	100	122	107	127	139	1123
28 a 31	115	114	76	75	96	90	89	85	91	76	907
32 a 36	152	118	120	90	96	92	116	125	116	106	1131
37 a 41	282	204	192	151	137	126	169	208	186	191	1846
≤ 42	5	8	8	7	3	3	6	4	3	4	51
Não informado	37	47	69	153	141	123	73	74	60	50	827
Total	753	616	616	629	598	589	639	646	623	592	6301

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

*Dados preliminares, sujeitos à alteração.

As principais causas de óbitos infantis foram as afecções perinatais (57,41%), decorrentes principalmente de fatores maternos e complicações da gravidez e parto. A segunda maior causa foi malformação congênita, responsável por 1684 mortes no período (26,70%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Causas de mortalidade infantil. ES, 2008 a 2017*

Causas Capítulos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Algumas afec originadas no período perinatal	442	338	353	370	531	354	356	347	360	341	3621
Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	186	176	161	168	138	142	190	199	166	158	1684
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	33	34	24	20	23	33	26	33	32	21	279
Doenças do aparelho respiratório	25	17	23	18	33	20	21	25	26	25	233
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	19	17	16	17	22	17	17	17	17	19	179
Mal definidas	14	5	11	8	9	3	3	6	7	6	72
Doenças do sistema nervoso	13	10	3	7	6	3	4	7	4	4	61
Doenças do aparelho digestivo	7	4	7	4	4	5	3	6	3	4	47
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	5	6	9	4	4	4	2	1	4	45
Neoplasias (tumores)	3	2	1	2	4	0	1	6	1	3	23
Doenças do aparelho circulatório	0	0	3	2	2	5	3	1	2	2	20
Doenças do aparelho geniturinário	2	4	3	2	0	1	1	0	3	2	18
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	3	2	2	1	1	0	1	2	1	14
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	5
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4
Transtornos mentais e comportamentais	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	753	616	616	629	598	589	636	651	625	591	6307

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

*Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Apesar da tendência de declínio da mortalidade infantil no estado do Espírito Santo, o padrão de comportamento da mortalidade neonatal, principalmente a neonatal precoce, denuncia a deficiência do sistema local de saúde.

Os óbitos ocorridos em recém-nascidos a termo e com peso adequado tiveram como principais causas evitáveis as reduzíveis por adequada atenção à gestante no parto e podem estar relacionadas à peregrinação da gestante em busca de assistência ao parto, o que sinaliza necessidade de melhoria do acesso à assistência ao pré-natal e ao parto com qualidade, reforçando a gestão integrada e articulada das linhas de cuidado da gestante e das redes de atenção materno-infantil.

Ressalta-se que as mortes infantis são eventos de notificação compulsória e investigação obrigatória nos serviços de saúde, portanto, é necessário o investimento em pessoal qualificado e estrutura dos serviços nos municípios para a realização dessa atividade. É através da investigação dos óbitos que detectamos as possíveis causas que levaram à morte, podendo mudar o cenário futuro, evitando que eventos semelhantes aconteçam novamente.

A responsabilização e o compromisso sobre a população de sua área de abrangência devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de identificar os problemas, as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis.

Referências bibliográficas

1. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2. Mortalidade neonatal evitável, Espírito Santo, Brasil, 2007 a 2009 / Laura Poderosa Da Silva. – 2012. 82 f.: il.
3. Portaria Nº 72, de 11 de janeiro de 2010 – Ministério da Saúde, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html - 19/11/2018.
4. Sistema de Informações sobre Mortalidade – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.
5. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

Situação da AIDS em crianças de 0 a 10 anos de idade no Estado do Espírito Santo – 2017

Sandra Fagundes Moreira Silva

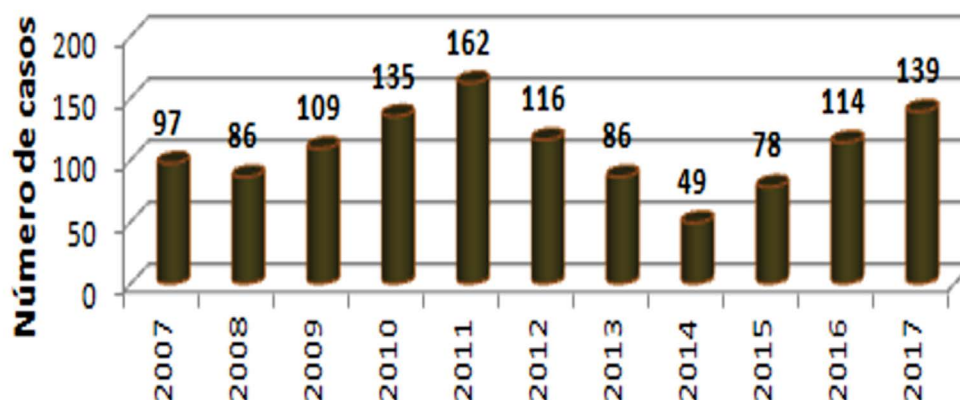
Referência técnica estadual da vigilância das IST/AIDS

No Espírito Santo, no período de 1992-2017, foram registrados no SINAN 406 casos de Aids em crianças menores de 10 anos por transmissão vertical, sendo que 325 destes eram crianças menores de 05 anos. O número de crianças com Aids de 0 a 10 anos no ES representa 2,8% entre os 14.470 casos de HIV/AIDS registrados até dezembro de 2017 no estado. Os casos de crianças que tiveram diagnóstico de Aids com idade de 06 a 10 anos demonstram um diagnóstico tardio da doença, pois são casos de transmissão vertical, este número representa um total de 181 crianças que perderam a chance de um tratamento precoce. O número de casos tem diminuído ano a ano, se compararmos o ano de 2009, com 21 casos, e o ano de 2017, com 07 casos, observa-se uma queda de 66,7% no número de crianças com Aids.

O número de casos de crianças com Aids, por transmissão vertical, está relacionado ao número de casos de Gestantes HIV+. A taxa de incidência de gestantes com HIV no ES vem apresentando tendência de aumento nos cinco anos, se compararmos 2013, 86 casos, ao ano de 2017, foram 139 casos (taxa de incidência de 2,6 casos por mil nascidos vivos) observamos um aumento de 61,8% de casos de gestantes HIV+ no período. Este aumento deve-se provavelmente ao maior diagnóstico de HIV no pré-natal devido ao incremento de uso de testes rápidos. Porém, com as ações de capacitações, distribuição de insumos como testes rápidos, Medicamentos antirretrovirais, fórmula infantil e preservativos, ações de prevenção e tratamento para o HIV no pré-natal, tem se observado queda na transmissão vertical (A Figura 1).

A taxa de incidência de gestantes HIV+ por ano de diagnóstico no ES no ano em 2017, foi de 2,6/1.000 Nascidos Vivos, menor que a taxa no Brasil, que foi de 2,7 .

Figura 01: Casos notificados de gestantes HIV+ por ano de parto, no Espírito Santo, período 2007 - 2017.



Fonte: SESA-ES / C.E. DST-AIDS – Boletim N.33-2018 -Dados até maio 2018

Em 2016 foi publicada a Portaria Estadual Nº 330-S/2016, que instituiu o Comitê Estadual de Investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B. Em 2019, a Coordenação Estadual estará implementando junto aos 78 municípios do Estado, o pacto de ações para prevenção e assistência das IST, SÍFILIS, HIV, Hepatites Virais e da transmissão vertical da Sífilis e HIV, com metas para a melhoria na qualidade de assistência no pré-natal (Resolução Nº207/2018 da Comissão Intergestores Bipartite-CIB).

Nos períodos de 2013 a 2017, o número de casos de casos de Aids por transmissão vertical, em < 05 anos de idade mantiveram-se estáveis no decorrer deste período, com variações entre si. O pacto estadual prevê que até ano 2020, nenhuma criança nascendo com AIDS. Porém nesse período, 18 municípios do ES notificaram casos de Aids em crianças nessa faixa etária Cariacica (06), Vila Velha (05), Ibirajú (03), Serra (03) e Guarapari (03). Tabela 01.

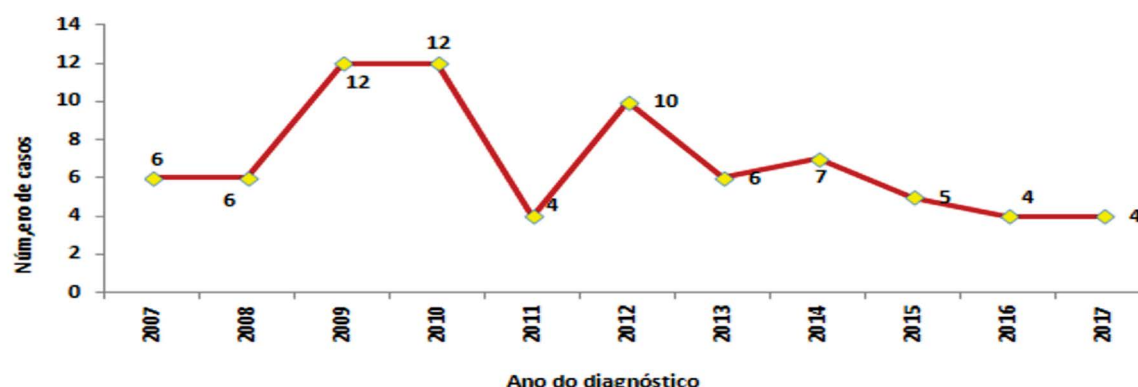
Tabela 01 Casos de AIDS em crianças de 0 a 10 anos, segundo ano diagnóstico, municípios e regiões de saúde no período de 2013 a 2017 – ES

Regional de Residência	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Central	0	1	3	0	0	4
Metropolitana	2	6	4	4	4	20
Norte	3	0	0	0	1	4
Sul	2	1	3	0	2	8
Total	7	8	10	4	7	36

Fonte: SESA-ES / C.E. DST/AIDS – Boletim Epidemiológico N.33-2018 – Dados até Dezembro de 2017

Em 2017, foram notificados no ES quatro casos novos de AIDS em < de cinco anos, por transmissão vertical, nos municípios de Apicá, Barra de São Francisco, Marechal Floriano e Piúma. Representando uma taxa de incidência de 0,1/1.000 nascidos vivos. Para que seja considerada eliminada a transmissão vertical do HIV, a taxa de incidência é de menor ou igual a 0,3 /1.000 nascidos vivos (OPAS). O ES apresentou redução da transmissão vertical do HIV com queda de -1,1%, em 2016. (Figura 02)

Figura 02 - Casos notificados de AIDS em crianças menores de 5 anos de idade, por ano diagnóstico. Espírito Santo, período 2007-2017



Fonte: SESA-ES/C.E. - DST/AIDS/BE 33- 2018 - IBGE/ DATASUS/ TABNET/-SINAN

Referência Bibliográfica

1. ESPIRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE IST/AIDS Nº 33 -2018 – disponível www.saude.es.gov.br

Situação da sífilis congênita no Estado do Espírito Santo - 2017

Sandra Fagundes Moreira-Silva

Referência técnica estadual da vigilância das IST/AIDS

A sífilis congênita é um agravo com destacada prioridade para a Secretaria de Estado da Saúde do ES, como importante problema de saúde pública do estado. Esta doença é de Notificação Compulsória nos serviços de saúde públicos e privados (Portaria Ministerial Nº 204 e 205 de 2016), Nessa, foram observados os critérios de definição de caso de sífilis congênita conforme Nota Informativa Nº02-SEI /2017-DIAHV/SVS/MS, que apresenta mudanças nos critérios de definição, conforme os adotados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os dados analisados foram obtidos através dos sistemas de informação de agravos de notificação (SINAN), sistema de informação de mortalidade (SIM), e Sistema Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

No Estado do Espírito Santo assim como no Brasil nos últimos anos, foi observado um aumento do número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita. Conforme definição adotada pela OPAS, para a eliminação da transmissão vertical da Sífilis, o Brasil optou por utilizar a taxa de incidência de sífilis congênita de $\leq 0,5$ casos por 1.000 nascidos vivos. Como forma de prevenção da transmissão vertical, como prioridade, a Secretaria de Estado da Saúde do ES formulou e publicou em 2016 o Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis e criou o Comitê Estadual de Investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B (Portaria Estadual Nº 330-S/2016). Para o ano de 2019, a Coordenação Estadual de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais estará implementando junto aos 78 municípios do Estado o Pacto de Ações para prevenção e assistência das IST, Sífilis, HIV, Hepatites Virais e da transmissão vertical da Sífilis e HIV, com meta na melhoria da qualidade de assistência no pré-natal (Resolução Nº207/2018 da Comissão Intergestores Bipartite-CIB).

Em 2017 no Estado, foram notificados 1.596 casos de sífilis em gestantes e 734 casos de sífilis congênita (crianças menores de dez anos), com a ocorrência de dois óbitos. A notificação de casos de sífilis em gestantes ocorre obrigatoriamente desde o ano de 2005 no Brasil (Portaria Ministerial Nº33 / 2005). No ano de 2017, no Espírito Santo ocorreu um aumento de 2,5 vezes mais em relação ao ano de 2013 (725 casos), com taxa de incidência de 28,5/ 1.000 nascidos vivos (N.V.).

O Estado do Espírito Santo no ano de 2017 apresentou a 3ª maior taxa de incidência de sífilis em gestantes do Brasil e também a 3ª maior taxa de incidência de sífilis congênita, com 13,1 casos por 1.000 nascidos vivos, (fonte: Boletim Epidemiológico SÍFILIS 2017-MS)

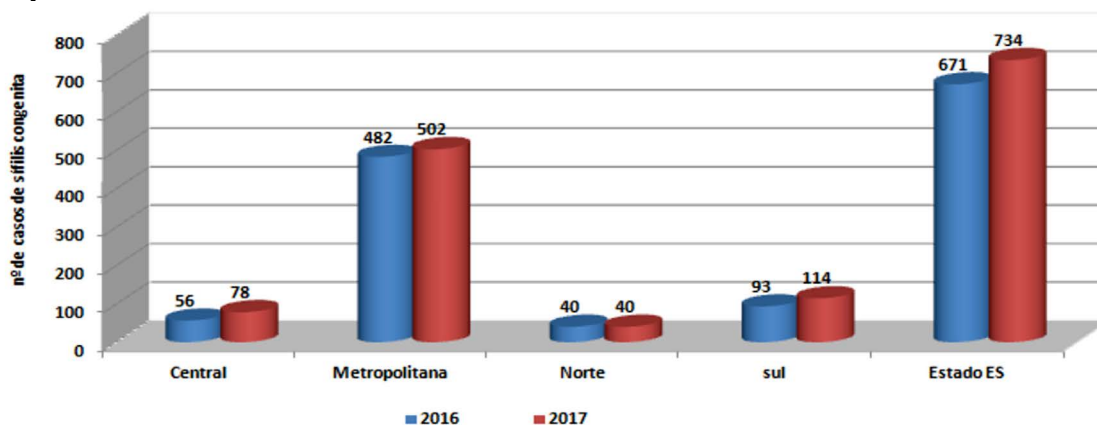
No país, com o aumento de casos de sífilis em gestantes, observou-se um aumento de 4,7% nas notificações de casos de Sífilis Congênita de 2015 a 2016.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2016 o Estado do Espírito Santo apresentou a terceira maior taxa de incidência de Sífilis Congênita. Nos últimos cinco anos o número de casos de Sífilis Congênita aumentou proporcionalmente ao número de casos em gestantes no Estado. Em 2013 foram notificados 356 casos e em 2017 aumentou para 734 casos. Neste ano a taxa de incidência foi de 13,1 casos para cada 1.000 Nascidos Vivos. Ou seja, ocorreu um aumento de 24% de casos de Sífilis Congênita no ES em comparação ao ano 2016. Para a eliminação da doença a taxa prevista seria de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos (OPAS). A meta pactuada em 2016 para o estado e municípios seria a redução de 30% de casos a cada ano para a eliminação da transmissão vertical da sífilis até o ano 2019, segundo PLANO ESTADUAL DE CONTIGÊNCIA DA SÍFILIS. No ranking nacional, o Estado do Espírito Santo apresenta a terceira maior taxa, superando a do país (taxa 6,9/1.0000 NV).

Analisando os casos de Sífilis Congênita nas Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo, observa-se que no ano de 2017, ocorreu aumento do número de casos em relação ao ano 2016, no Estado e nas três Regiões de Saúde (Metropolitana, Central e Sul), exceto a Região Norte. A Região Metropolitana apresentou 502 casos, seguida da Região Central (com Tx Incidência 6,5/1.000 NV em 2016 e Tx Incidência 9,1/1.000 NV em 2017) e Região Sul (com tx Incidência 11,1/1.000 NV em 2016 e tx incidência 12,7/1.000 NV. Porém, observa-se, em

. A Figura 01 abaixo representa a distribuição dos Casos de Sífilis Congênita, por Macrorregional de Saúde do ES, nos anos de 2016 e 2017.

Figura 01. Número de casos de Sífilis Congênita por Macrorregião de Saúde do Espírito Santo. 2016 – 2017



Fonte: SESA-ES / C.E. DST-AIDS – Boletim Epidemiológico Nº 33/2018 - * Dados até dezembro/2017, sujeitos a revisão, atualizados em maio 2018

IBGE - DATASUS- TABNET - SINAN-ES - 19ª SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

Referências Bibliográficas

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST/AIDS/H. Virais. Boletim Epidemiológico SÍFILIS 2017-MS- disponível em <http://www.aids.gov.br>).
- 2 ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de IST/AIDS. Boletim Epidemiológico Nº 33-2018 - disponível em www.saude.es.gov.br

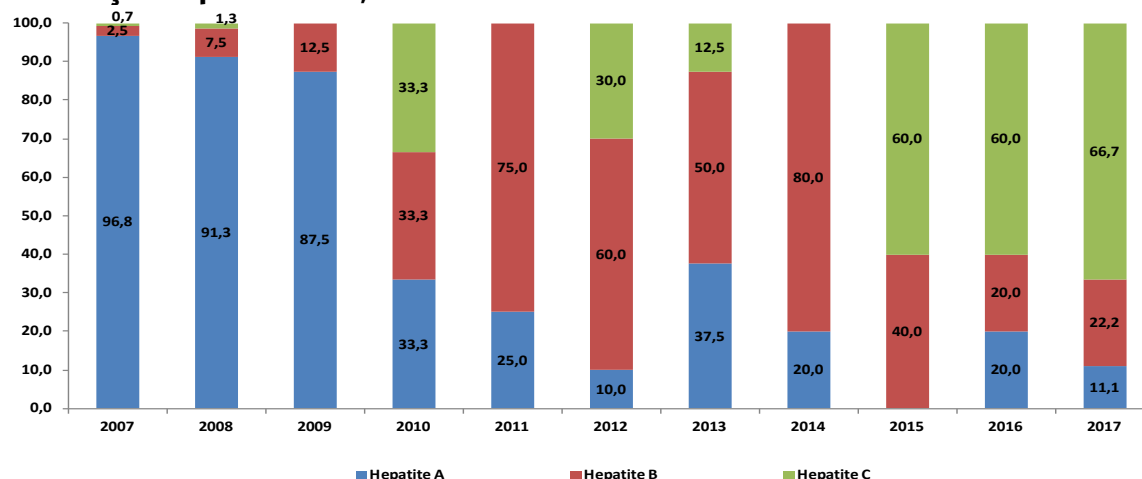
Hepatites virais em crianças de 0 a 9 anos, no Estado do Espírito Santo 2007 a 2017

Marcello Barbosa Leal

Referência técnica das hepatites

Entre os anos de 2007 e 2017, foram confirmados 479 casos de hepatites virais em crianças de 0 a 9 anos que residem no Estado Espírito Santo. Destes, foram 401 casos de hepatite A, 54 casos de hepatite B e 24 casos de hepatite C (figura 1).

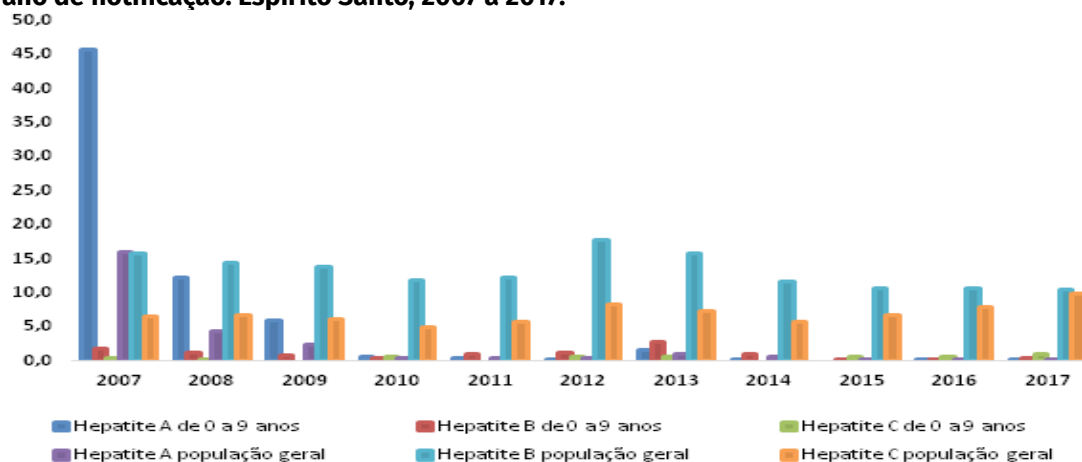
Figura 01: Casos de hepatites virais A, B e C em crianças de 0 a 9 anos segundo ano de notificação. Espírito Santo, de 2007 a 2017.



Fonte: SINAN/SESA-ES. Dados até 12 de julho de 2018, sujeitos a revisão.

Analisando-se os últimos 10 anos, percebe-se que houve uma redução considerável na taxa de incidência da hepatite A em crianças de 0 a 9 anos passando de 12,2 casos para 0,2 casos por 100.000 crianças < de 10 anos expostas em 2008 e 2017, respectivamente (Figura 2). Esse fato pode encontrar explicação na melhoria do sistema de saneamento básico e oferta de água tratada que aconteceu ao longo deste período e da inclusão da vacina contra a hepatite A no calendário do Programa Nacional de Imunização no ano de 2014 para crianças entre 12 e 24 meses de vida.

Figura 2 – Taxa de incidência (casos por 100.000 expostos) das hepatites virais A, B e C por ano de notificação. Espírito Santo, 2007 a 2017.



Fonte: SINAN/SESA-ES. Dados até 12 de julho de 2018, sujeitos a revisão.

Em relação à hepatite B, nos últimos 10 anos percebe-se que houve também tendência de queda na taxa de incidência em crianças de 0 a 9 anos. Foram 1,2 casos por 100 mil crianças < 10 anos expostas em 2008 e 0,4 casos por 100 mil crianças de 0 a 9 anos em 2017 (Figura 2). A possível justificativa para esses dados reside na melhoria progressiva da cobertura vacinal contra a hepatite B nas últimas décadas nessa faixa de idade, no incentivo à testagem rápida da hepatite B durante a gestação e do uso do tenofovir pela gestante nas situações em que esse antiviral é indicado para prevenir transmissão vertical do vírus B além da vacina contra a hepatite B e da imunoglobulina humana anti-hepatite B aplicadas no recém-nascido nas primeiras 12 horas de vida.

A taxa de incidência de hepatite C em crianças de 0 a 9 anos residentes no Estado oscilou nos últimos 10 anos. Apresentou os menores valores em 2007 e 2008 (0,3 e 0,2 casos por 100 mil crianças expostas nessa faixa etária, respectivamente), 0,5 casos por 100.000 crianças expostas com menos de 10 anos). Não houve casos registrados em 2009, 2011 e 2014. Inexiste uma explicação clara para o aumento na taxa de incidência de hepatite C em < 10 anos nos últimos 3 anos. Presume-se que o aumento da disponibilização de testes rápidos para diagnóstico de hepatite C além da mudança do critério de definição de caso confirmado (até 2014 eram considerados casos confirmados de hepatite C aqueles que apresentavam ambos os testes anti-HCV e HCV-RNA reagentes; em 2015, passaram a ser considerados casos confirmados de hepatite C aqueles que apresentam pelo menos um dos testes anti-HCV ou HCV-RNA reagente) justifique o aumento da taxa de detecção no período de 2010, 2013, 2015, 2016 e com maior valor em 2017 (1,1 casos por 100 mil).

Quanto à provável fonte ou ao mecanismo de transmissão dos casos de hepatite A notificados em < 10 anos do ano de 2007 até 2017 no Espírito Santo observou-se que em 29% dos casos essa informação foi registrada como “ignorada” ou “em branco”. Entre os casos cuja fonte era conhecida, 52% destes foram classificados como transmissão através de água e alimento. Houve registro de dois casos de transmissão sexual. Com relação às hepatites B e C, observou-se que em metade dos casos essa informação foi registrada como “ignorada” ou “em branco” dificultando uma melhor avaliação sobre as principais fontes de infecção.

Entre os casos cuja fonte era conhecida, 26% foram atribuídos à transmissão vertical pelo vírus B e em apenas 13% dos casos o modo de transmissão foi atribuído à transmissão vertical pelo vírus C. Portanto, há necessidade de uma investigação mais aprofundada dos mecanismos de transmissão e do uso do Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de 2016 do MS como estratégia para reduzir os casos de hepatites em < de 10 anos.

Referencias Bibliográficas

1. <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br> Acessado em 12 de julho de 2018;
2. Boletim Hepatites Virais. Brasil, 2018;
3. Protocolo de investigação de transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites. Brasil, 2016

Aspectos epidemiológicos da Dengue em crianças no Estado do Espírito Santo

Ana Paula Brioschi, Priscila Rocha Araújo Nader, Talib Moyses Mosallem, Theresa Cristina, Cardoso da Silva

Referências técnicas das arboviroses

A situação epidemiológica da dengue no País permanece sendo caracterizada pelo número crescente de casos graves e óbitos nos últimos dez anos, além dos novos desafios impostos pela circulação dos vírus da febre de chikungunya e zika, cujos sintomas são parecidos com os da dengue, e fazem com que o tema se torne ainda mais importante para a assistência (MS 2016).

A dengue na criança pode ser assintomática ou apresentar-se como uma síndrome febril clássica viral, ou com sinais e sintomas inespecíficos: adinamia, sonolência, recusa da alimentação e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nesses casos os critérios epidemiológicos ajudam o diagnóstico clínico.

Nos menores de 2 anos de idade os sinais e os sintomas de dor podem manifestar-se por choro persistente, adinamia e irritabilidade, podendo ser confundidos com outros quadros infecciosos febris, próprios da faixa etária (TORRES 1990).

O início da doença pode passar despercebido e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica. O agravamento, em geral, é mais súbito do que ocorre no adulto, em que os sinais de alarme são mais facilmente detectados.

Gestantes com suspeita de dengue necessitam de vigilância, independente da gravidade, devendo o médico estar atento aos riscos para mãe e concepto, como risco aumentado de aborto e baixo peso ao nascer (MS 2016).

A dengue foi introduzida no estado do Espírito Santo (ES) em 1995, a partir da introdução do vírus DENV2, e desde então o número de casos de dengue apresenta uma incidência progressiva (MS 2009).

O objetivo desta pesquisa é descrever o perfil epidemiológico da dengue em crianças menores de 10 anos, entre os anos de 2013 a 2017 no ES.

A Secretaria de Estado da Saúde do ES registrou 18.902 notificações de dengue em crianças menores de 10 anos entre 2013 e 2018, com a confirmação de 12.569 casos (66,49%) e sete óbitos. Houve um discreto predomínio do sexo masculino (51,70%).

A internação hospitalar foi registrada em 1190 casos (6,29%) neste período. Os óbitos com suspeita de dengue grave foram 48 casos, sendo confirmados sete óbitos do agravo (14,58%), conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Casos Notificados, confirmados, internados e óbitos por Dengue em crianças menores de 10 anos, ES, 2013 a 2018*.

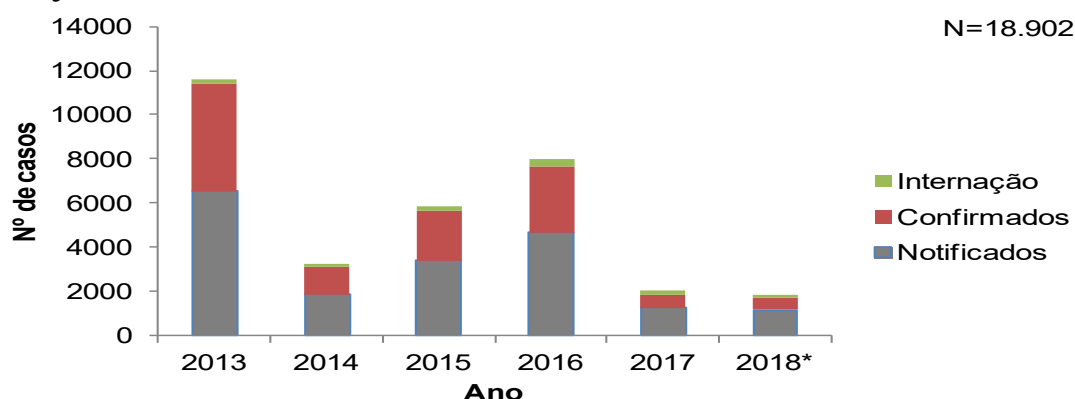
Ano	Notificados	Confirmados	Internação	Óbitos confirmados
2013	6531	4884	198	1
2014	1867	1279	142	1
2015	3409	2261	184	1
2016	4661	3029	282	0
2017	1266	584	204	2
2018*	1168	532	180	2
Total	18902	12569	1190	7

Fonte: SINAN/ES

*Dados consolidados até a semana epidemiológica 38. Fonte: SINAN/ES.

O ano de 2013 foi o que registrou o maior número de notificações, seguido por 2016 e 2015 respectivamente.

Gráfico 1 - Casos Notificados, confirmados, internados e óbitos por Dengue em crianças menores de 10 anos, ES, 2013 a 2018*.



*Dados consolidados até a semana epidemiológica 38.

Fonte: SINAN/ES.

Esta tendência de diminuição nesta faixa etária reproduz o que se verifica no total das notificações e deve ser vista com cautela, pois pode significar os ciclos de surtos de dengue que se fazem presentes de 5/5 anos. Esta observação aliada a recente introdução do vírus DENV2 redobra a necessidade de manter o alerta sobre esta doença.

A atual situação epidemiológica da dengue no estado do Espírito Santo, caracterizada pela ocorrência de surtos epidêmicos, obriga aos serviços de saúde a elaboração de estratégias específicas objetivando a redução do número de internações e óbitos, em especial nesta faixa etária.

Referência Bibliográfica

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. TORRES, E. M. **Dengue hemorrágico em crianças**. [S.l.]: José Martí, 1990.

Síndrome da Zika congênita em crianças no Estado do Espírito Santo

*Ana Paula Brioschi, Priscila Rocha Araújo Nader,
Talib Moyses Moussallem, Theresa Cristina Cardoso da Silva*
Referências técnicas das arboviroses

A Zika é uma arbovirose introduzida pela primeira vez no Brasil em 2014, com início de casos ocorrendo na região Nordeste e depois se disseminando por todo o país. Caracterizada por ser doença de manifestações clínicas somente em 20% dos infectados, a Zika se apresenta basicamente como um quadro de exantema, podendo se acompanhar de febre, artralgia, edema articular e conjuntivite. Na sua forma aguda, a doença tem apresentação leve. No entanto, havia descrições de epidemia prévia na Polinésia Francesa, que registrava um aumento de 20 vezes na incidência da Síndrome de Guillain Barré. Por volta de agosto de 2015, a região Nordeste do país passou a notificar um número sem precedentes de recém-nascidos com microcefalia, mais tarde se confirmando ser o vírus Zika o agente teratogênico. Com o evoluir da epidemia, percebeu-se outras alterações, que não eram restritas a microcefalia associadas à infecção congênita pelo vírus.

O Espírito Santo registrou, no período de 2015 a 2018, 400 notificações de síndrome da Zika congênita, em que 67 casos foram confirmados e 165 descartados. Dentre esses anos 26 casos foram classificados como prováveis e 1 caso considerado inconclusivo, de acordo com a classificação do Ministério da Saúde. Os demais se encontram em investigação. Quando avaliado os óbitos ocorridos por síndrome congênita do vírus Zika entre os anos avaliados 25 foram relacionados à doença congênita, dentre esses 11 foram confirmados, 7 descartados e outros 5 são provavelmente causados pela doença, classificados de acordo com os critérios do Ministério da Saúde.

Gráfico1: Distribuição dos casos notificados de Síndrome Congênita do Vírus Zika no ES, 2015 a 2018.



Fonte: Resposta Emergencial Saúde Pública

Referência Bibliográfica

1. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Frequência da internação por Chikungunya em crianças menores que 10 anos, residentes no Estado do Espírito Santo, 2016 e 2017

**Ana Paula Brioschi, Priscila Rocha Araújo Nader,
Talib Moyses Moussallem, Theresa Cristina Cardoso da Silva**
Referências técnicas das arboviroses

Com a globalização e as alterações climáticas que estão acontecendo no mundo, torna-se mais rápida a incidência de doenças causadas por vetores. No Brasil, a proliferação de artrópodes hematófagos vem ocasionando um aumento de doenças, a exemplo da Chikungunya (LIMA-CAMARA, 2016).

A Chikungunya é uma doença causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV) e transmitida por meio, especialmente, do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. A manifestação principal dessa doença é a artropatia incapacitante, que tem potencial de crônificação, ocasionando dores que prejudicam as atividades de vida diária, podendo se estender por até cinco anos. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017)

As formas graves da infecção pelo CHIKV acometem, na maioria das vezes, pessoas com comorbidades, crianças, indivíduos com idade acima de 65 anos e aqueles que estão em uso de alguns fármacos, como aspirina, anti-inflamatórios e paracetamol em altas doses. As manifestações atípicas e os co-fatores listados acima estão associados a um maior risco de evolução para óbito. (BRASIL, 2017)

Nesse enfoque, o enfrentamento dos problemas de saúde frente à ocorrência da Chikungunya e, principalmente, da sua cronificação necessita de ação intersetorial e multidisciplinar; os serviços precisam se basear em informações adequadas para o planejamento de ações para a tomada de decisão efetiva e em tempo oportuno, assim o objetivo deste estudo foi descrever a frequência da internação por Chikungunya em crianças menores que 10 anos, residentes no Espírito Santo, nos anos de 2016 e 2017, utilizando dados do banco do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A Chikungunya foi introduzida no ES em 2014 com 7 casos suspeitos importados e nenhum caso confirmado. Em 2015, foram notificados 80 casos, sendo 4 confirmados e todos importados (SILVA et al, 2018).

No ano de 2016, o ES registrou um total de 543 casos suspeitos de Chikungunya, desses 108 foram confirmados e dos confirmados 16 necessitaram de hospitalização. Em 2017, houve aumento significativo do número de casos suspeitos (207,7%), sendo 1671 notificados e 784 confirmados, desses 103 foram hospitalizados.

As crianças menores de 10 anos representaram 6,48% (n=7) dos casos confirmados de Chikungunya em 2016 e 5,87% (n=46) em 2017.

Tabela 1 - Internações por Chikungunya segundo faixa etária, ES, 2016 e 2017.

Hospitalização	2016				2017			
	< 10 anos		Igual ou > 10 anos		< 10 anos		Igual ou > 10 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	3	42,86	13	12,87	21	45,65	82	11,11
Não	4	57,14	88	87,13	25	54,35	656	88,88
Total	7	100	101	100	46	100	738	100

Fonte: SINAN/ES.

Observa-se na Tabela 1, ao analisar a frequência do número de internações, que essas são maiores no grupo etário menor do que 10 anos, corroborando com a literatura quando cita que as crianças são um grupo de risco para formas graves da doença (BRASIL, 2017). Em 2016, das 7 crianças acometidas pelo agravo, 3 (42,86%) necessitaram de hospitalização e no ano de 2017 das 46 crianças confirmadas para chikungunya, 21 foram hospitalizadas (45,65%). A necessidade de hospitalização para faixa etária igual ou maior do que 10 anos foi consideravelmente menor, sendo 12,87% em 2016 e 11,11% em 2017.

Referência Bibliográfica

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Chikungunya manejo clínico**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis: **Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya no Brasil**. Brasília, 2014. 100 p.
3. LIMA-CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol.50, 2016.
4. SILVA, T. C. C., et al. Aspectos Epidemiológicos da Chikungunya no Estado do Espírito Santo, Brasil, 2014 a 2017. **Revista Guarã**, v. 10, p. 21-30, 2018.

Febre amarela em crianças no Estado do Espírito Santo

**Ana Paula Brioschi, Priscila Rocha Araújo Nader,
Talib Moyses Moussallem, Theresa Cristina Cardoso da Silva**
Referências técnicas das arboviroses

A Febre Amarela é uma arbovirose complexa por envolver dois ciclos básicos de transmissão – o ciclo urbano (cujo principal vetor é o *Aedes aegypti*) e o ciclo silvestre (tendo como vetores nas Américas mosquitos dos gêneros *Haemagogus* sp e *Sabethes* sp).

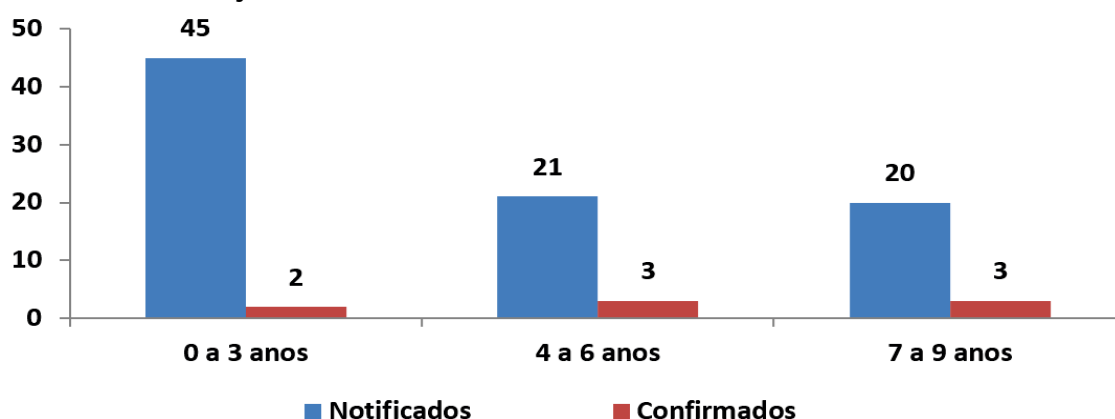
A doença tem um espectro de apresentação que varia de infectados assintomáticos até a forma plenamente manifesta, de elevada letalidade. O Brasil não registra epidemias da forma urbana da doença desde 1942.

A mais eficaz forma de prevenção da doença aliada ao controle vetorial nas cidades é a vacina, que está disponível e é comercializada desde a década de 30, pois confere elevada proteção (acima de 95%).

O Espírito Santo foi o primeiro local do mundo a descrever, ainda na década de 30, a forma silvestre da doença. Com o passar dos anos a doença veio se alastrando progressivamente desde a região Amazônica, progredindo em direção ao litoral e, finalmente, em 2017, uma grande epidemia de Febre Amarela silvestre ocorreu no leste de Minas Gerais, em municípios fronteiriços com o Espírito Santo, atingindo inicialmente os municípios de Ibatiba, Iúna, Colatina e depois disseminando por todo o território capixaba.

Na epidemia de 2017, foram notificados 86 casos em crianças de 0 a 9 anos, sendo confirmados apenas 8, os demais foram descartados ou considerados efeitos adversos pós vacinais e ainda há dois casos em investigação. Não houve qualquer óbito nesta faixa etária relacionado à Febre Amarela. Os seis óbitos notificados como Febre Amarela foram descartados para a doença.

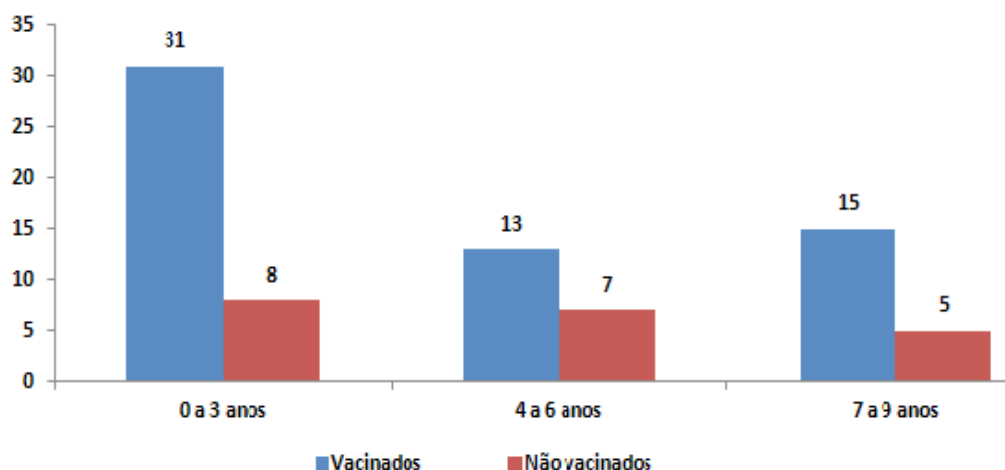
Gráfico 1- Distribuição de casos notificados e confirmados de Febre Amarela no ES, 2017.



Fonte: SINAN/ES

A grande maioria dos casos notificados ocorreu em crianças previamente vacinadas (gráfico 2), muito provavelmente traduzindo efeitos colaterais relacionados à vacina ou diagnóstico de outras doenças de apresentação semelhante às formas leve e moderada de Febre Amarela, como Dengue e Chikungunya, também endêmicas no Espírito Santo.

Gráfico 2- Distribuição de casos notificados de Febre amarela que foram ou não entre vacinados no ES, 2017.



Fonte: SINAN/ES

A epidemia no Espírito Santo teve algumas características importantes a se destacar: além do ciclo silvestre, suspeita-se (dados não publicados) que houve transmissão numa forma semelhante ao ciclo intermediário africano (cujo vetor muito provavelmente é o *Aedes albopictus*).

Apesar das elevadas taxas de vacinação, a doença continuou a se propagar refletindo seu grande potencial de alastramento, que antecipou o efeito imunogênico da vacina (pelo menos 10 dias)

Referência Bibliográfica

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia de vigilância da epidemiológica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Aspectos epidemiológicos das Leishmanioses em crianças no Estado do Espírito Santo

Juliana Rodrigues Tovar Garbin, Raphael Lubiana Zanotti, Rúbia Tabachi de Oliveira, Sávio, Guimarães Britto
Referências técnicas da vigilância das leishmanioses

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera as leishmanioses como duas das doenças tropicais negligenciadas de maior importância em saúde pública, cuja classificação, de modo geral, compreende a forma clínica tegumentar e visceral, a depender da espécie do parasita e da resposta imune do hospedeiro.

Os insetos vetores são dípteros da subfamília Phlebotominae, pertencentes aos gêneros *Lutzomyia* – no Novo Mundo e *Phlebotomus* – no Velho Mundo. Todas as espécies do gênero *Leishmania* são transmitidas pela picada de fêmeas infectadas¹.

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) permanece endêmica em vastas áreas da América Latina, causada por várias espécies de protozoários do gênero *Leishmania*. Nas Américas, são atualmente reconhecidas 16 espécies dermatrópicas de *Leishmania* causadoras da doença em humanos e oito espécies descritas somente em animais. No Brasil, já foram identificadas sete espécies (*Leishmania braziliensis*, *L. guyanensis*, *L. naiffi*, *L. lindernbergi*, *L. shawi*, *L. lainsoni* e *L. amazonensis*). De acordo com o Ministério da Saúde em 2016 foram registrados 12.690 casos, sendo 39,9% na região norte².

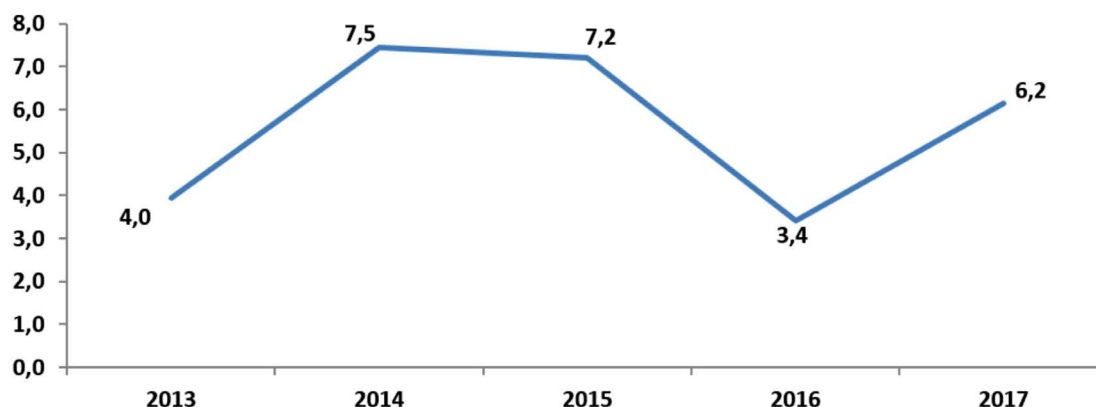
Conhecida como calazar, a Leishmaniose Visceral (LV) é causada por espécies do complexo *Leishmania (Leishmania) donovani*, porém no Brasil, a única espécie capaz de causar esta forma clínica é a *Leishmania (L.) infantum syn. L. (L.) chagasi*^{3,4}, sendo o cão doméstico o reservatório mais importante e o homem o hospedeiro final. É uma doença grave, potencialmente fatal quando o tratamento adequado não é realizado oportunamente. No Brasil, somente no ano de 2016 foram registrados 3.230 casos novos de LV, acometendo especialmente a população pediátrica (31,7% nos < 5 anos)⁵.

O objetivo do presente estudo é descrever os aspectos epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana e leishmaniose visceral em crianças < 10 anos do Estado do Espírito Santo, utilizando dados do banco do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Entre os anos de 2013 a 2017 o ES registrou 660 notificações de LTA. Dentre os casos notificados, predominou-se o sexo masculino (64,39%), com idade variando entre 0 a 9 anos, cor parda (46,21%), e escolaridade entre 1 a 4 anos de estudo (29,39%).

Ao analisar os casos em crianças < 10 anos (Gráfico 1), observa-se um aumento da frequência entre os anos de 2013 e 2014 e posteriormente entre 2016 e 2017. O acometimento da doença nessa faixa etária comprova uma transmissão intra ou peridomicílio, informação que é fundamental para o planejamento das atividades de prevenção, controle e manejo clínico específico¹.

Gráfico1: Distribuição dos casos de LTA em crianças menores que 10 anos, no ES, 2013 -2017.



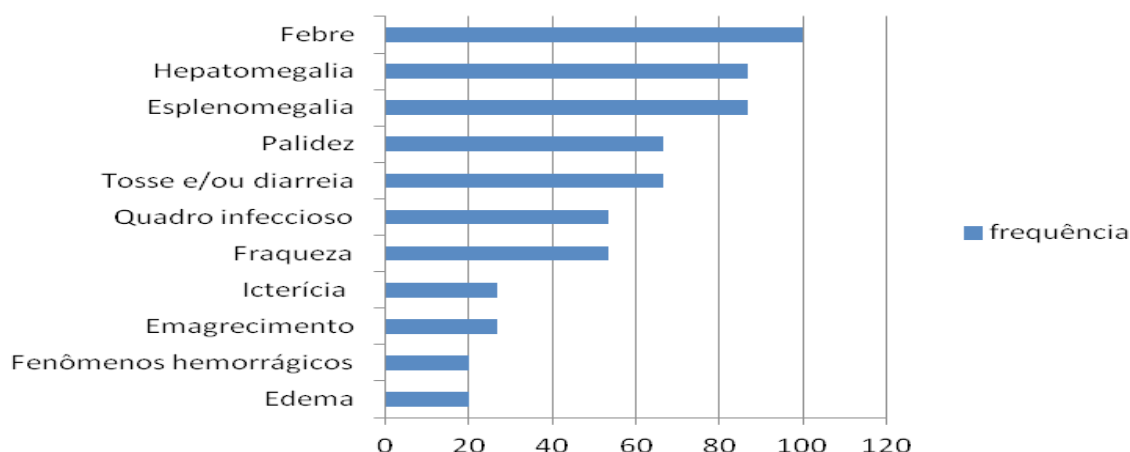
Fonte: SINAN/SESA/ES

Nas Américas, a LTA em crianças < 10 anos representou 15,5% (7.583) dos registros, entre 2001 a 2016. Porém, em alguns países como El Salvador (46,7%), Panamá (43,7%), Costa Rica (30,75%) e Nicarágua (30,13%) esta proporção foi superior a 30% dos casos⁶.

Quanto à Leishmaniose Visceral, entre os anos de 2013 a 2017 o Espírito Santo notificou 57 casos autóctones do município de residência. Desses, 15 eram notificações de crianças com idade < 10 anos nos municípios de Águia branca, Baixo Guandu, Pancas e Barra de São Francisco, o que representa 26,31% de todos os casos registrados.

O Gráfico 2 representa a caracterização clínica das crianças com leishmaniose visceral no ES. É possível notar que, no tocante aos sinais e sintomas, 100% apresentou febre, 86,7 % hepatomegalia e esplenomegalia; 66,7% tosse e/ou diarreia e palidez; 53,3% quadro infeccioso e fraqueza, 26,7% icterícia e emagrecimento, e 20% edema e fenômenos hemorrágicos, sinais clássicos da doença.

Gráfico 2. Frequência dos sinais clínicos e sintomas de LV das notificações em crianças menores de 10 anos no ES, 2013 A 2017.



Fonte: SINAN/SESA/ES

Uma das características importantes da LV é que, quanto maior a incidência da doença, maior o risco para as crianças mais jovens. A imunidade se desenvolve com a idade, assim sendo, a incidência da doença e do óbito em crianças menores, depende da maior suscetibilidade

à infecção e da imunodepressão observada⁷. Outro ponto importante é a mudança no padrão epidemiológico da LV, antes caracterizada como uma doença rural e agora vem apresentando um processo de urbanização com crescente expansão para cidades de médio e grande porte, principalmente nas regiões sudeste e centro-oeste.

Reduzir os casos de ambas as leishmanioses neste grupo de idade até 2022 é uma das metas do Plano de Ação das Leishmanioses nas Américas⁸ e requer um desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, entomológica e ambiental, e demandam a realização de ações de prevenção, vigilância e controle desta enfermidade.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2. Brasil. Ministério da saúde. Casos de Leishmaniose Tegumentar. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/14/LT-Casos.pdf>>; Acesso em 16 de Outubro de 2018.
3. World Health Organization. Control of the Leishmaniasis: Report of a Meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis. Geneva, technical report series, no. 949. 2010:187pp.
4. Kuhls K, Alam MZ, Cupolillo E, Ferreira GEM, et al. Comparative microsatellite typing of New World *Leishmania infantum* reveals low heterogeneity among populations and its recent Old World origin. Plos One 2011
5. Brasil. Ministério da saúde. Casos confirmados de Leishmaniose Visceral. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2016. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/14/LV-Casos.pdf>>; Acesso em 16 de Outubro de 2018.
6. Organização Pan-Americana da Saúde: Leishmanioses: Informe Epidemiológico nas Américas: Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018.
7. Queiroz MJA, Alves JGB, Correia JB. Leishmaniose visceral: características clínico-epidemiológicas em crianças de área endêmica. J Pediatría. 2004;80(2)141-6
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022. Disponível em: < <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31434/CD55-15-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>; Acesso em 16 de Outubro de 2018.

Aspectos epidemiológicos do Tracoma em crianças menores de 10 anos no Estado do Espírito Santo

Grazyelle Fonseca Costa de Bórtoli
Referência técnica da vigilância do tracoma

Tracoma é uma doença inflamatória ocular crônica, uma ceratoconjuntivite crônica recidivante causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*. Em áreas com grande quantidade de casos ocorre um maior risco de reinfecções. Infecções repetidas da doença produzem cicatrizes na conjuntiva do olho, que podem levar ao entrópio (pálpebra em posição defeituosa com margem para dentro do olho) e triquíase (cílios em posição defeituosa nas bordas da pálpebra, tocando o globo ocular). O atrito do cílio sobre o globo ocular causar alterações na córnea que pode provocar a diminuição da acuidade visual até à cegueira.

A transmissão se dá principalmente pelo contato direto de pessoa a pessoa, ou indireto por meio de objetos contaminados (toalhas, lenços, fronhas etc). Não há reservatórios animais reconhecidos. Alguns insetos, como a mosca doméstica (*Mosca domestica*), e/ou a lambe-olhos (*Hippelates sp* e *Liohippelates spp.*), podem atuar como vetores mecânicos da bactéria.

O diagnóstico do tracoma é essencialmente clínico e realizado por meio de exame ocular externo, utilizando lupa binocular de 2,5 vezes de aumento.

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde é a Azitromicina em dose única nas apresentações em comprimidos de 500mg e suspensão de 600mg. O objetivo do tratamento é a cura da infecção. Em nível populacional, o objetivo é interromper a cadeia de transmissão da doença e diminuir a circulação do agente etiológico na comunidade, o que leva à redução da frequência das reinfecções e da gravidade dos casos.

Durante muitos anos, o tracoma foi considerado erradicado no Brasil, constatação errônea, tornando essa doença desconhecida pela maioria da população, inclusive profissionais de saúde. No Espírito Santo é feito um trabalho de prevenção, controle e tratamento, principalmente com os escolares de 5 a 14 anos, visto que o ambiente escolar é propício para propagação do agravo.

O tracoma não é um agravo de notificação compulsória, porém encontra-se hoje como doença sob vigilância epidemiológica, e o Ministério da Saúde propõe inclusão de investigação de tracoma em escolares na Campanha Anual de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose, onde a comunidade escolar de 5 a 14 anos é examinada.

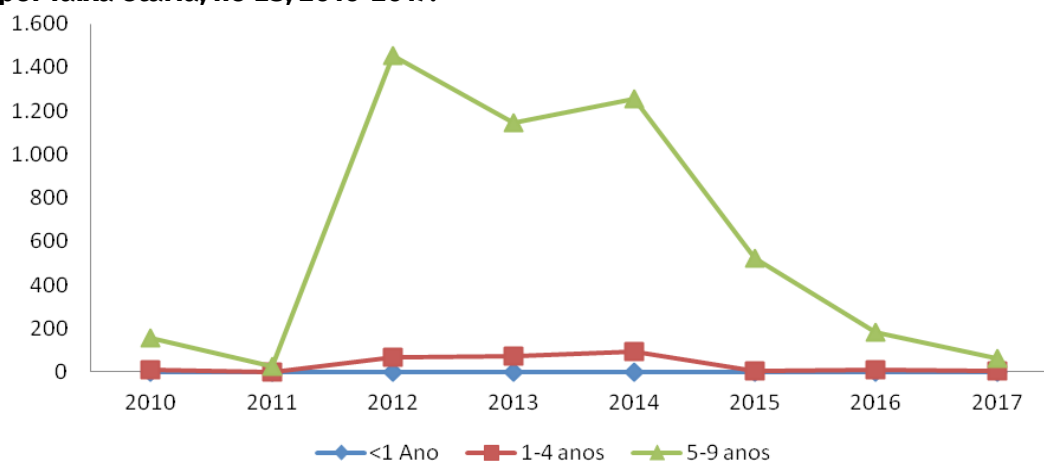
O objetivo do presente estudo é descrever os aspectos epidemiológicos do tracoma em crianças menores de 10 anos do estado do Espírito Santo (ES), utilizando dados do banco do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Entre os anos de 2010 a 2017 o ES registrou 11.765 notificações de tracoma, das quais,

5.054 foram de crianças menores de 10 anos, cerca de 43%. Dentre os casos notificados, observa-se maior predominância na faixa de 5 a 9 anos, justificável por ser faixa de inserção escolar (Gráfico 1).

Esse dado se justifica como importante para melhor planejamento de atividades de prevenção e controle do agravo principalmente nesses ambientes.

Gráfico1: Distribuição dos casos de tracoma em crianças menores que 10 anos por faixa etária, no ES, 2010-2017.



Fonte: SINAN/SESA/ES

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância do tracoma e sua eliminação como causa de cegueira / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
2. Dantas, Andréia de Pádua Ca reli Tracoma: aspectos epidemiológicos no Brasil, 2009-2010 e perspectivas de controle. / Andréia de Pádua Careli Dantas - - 2013.
3. Ministério da Saúde - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN. Inquérito Tracoma - Notificações Registradas: banco

Surtos de doenças de transmissão alimentar em menores de 10 anos no Estado do Espírito Santo - 2012 a 2017

Amanda Del Caro Sulti, Valeria Cristina Pim Figliuzzi Arantes
Referência técnicas da vigilância das doenças de transmissão hídrica e alimentar

As Doenças de Transmissão Alimentar (DTA) são doenças causadas pelo consumo de alimentos e/ou água contaminados por substâncias tóxicas ou por microrganismos como vírus, parasitas e bactérias. Os sintomas são anorexia, náuseas, vômitos e/ou diarreia, acompanhadas ou não de febre. Além destes sintomas, pode haver comprometimentos de meninges, rins, fígado, sistema nervoso central, terminações periféricas e outros. O quadro clínico depende do agente etiológico envolvido, pois varia desde desconforto intestinal leve até desidratação grave, diarreia sanguinolenta e insuficiência renal aguda (BRASIL, 2010).

As DTA podem ser causadas por toxinas ou agentes etiológicos, sendo os mais comuns às bactérias: *Staphylococcus aureus*, *Clostridium spp*, *Bacillus cereus*, *Escherichia coli*, *Vibrio spp*; *Salmonella spp*, *Shigella spp*, *Escherichia coli*; os vírus: *Rotavírus*, *Noravírus*, etc; os parasitas: *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, etc; e as substâncias tóxicas: metais pesados e agrotóxicos (BRASIL, 2010).

As doenças de transmissão alimentar podem originar surtos, que são definidos quando duas ou mais pessoas apresentam doença semelhante após ingerirem alimentos e/ou água da mesma origem. Para doenças de alta gravidade, como botulismo e cólera, apenas um caso já é considerado surto (BRASIL, 2010, 2016, 2018).

O sistema nacional de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos (VE-DTA) foi criado com o objetivo de “reduzir a incidência das DTA no Brasil a partir do conhecimento do problema e de sua magnitude, subsidiar as medidas de prevenção e controle, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2010, p.15). É composto por áreas que compõe as vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária, além do laboratório de saúde pública áreas de educação em saúde, assistência à saúde e saneamento (BRASIL, 2010).

Os surtos de DTA são “eventos de saúde pública”, por isso, são de notificação compulsória, conforme portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2010, 2016).

Em relação aos aspectos epidemiológicos dos surtos de DTA, poucos são os dados epidemiológicos disponíveis (BRASIL, 2010). Na série histórica do Ministério da Saúde referente aos anos de 2000 a 2017, no Brasil, foram notificados 12503 surtos de DTA. Destes, 3.196 foram confirmados laboratorialmente e 2.593 surtos foram identificados com agentes etiológicos. Dos surtos de DTA notificados no Brasil com identificação do agente etiológico, neste período mesmo período, 92,5% foram causados por bactérias, 6% por vírus, 0,6% por protozoários e 1,2% por agentes químicos ou outros (BRASIL, 2018).

De modo geral, as doenças de transmissão alimentar apresentam baixa taxa de mortalidade e letalidade, dependendo do estado clínico do paciente e do agente etiológico envolvido. Crianças menores de cinco anos, idosos, imunodeprimidos são mais suscetíveis. As DTA não garantem imunidade duradoura. No período de 2000 a 2010, a taxa de letalidade registrada no Brasil foi de 0,08% (BRASIL, 2010, 2018).

O diagnóstico clínico epidemiológico da doença é feito a partir de investigação dos hábitos alimentares, tempo de doença clínica (sintomas e período de incubação), existência de outros com a mesma sintomatologia. O diagnóstico laboratorial das DTA é realizado para identificar o agente etiológico em conjunto com a bromatologia e a avaliação epidemiológica (BRASIL, 2010).

De modo geral o quadro clínico das DTA é autolimitado. Porém, em alguns casos é necessário a reidratação oral ou até internação quando desidratação grave (BRASIL, 2010).

Nos anos de 2012 a 2017, foram registrados no SINAN 228 surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar no estado do Espírito Santo. No mesmo período, foram registrados 5285 doentes, 309 hospitalizações e 01 óbito.

Em relação à distribuição de doentes em surtos de DTA por faixa etária, 7,79% dos doentes são do sexo masculino de 0 a 9 anos e 17,39% são do sexo feminino de 0 a 9 anos, distribuídos conforme tabela 01.

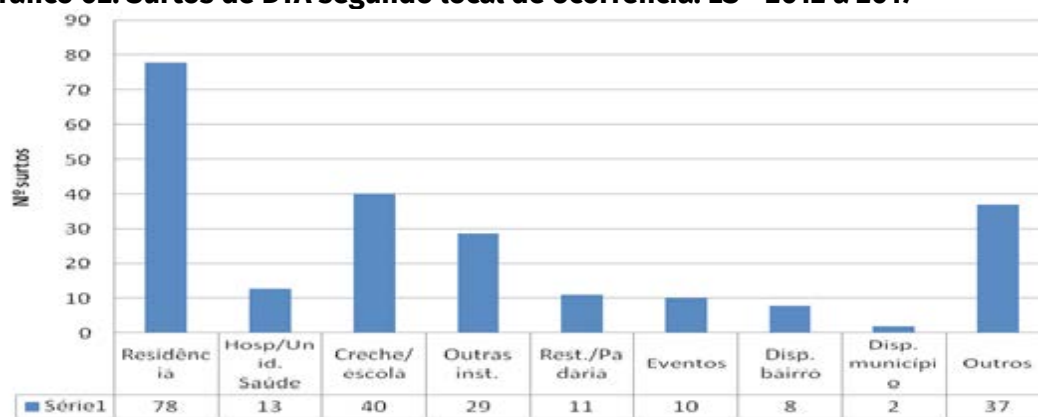
Tabela 01. Distribuição dos casos nos surtos de DTA no ES no período de 2012 a 2017, segundo faixa etária.

Faixa etária / total de casos notificados	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
< 1 ano	15	6	7	1	4	1	34
1 a 4 anos	51	28	31	17	27	3	157
5 a 9 anos	46	56	30	30	16	2	180

Fonte: SINAN

Em relação ao local de ocorrência dos surtos de DTA, 78 dos 228 foram registrados em residências e 40 em creches e escolas (gráfico 02).

Gráfico 02. Surtos de DTA segundo local de ocorrência. ES - 2012 a 2017



Fonte: SINAN

De acordo com os dados apresentados, no período estudado, o estado do Espírito Santo notificou 228 surtos de Doenças de transmissão alimentar. Apenas 1 óbito de envolvidos em surtos de DTA foi notificado, representando pequena letalidade (0,03%) e 309 hospitalizados em um universo de 5.285 doentes. De acordo a série histórica (2000 a 2017) do Ministério da Saúde, a taxa de letalidade de surtos de DTA do Brasil é de 0,08% (BRASIL, 2018). A letalidade das doenças de transmissão alimentar é baixa e está relacionada com o estado clínico do paciente e agente etiológico envolvido (BRASIL, 2010).

A faixa etária mais atingida é de 20 a 49 anos, seguida pela de 10 a 19 anos. Apesar disso, é importante observar os surtos de DTA em menores de 10 anos, visto que, nesta faixa etária, estão inseridos em creches e escolas e a gravidade da doença diarreica aguda depende do estado nutricional e imunológico da pessoa.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. **Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
2. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a lista de notificação compulsória, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Ministério da saúde, Diário Oficial da União. Brasília – DF, 18 Fev 2016.
3. _____. **Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos no Brasil**. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília, 2018. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/02/Apresentacao-Surtos-DTA-Junho-2018.pdf> >. Acesso em: 21 Ago 2018.
4. _____. Ministério da Saúde. **Instrução normativa n.º 02/SVS/MS, de 22 de novembro de 2005**. Regulamenta as atividades de vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo, periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2005. Seção 1. p. 46.

Aspectos epidemiológicos dos acidentes por animais peçonhentos em crianças menores de 10 anos no Estado do Espírito Santo

Denise de Souza Pimentel

Referência técnica do programa estadual de atenção aos acidentes por animais peçonhentos

Animais peçonhentos são aqueles que possuem glândulas produtoras de toxinas. A presença de uma estrutura para a inoculação da peçonha (veneno) caracteriza esses animais como peçonhentos. Quando dentes, ferrões, espinhos, agulhões ou quelíceras injetam a peçonha, como ocorre nas serpentes, aranhas, escorpiões, lacraias, abelhas, vespas, marimbondos, formigas e arraias, esses animais são classificados de ativos. Quando os acidentes ocorrem por contato (tarântulas), compressão (sapo) ou ingestão (baiacu), são denominados de passivos ou venenosos. Portanto, animais venenosos são aqueles que produzem alguma substância tóxica, mas não injetam essa substância em suas presas ou predadores.

Na década de 90 a média dos acidentes por animais peçonhentos ficava em torno de 32.000 e os colocava em 5º lugar no ranking nacional dos agravos de notificação compulsória. A partir de 2006 esta média passa para 70.082 colocando esses acidentes em 3º lugar, atrás apenas da Dengue e da Tuberculose.

O Programa de Atenção aos Acidentes por Animais Peçonhentos vem ao longo dos anos estruturando-se para diminuir a incidência de agravos decorrentes dos acidentes por animais que são de importância para a saúde. Em todo o Brasil e no Estado do Espírito Santo a situação não é diferente. É um agravo subnotificado, negligenciado, silencioso, extenso e complexo, de difícil solução.

Somado à grande incidência, ainda temos os problemas do atendimento e dos impactos causados: tipo de abordagem sobre esse agravo nos cursos de Medicina/Enfermagem/Outros; treinamentos nos serviços de saúde ocorrem esporadicamente; a rotatividade dos profissionais é muito grande, mudanças socioambientais que podem favorecer o crescimento da população dos animais peçonhentos que já se adaptaram à presença humana; falta de equipamento de proteção individual (EPI) para a população trabalhadora rural e o não uso dos mesmos por essa população referida; descaso e desinformação no primeiro atendimento nos pronto atendimentos e hospitais públicos; por não cumprimento das políticas públicas.

Desde 2008 os acidentes por escorpiões vêm se sobrepondo aos acidentes por serpentes, incluindo também os óbitos. Em levantamento feito no período de 2013 a 2017, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram observados que os acidentes classificados de leve apresentam incidência de 79,4%, os classificados de moderado, de 15,76% e os classificados de grave de 2%. De 2013 a 2016 a média dos acidentes por peçonhentos registrados variou entre o 10º e 11º lugar, todavia em 2017, a média registrada, alcançou o 9º lugar no ranking nacional.

Os municípios que mais notificam são da Regional Norte, seguido pelos municípios da Regional Central e Metropolitana e por fim, os municípios da Regional Sul. Temos investido em capacitações e melhorias nos municípios da Regional Sul, por ser preocupante a baixa incidência de notificações, porém existe um dado muito significativo: a Região Sul possui matas que são importantes para que as espécies peçonhentas não causem tantos acidentes quanto nas outras regiões de saúde, pois não precisam sair de seu habitat natural para procurarem comida.

Entre os anos de 2009 a 2017 o ES registrou 3.092 acidentes por animais peçonhentos em crianças < de 10 anos (SINAN), sendo assim distribuídos:

Quadro 01: Distribuição dos acidentes em menores de 10 anos, no período de 2009 a 2017

< 1 ano =	357 (11,5%)	5 anos =	284 (9,1%)
1 ano =	277 (8,9%)	6 anos =	302 (9,7%)
2 anos =	347 (11,2%)	7 anos =	393 (9,4%)
3 anos =	285 (9,2%)	8 anos =	325 (10,7%)
4 anos =	289 (9,3%)	9 anos =	333 (10,7%)

Fonte: SINAN/ES

Nos períodos referidos acima, o escorpionismo, com 48,2% acidentes registrados, foi o agravo mais notificado no SINAN, seguidos por abelhas 18%, serpentes 10,8%, outros 10%, aranhas 9,7%, lagartas 1,5%, ignorados/brancos 4%.

Tabela 01: Frequência por Tipo de Acidente segundo Faixa Etária SINAN – 2009 a 2017

Faixa etária	Ign/Branco	Serpente	Aranha	Escorpião	Lagarta	Abelha	Outros	Total
<1 Ano	5	55	29	208	3	40	17	357
01 a 4 anos	28	84	133	526	22	266	139	1198
05 a 09 anos	13	198	140	758	23	251	154	1537
Total	46	337	302	1492	48	557	310	3092

Fonte: SINAN/ES

Referência Bibliográfica

1. BRASIL. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2011/pt0104_25_01_2011.
2. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2ª ed. Brasília 2001. 9 p.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil 2004 – Uma Análise da Situação de Saúde. Brasília, 2004.
4. Ministério da Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses. Normas Técnicas e Operacionais. Brasília/DF. 2016.

Neoplasias em menores de 10 anos no Estado do Espírito Santo

Albertina Maria Salomão Rocha, Larissa Dell'Antonio Pereira, Jeane Soares de Aguiar
Referências técnicas da vigilância do câncer

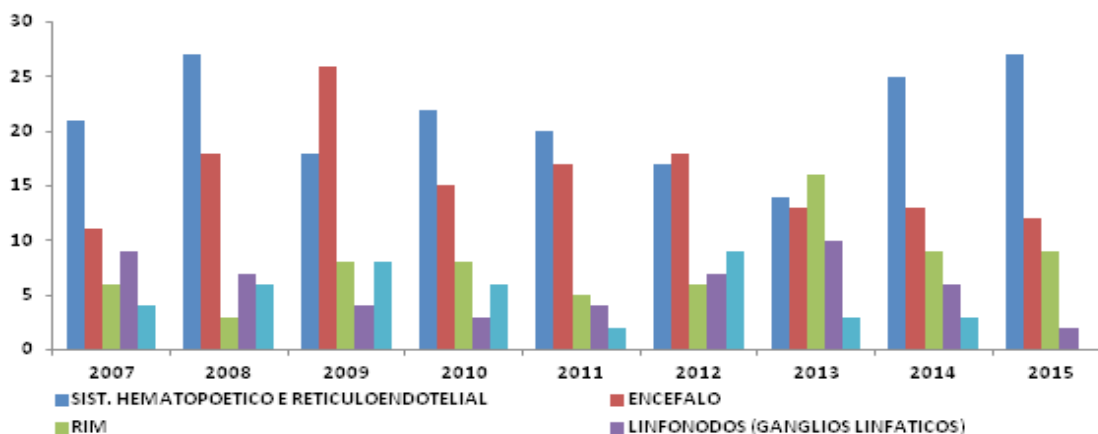
O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que, para o Brasil, em cada ano do biênio 2018-2019, ocorrerão 420 mil casos novos de câncer, sem considerar o câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2018). Uma vez que o percentual mediano dos tumores infanto-juvenis observados nos RCBP (Registro de Câncer de Base Populacional) brasileiros é de 3%, depreende-se que ocorrerão 12.500 casos novos de câncer em crianças e adolescentes (até os 19 anos) (BRASIL, 2009).

Para a obtenção de dados deste artigo, utilizou-se como referência a faixa etária de menores de 10 anos (0 a 9 anos, 11 meses e 29 dias).

No Estado do Espírito Santo existe apenas uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) habilitada pelo Ministério da Saúde para tratamento do câncer infantil. Assim, o Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG) é a Unacon pediátrica do estado. Esta unidade está vinculada a uma instituição de ensino, possui um serviço de quimioterapia isolado e Registro Hospitalar de Câncer (RHC), cujos dados são enviados para o sistema integrador (IntegradorRHC) e validados pela equipe da Vigilância do Câncer da Secretaria Estadual de Saúde. A série história deste Unacon compreende o período de 2007 a 2016. Para esse trabalho serão apresentados dados referentes a 2007 a 2015, visto que os dados de 2016 estão em fase de validação.

O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais, que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias, os do sistema nervoso central e linfomas. (BRASIL, 2009).

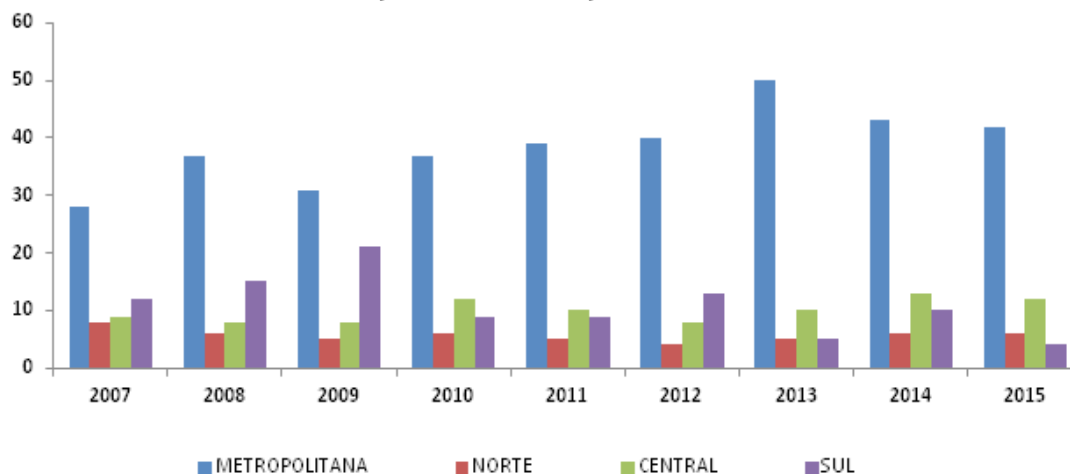
Gráfico 01: Número de casos de Câncer pelas principais neoplasias, na população de 0 a 09 anos, do Estado do Espírito Santo no período de 2007 a 2015.



Fonte: IntegradorRHC / INCA

No Estado do Espírito Santo os cânceres mais comuns em < 10 anos são: os cânceres do sistema hematopoiético e reticuloendotelial (leucemias, linfomas e mielomas) - C42, Encéfalo - C71, Rim - C64, Linfonodos - C77 e Conjuntivo Subcutâneo e outros Tecidos Moles - C49, conforme demonstrado pelo Gráfico 01.

Gráfico 02: Número de casos de Câncer pelas Regiões de Saúde, na população de 0 a 09 anos, do Estado do Espírito Santo no período de 2007 a 2015.

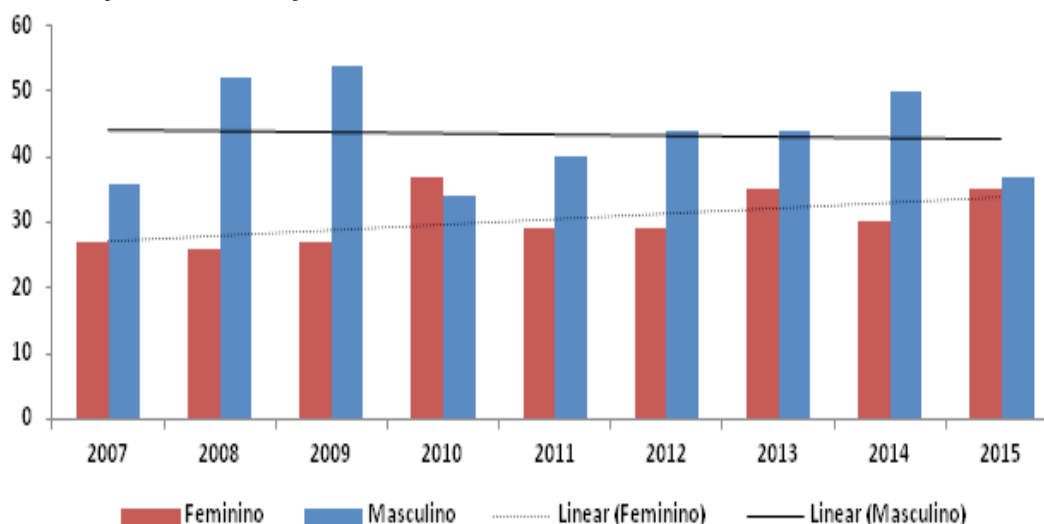


Fonte: IntegradorRHC

O gráfico 02 mostra a distribuição do número de casos de câncer infantil segundo as regiões de saúde no período de 2007 a 2015 ;

Região Metropolitana 347 casos, Região Norte 51 casos, Região Central 90 casos e a Região Sul 98 casos.

Gráfico 03: Número de casos de Câncer por sexo, na população de 0 a 09 anos, do Estado do Espírito Santo no período de 2007 a 2015.



Fonte: IntegradorRHC

Quando observados o número de casos de câncer infantil diferenciados entre os sexos, pode-se afirmar que há um número maior de casos entre o sexo masculino. Contudo, observa-

se uma tendência crescente entre o sexo feminino e uma estabilidade, com discreto declínio, da linha de tendência do sexo masculino.

Nas últimas quatro décadas, o progresso no tratamento do câncer na infância e na adolescência foi extremamente significativo. Hoje, em torno de 80% das crianças e adolescentes acometidos de câncer podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. A maioria deles terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado (BRASIL, 2009).

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald McDonald. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
2. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
3. AGUIAR JS, PEREIRA LD, ROCHA AMS. Mortalidade pelas cinco principais neoplasias no estado do Espírito Santo. Boletim Epidemiológico. Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANTS. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. p.21-25, 2017. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/BOLETIM%20VIGILANCIA%20DAS%20DANTS_.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.
4. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. GEVS – Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde, NEVE – Núcleo Especial de Vigilância em Saúde - Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Espírito Santo. 1ª edição. Vitória, 2016.

Efeitos do fumo em gestantes, lactentes e crianças

Kátia Guerzet Teixeira, Silvana Oliveira Dias Valada

Referências técnicas do programa de controle do tabagismo

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis segundo dados do inquérito Vigilância de Fatores de Risco Para Doença Crônica Não transmissível via Telefone (VIGITEL). Fumantes passivos apresentam riscos de morbidade respiratória, principalmente as crianças expostas por seus pais à poluição em ambientes de tabaco.

Segundo dados do VIGITEL (2018), no Brasil a frequência de adultos fumantes foi de 10,1%, sendo maior no sexo masculino (13,2%) do que no feminino (7,5%). A frequência de fumantes passivos Nacional de 7,4% do sexo masculino e 8,4% do sexo feminino. O município de Vitória apresenta o percentual de 6,7% do sexo masculino e 4,7% do sexo feminino de fumantes passivos. (Gráfico é pertinente)

De acordo com a pesquisa coordenada pelo diretor do Ambulatório de Drogas do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP), João Paulo Lotufo, destacou que muitos pais alegam que fumam fora de casa para não prejudicar os filhos, mas isso não adianta, pois o cheiro do cigarro fica no corpo e nas roupas do fumante e, conseqüentemente, as crianças acabam respirando isso. “Só o cheiro já é motivo de inflamação”. (ALBUQUERQUE, 2013).

Tabagismo em Gestantes, lactentes e crianças.

Fumar coloca em risco a saúde da gestante, mas também prejudica o bebê, por isso, as razões para não fumar durante a gravidez incluem: maior risco de aborto, principalmente durante os primeiros 3 meses de gravidez, maior a probabilidade do bebê nascer com defeitos genéticos, o bebê pode nascer prematuro ou com baixo peso, o bebê tem maior chance de morte súbita nos primeiros três meses após o nascimento, o bebê tem maiores probabilidades de desenvolver alergias e infecções respiratórias após o nascimento, o descolamento da placenta e a ruptura precoce da bolsa acontece com maior frequência. Existe um maior risco da gestante desenvolver complicações na gravidez, como trombose, que é a formação de coágulos no interior das veias ou artérias, que podem se formar também na placenta, podendo provocar aborto ou então se soltar e acumular em outro órgão, como pulmão ou cérebro. Desta forma, é importante a grávida não fumar nem frequentar locais com fumaça do cigarro. Se a mulher é fumante e deseja engravidar, uma boa dica é reduzir o cigarro até deixar de fumar antes de engravidar.

Fumar durante a amamentação também é desaconselhado, porque além do cigarro reduzir a produção de leite e do bebê ganhar menos peso, as substâncias tóxicas do cigarro pas-

sam para o leite materno e o bebê, ao ingeri-las, poderá ter dificuldades de aprendizagem e um maior risco de desenvolver doenças, como pneumonia, bronquite ou alergias, por exemplo, (SEDICIAS).

Entre os fumantes passivos, as crianças são as mais afetadas, por passarem mais tempo expostos à fumaça, principalmente quando o fumante é a mãe ou cuidador e por serem impotentes na mudança desta situação. O sistema mais afetado parece ser o respiratório e a faixa etária mais atingida a abaixo de 5 anos de idade. A taquipneia fisiológica da infância, o desenvolvimento incompleto do aparelho respiratório e o volume de substâncias danosas inaladas por quilograma de peso parecem ser os fatores envolvidos com a exacerbação do efeito maléfico do cigarro nesta faixa etária. Os efeitos do tabaco sobre o sistema respiratório, alto e baixo, são hiperplasia das adenoides e dos cornetos nasais e desenvolvimento pulmonar prejudicado. Os principais sintomas decorrentes do cigarro nas crianças são tosse crônica, exacerbações frequentes e gravidade de sibilância e ainda afecções respiratórias como rinite, laringite, otite, tonsilite, bronquiolite, bronquite, traqueíte e pneumonia. Alguns estudos sugerem que o tabagismo passivo em lactentes esteja associado a menor capacidade intelectual, maior risco de morte súbita e grave acometimento respiratório e imunológico (SBP, 2017).

Estudo avaliando 327 crianças em pronto atendimento, demonstrou prevalência de 21,6% de tabagismo passivo. As crianças expostas ao tabagismo compunham de modo significativo o grupo com mais de quatro idas ao serviço de emergência / ano e com necessidade de tratamento com antibióticos de mais de duas vezes / ano, quando comparado às crianças não expostas. Evidências mostram que a exposição pré-natal e na primeira infância ao tabagismo ambiental é fator predisponente para o início do hábito de fumar na adolescência, devido à neurotoxicidade decorrente da nicotina. Acredita-se que o tabagismo passivo na infância também seja causa frequente de neoplasia de pulmão na vida adulta, principalmente naqueles com exposição igual ou superior a 25 maços de cigarros/ano, em que dobra os riscos para carcinoma pulmonar em relação aos que não estiveram expostos. A relação dose-resposta já foi comprovada, onde quanto maior a quantidade de cigarros fumados pela mãe maior o risco de doenças respiratórias agudas nas crianças.

Estudos medindo metabólito da nicotina e cotinina na urina ou na saliva comprovaram que crianças cujos familiares fumavam, especialmente a mãe, inalavam constantemente os elementos tóxicos do tabaco. A queixa respiratória mais frequente das crianças, relacionadas com a exposição ao fumo ambiental, é a presença de sibilos, inclusive com registro de maior ocorrência de visitas à emergência. Outros estudos mostram que crianças fumantes passivas apresentam diminuição da função pulmonar. No entanto, é difícil predizer qual a repercussão dessas alterações no crescimento pulmonar e na morbidade respiratória futuramente. Pelos dados disponíveis na literatura, pode-se afirmar que existe associação entre crianças fumantes passivas e o aparecimento de neoplasia de pulmão na vida adulta. Janerich (1990) mostrou que a exposição de 25 “anos-maços” ou mais, durante a infância e adolescência, dobra o risco de câncer de pulmão em relação àqueles que nunca fumaram (SBP, 2017).

Toda gestante tabagista deve ser aconselhada a parar de fumar imediatamente. A abordagem mínima deve ser realizada em toda consulta de pré-natal pelos profissionais de saúde da rede de atenção materno-infantil do SUS e agentes comunitários de saúde. O ideal é que sejam criados grupos específicos para gestantes tabagistas ou que cada uma delas seja submetida a uma abordagem intensiva individual. Porém, dependendo de cada caso, a gestante tabagista poderá participar de um grupo de apoio junto com outros pacientes tabagistas não gestantes. Torna-se importante avaliar posteriormente a elaboração de material específico para essa população, com vistas a adequar a abordagem a esse grupo específico. Em relação ao uso de medicamentos no tratamento de gestantes tabagistas, alguns estudos com uso de Terapia de Reposição de Nicotina tiveram que ser suspensos por conta de efeitos adversos (INCA,2014).

Portanto deve-se avaliar sempre a relação risco-benefício na utilização da TRN, e caso opte por utiliza-la, deve-se dar preferência para as formas de liberação rápida, como a Goma de Mascar de Nicotina e a Pastilha de Nicotina. (INCA, 2014). Médico pneumologista da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA (Instituto Nacional do Câncer), explica que o uso da nicotina durante a gestação pode retardar do desenvolvimento cerebral e inibir a maturação pulmonar do feto e o monóxido de carbono aumenta ainda mais o risco desses danos. (Delas-ig).

Referências Bibliográficas

1. ALBUQUERQUE, Flavia. Pesquisa mostra que crianças fumantes passivas chegam a 51%, 2013. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/12/pesquisa-mostra-que-criancas-fumantes-passivas-chegam-a-51>. Acesso em: 07 de nov. de 2018.
2. DELAS IG. Pode usar adesivo durante a gestação? Disponível: Delas-ig @ <https://delas.ig.com.br/filhos/duvidasgravidez/pode-usar-adesivo-de-nicotina-para-parar-de-fumar/n1237936819415.html>. Acesso em: 07 de nov. de 2018.
3. INCA, 2014. Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas. Acesso em: 05 de nov. de 2018.
4. SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Tabagismo: O Papel do Pediatra. 02 de abr. de 2017.. Acesso em: 06 de nov. de 2018.
5. SEDICIAS, Sheila. Sete razões para não fumar durante a gravidez. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/sete-razoes-para-nao-fumar-durante-a-gravidez/>. Acesso em: 01 de nov. de 2018.
6. VIGITEL, 2018 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Estado nutricional de crianças menores de 10 anos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Estado do Espírito Santo

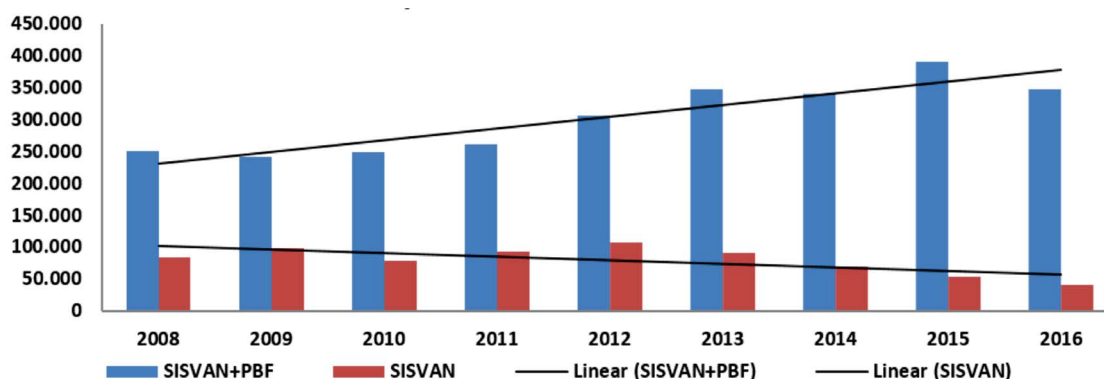
Lívia Welter Mannato Redins, Renato Luiz Carpanedo
Referências técnicas da vigilância alimentar e nutricional

No Brasil existem importantes sistemas de informação em saúde (SIS) que possibilitam o armazenamento de dados e a geração contínua de informações sobre a saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dentre estes tem-se o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) importante instrumento para o acompanhamento do estado nutricional e o consumo alimentar em todas as faixas etárias da população brasileira.

Baseado nos dados gerados por este sistema é possível traçar intervenções sobre os fatores de risco associados aos agravos nutricionais e subsidiar decisões políticas voltadas para a melhoria da saúde. O SISVAN web foi lançado em janeiro de 2008, substituindo a primeira versão informatizada do SISVAN, a partir de uma plataforma baseada na internet, que não exige a instalação e atualização de programas e lhe confere maior agilidade.

Os países em desenvolvimento vêm passando por intensa transição nutricional onde instaurou-se um antagonismo de tendências entre desnutrição e obesidade em todos os estratos de renda e faixa etária. No gráfico 01 é possível ver a evolução do número de dados inseridos no sistema desde a sua criação como sistema informatizado.

Gráfico 01 – Evolução do número de registros de crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN/ web no Estado do Espírito Santo.



Fonte: Boletim Epidemiológico da Vigilância das Doenças e Agravos não transmissíveis, 2017.

Atualmente a grande dificuldade é lidar com a desnutrição e a obesidade ao mesmo tempo, situações aparentemente contraditórias. A obesidade é apontada pela Organização Mundial de Saúde como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Em 2025 estima-se que 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões com obesidade. E entre as crianças esse número pode chegar a 75 milhões. Dados do IBGE 2008/2009 apontam que o sobrepeso e a obesidade entre crianças no país estariam em torno de 15%. Para a região sudeste 38,8% das crianças de 5-9 anos estão com excesso de peso.

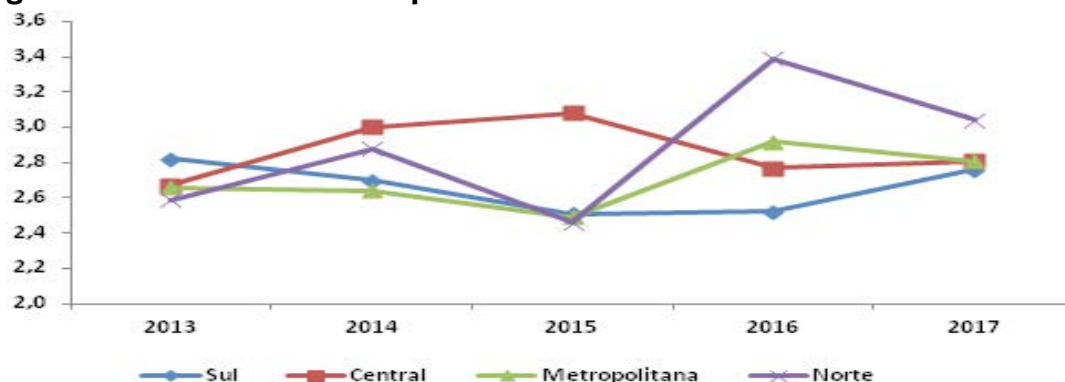
O objetivo do presente estudo é apresentar o estado nutricional das crianças < 10 anos do estado do Espírito Santo (ES), utilizando dados do SISVAN.

É preciso ressaltar que os dados das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família (PBF) migram para o SISVAN após o final de cada vigência. E entre os anos 2008 e 2016 houve aumento no número de registros via PBF e diminuição dos registros no SISVAN.

Utilizou-se como parâmetro para análise dos dados o índice peso para idade e IMC para idade nas faixas etárias divididas em 0 a 4 anos e 5 a 9 anos. Para definir o baixo peso que aparecem nos gráficos foi realizada a soma simples dos parâmetros: muito baixo peso e baixo peso resultando na variável baixo peso.

No Brasil assim como na região sudeste, de acordo com os resultados do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 2017 o baixo peso em menores de 5 anos atingiu 4,5%, valores maiores que os encontrados no Estado do Espírito Santo(2,8%). Ao analisarmos a prevalência por regiões de saúde, observamos que nos últimos 5 anos as prevalências de baixo peso estão estáveis variando de 2,5% a 3,4%, sendo que a maior prevalência é maior na Região Norte do Estado (Gráfico 02).

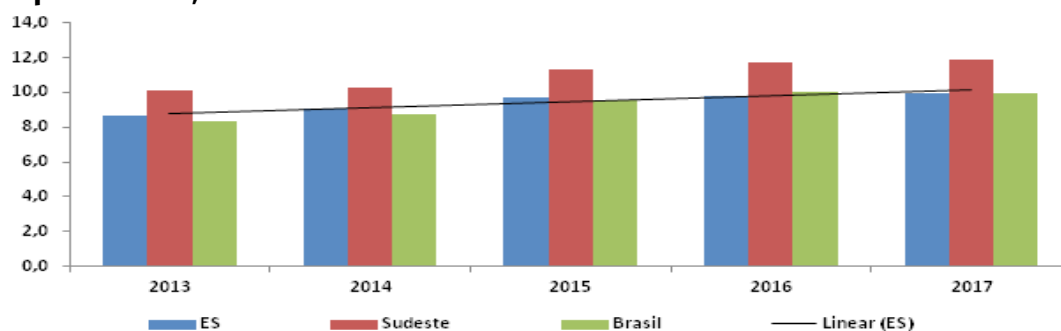
Gráfico 02 - Prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos por região de saúde do Estado do Espírito Santo entre os anos de 2013 a 2017.



Fonte: SISVAN, 2017

A faixa etária de 5 a 9 anos observa-se maior prevalência dos pesos elevados para idade, com linha de tendência crescente do período de 2013 a 2017. No Espírito Santo em 2013 a prevalência era de 8,6%. Em 2017 esse valor sobe para 10% (gráfico 03).

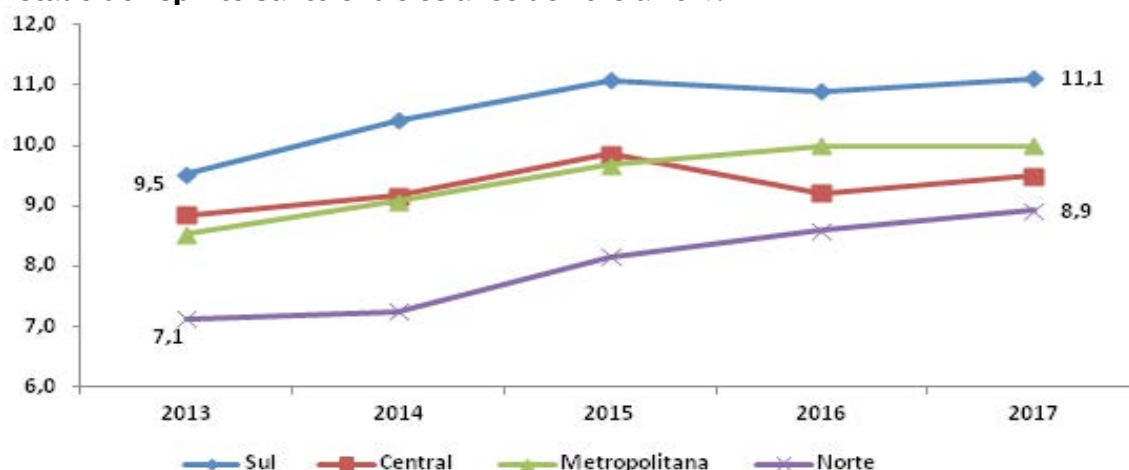
Gráfico 03 - Prevalência de peso elevado em crianças de 5 a 9 anos no Estado do Espírito Santo, Sudeste e Brasil entre os anos de 2013 a 2017.



Fonte: SISVAN, 2017.

Em 2017 a prevalência de peso elevado em crianças de 5 a 9 anos no estado era de 10%. Na avaliação por regiões de saúde a região sul apresenta os maiores índices de peso elevado, em 2013 era de 9,5% subindo para 11,11% em 2017 e a região norte apresenta as menores prevalências 7,1% em 2013 e 8,9% em 2017 (gráfico 04).

Gráfico 04 - Prevalência de peso elevado em crianças de 5 a 9 anos por região de saúde do Estado do Espírito Santo entre os anos de 2013 a 2017.

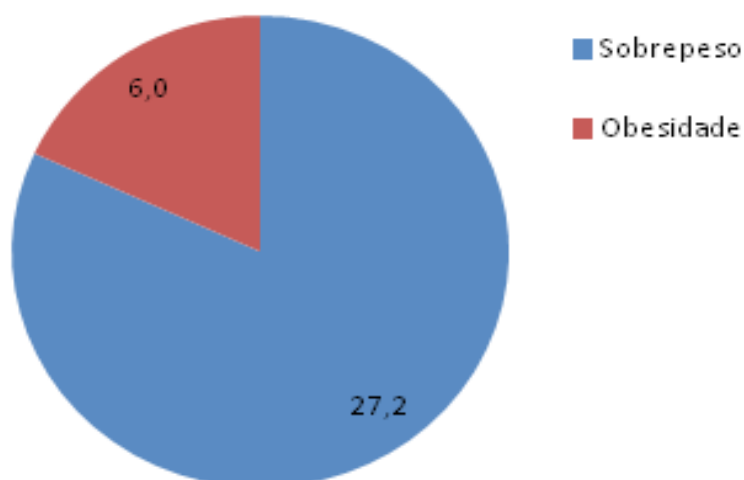


Fonte: SISVAN, 2017.

Para definir o sobrepeso representado nos gráficos do IMC (Índice de Massa Corpórea) para idade foi realizada a soma simples dos parâmetros: risco de sobrepeso e sobrepeso resultando na variável sobrepeso e para a obesidade somou-se obesidade e obesidade grave resultando na variável obesidade.

Após a análise do parâmetro IMC (Índice de Massa Corpórea) para idade em crianças de 0 a 4 anos em 2017 o dado é muito alarmante principalmente se somarmos o sobrepeso e obesidade teremos em torno de 33,2% de excesso de peso (gráfico 05).

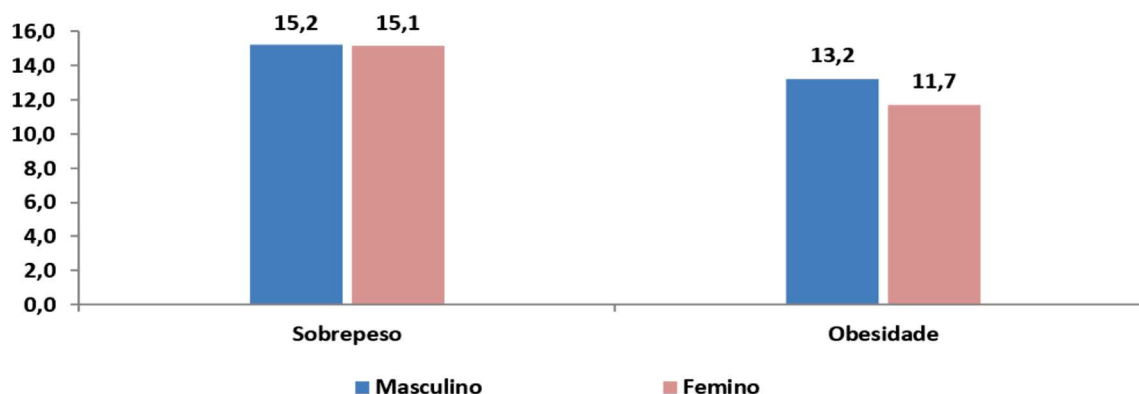
Gráfico 05 - Prevalência de sobrepeso e obesidade segundo IMC para idade entre crianças de 0 a 4 anos no ano de 2017 no Estado do Espírito Santo.



Fonte: SISVAN, 2017.

Quando avaliado o IMC para idade entre crianças de 5 a 9 anos encontramos 15% de sobrepeso tanto em homens quanto em mulheres, já para a obesidade existe uma pequena diferença entre estes, os homens apresentaram 13,2% de obesidade e as mulheres 11,7%.

Gráfico 6 - Prevalência de sobrepeso e obesidade segundo IMC para idade entre crianças de 5 a 9 anos no ano de 2017 no Estado do Espírito Santo.



Fonte: SISVAN, 2017

Para o enfrentamento da transição nutricional é preciso uma agenda única de nutrição pautada em políticas articuladas com enfoque no curso da vida e a promoção de saúde com enfoque na alimentação saudável.

A área técnica da alimentação e nutrição está sempre buscando a qualificação da assistência por meio de treinamentos da gestão municipal dos programas afins para que os dados inseridos nos sistemas tenham qualidade. No ano de 2018, a inserção de dados no SISVAN e no Programa Bolsa Família se dará exclusivamente por meio do e-Gestor, com isso esperamos que ocorra aumento das informações.

Referências Bibliográficas

1. Nascimento FA et al. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. Cad. Saúde Pública, 33(12):e00161516, 2017.
2. Enes CC et al. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 19(5):1543-1551, 2014.
3. Coutinho JG et al. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S332-S340, 2008.
4. Mapa da Obesidade. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em 6 de Nov. de 2018.
5. IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil. Rio de Janeiro, 2010.
6. Espírito Santo. Boletim Epidemiológico da Vigilância das Doenças e Agravos não transmissíveis, 2017.

A Vigilância alimentar e nutricional no Programa Bolsa Família - ES

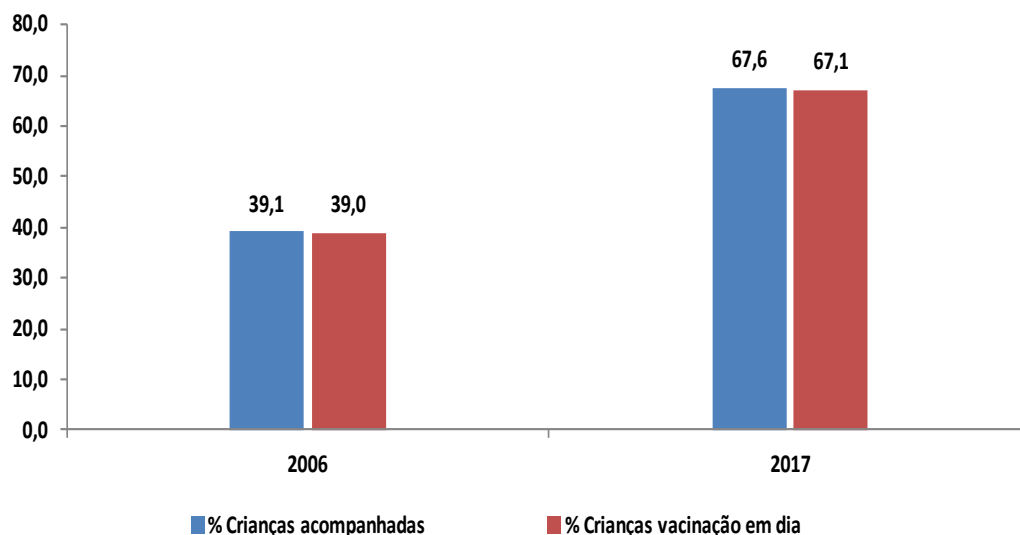
Lívia Welter Mannato Redins, Renato Luiz Carpanedo
Referências técnicas da vigilância alimentar e nutricional

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda, com condicionalidades, às famílias pobres e extremamente pobres.

Na área da Saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de 07 anos e/ou mulheres em idade fértil, na faixa etária entre 14 e 44 anos. A estas famílias, chamadas famílias perfil saúde, deverão ser ofertados serviços para o acompanhamento da vacinação e da vigilância nutricional de crianças menores de 7 anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério.

No Estado do Espírito Santo no ano de 2006, havia 101.370 crianças beneficiárias do PBF com perfil saúde. Foram acompanhadas 39.610 crianças (39,07%) e destas, 39.486 (38,95%) estavam com vacinação em dia. Em 2017, 96.420 crianças eram beneficiárias com perfil saúde com acompanhamento obrigatório. Foram acompanhadas 65.180 (67,60%) e destas 64.715 crianças (67,11%), possuíam a vacinação em dia. Deste modo, observa-se um progresso neste acompanhamento quando se compara o ano de 2006 ao ano de 2017, e nas crianças que estão sendo acompanhadas no PBF, foi observado um percentual de cobertura vacinal acima de 67% (Gráfico 01).

Gráfico 01 – Percentual de crianças com vacinação em dia do Programa Bolsa Família, nos períodos 2006 e 2017.



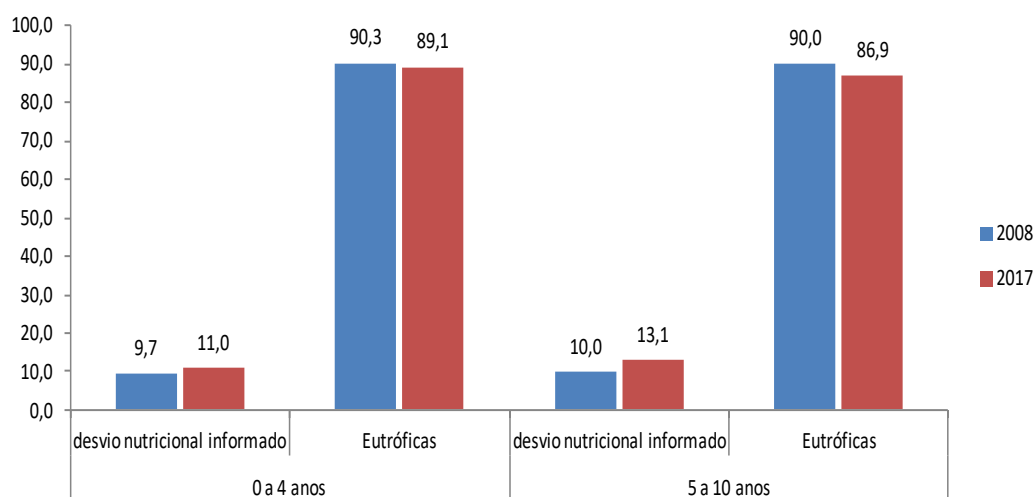
Fonte: Portal do Bolsa Família – DATASUS (Relatórios consolidados).

Em relação aos dados nutricionais, para os beneficiários do programa bolsa família acompanhados pela APS no Estado do Espírito Santo, observa-se que no ano de 2006, 34.652 crianças (34,15%) tiveram dados nutricionais informados. Em 2017 foram registrados dados nutricionais de 60.409 crianças (62,65%).

Considerando que o SISVAN, módulo gerador de relatório, só fornece dados nutricionais a partir de 2008, os dados extraídos para esta categoria serão apresentados do período de 2008 a 2017. Observa-se que no ano de 2008 das 33.985 crianças na faixa etária entre 0 a 4 anos, com dados nutricionais informados. Destes, 3.301 (9,71%) apresentavam algum desvio nutricional, ou seja, peso muito baixo para idade, peso baixo para idade e peso elevado para idade e os demais 30.684 (90,28%) foram classificadas como eutróficas (bom estado nutricional). As crianças na faixa etária entre 5 a 10 anos, 3.542 (10,04%) apresentavam algum desvio nutricional e 31.738 (89,96%) classificadas como eutróficas.

Em relação ao ano de 2017, nota-se que na faixa etária de 0 a 4 anos, 5.055 crianças (10,97%) foram classificadas com algum desvio nutricional, enquanto 41.463 (89,13%) foram classificadas com eutrofia. Na faixa etária de 5 a 10 anos das 39.490 crianças com dados nutricionais informados, 5.174 crianças (13,10%) foram classificadas com algum desvio nutricional, enquanto 34.316 (86,9%) classificadas como eutróficas.

Gráfico 2 – Perfil nutricional de crianças do Programa Bolsa Família no Estado do Espírito Santo, nos períodos 2008 e 2017.



Fonte: SISVAN, 2017

Partindo do princípio de que a atenção básica do SUS se configura na porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à Saúde, se faz importante o papel das equipes da atenção básica no acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, onde o contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas com vistas à promoção da saúde, oportuniza o olhar para a integralidade do cuidado, realizando ainda, o encaminhamento, quando necessário, para os demais pontos de atenção à saúde, e o acompanhamento da evolução de cada usuário de forma contínua.

Devemos ter em mente que, este contato permanente destas famílias com o setor saúde favorece um ambiente propício para as ações de Promoção de Saúde, com ênfase na Vigilância Alimentar e Nutricional, em ações que visem incentivar a amamentação exclusiva, a alimentação complementar saudável, o incentivo a uma alimentação familiar saudável, ao consumo regular de frutas, legumes e verduras, o estímulo à atividade física regular e a manutenção do calendário vacinal das crianças do PBF em dia.

Referências Bibliográficas

1. Bolsa Família. DATASUS – SAS/DAB: Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp>. Acesso em Outubro de 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1ª reimpressão; Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Brasil. Senado Federal. Orientações Nutricionais: da gestação à primeira infância. Mesa. Biênio 2015-2017.
4. Brasília. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>. Acesso em Outubro de 2017.
5. BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

Perfil da mortalidade por causas externas na população menor de 10 anos, residente no Estado do Espírito Santo - 2017

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino
Referência técnica das causas externas

Este estudo descreve o perfil epidemiológico da mortalidade de crianças menores de 10 anos, no ano de 2017, considerando as regiões de saúde, sexo e faixa etária. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade do SUS.

No ano de 2017, as causas externas, compreendidas pelos acidentes e violências, estavam entre as primeiras quatro causas de mortalidade de menores de 10 anos, no entanto as crianças de 05 a 09 anos tiveram este agravo como primeira causa de mortalidade, com 28,1% dos casos. A Região Metropolitana apresentou o maior percentual, com 53,3% dos óbitos, seguida pela Central com 17,8%, Sul e Norte com 14,5% cada uma (Quadro 01).

Quadro 01- Mortalidade proporcional por faixa etária, segundo capítulos CID-10, causas externas, por sexo e região de saúde na população residente no Espírito Santo – 2017.

Óbitos pelas principais causas segundo faixa etária no Estado do Espírito Santo - 2017				Óbitos por Regiões de Saúde, segundo sexo no Estado do Espírito Santo - 2017				
Ano 2017	Classificação dos óbitos			Regiões	Sexo		ES	%
	< 1 ano	01 a 04	05 a 09		Masc	Fem		
1ª	Perinatal 56,9%	D Aparelho respiratório 22,8%	Causas externas 28,1%	Metropolitana	222	187	409	53,3
2ª	Mal formação congênita 26,0%	Mal formação congênita 20,8%	Neoplasias 17,5%	Central	78	59	137	17,8
3ª	D Aparelho respiratório 4,2%	Causas Externas 17,8%	D sistema nevoso 12,3%	Norte	62	49	111	14,5
				Sul	68	43	111	14,5
4ª	Doeças parasitárias e Causas externas 3,8%	Perinatal 8,9%	D Aparelho respiratório 12,3%	ES	430	338	768	100
				%	55,8	43,9	100	

Fonte: DATASUS/TABNET extraído em julho e novembro/2018

A maior incidência das causas externas foi sobre a população do sexo masculino, com 55,8% dos óbitos. Até 2014 os acidentes de transportes ocupavam a primeira ordem na classificação dos agravos dentre as causas externas, mas em 2017 eles passam a ocupar o segundo lugar. Ainda em 2017, os acidentes em geral, responsáveis por 42 % dos óbitos, somados aos acidentes de transporte alcançam o patamar de 64% dos óbitos em menores de 10 anos. Os homicídios responderam pelo percentual de 12 % dos óbitos. Observa-se que à medida que aumenta a idade, diminui os riscos de outros acidentes e amplia o risco de acidente por transporte. Destacam-se as quedas que mantem um percentual próximo de 10 em todas as faixas etárias, enquanto 10 %

dos afogamentos ocorreram na faixa de 05 a 09 anos e tem destaque em 20% dos casos de óbito do Sul. Os outros acidentes ocupam o primeiro lugar com 68% dos óbitos em menores de 1 ano (Quadro 2).

Quadro 2- Óbitos por causas externas na população < 10 anos residente nas Regiões de Saúde do Espírito Santo no ano de 2011 – 2017

Mortalidade por tipo de causas externas, na população ≤ 9 anos de residentes no Estado do Espírito Santo - 2011, 2014 e 2017										
Tipo de causas	2011		2014		2017					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acidentes de transportes	30	38	30	35,7	14	23,3				
Outros acidentes	20	25,3	28	33,3	25	41,7				
Afogamento	13	16,5	9	10,7	4	6,7				
Homicídio	6	7,6	3	3,6	7	11,7				
Intenção é indeterminada	5	6,3	7	8,3	3	5,0				
Queda	2	2,5	6	7,1	6	10				
Queimadura	3	3,8	1	1,2	1	1,7				
Total	79	100,0	84	100,0	60	100,0				

Mortalidade por tipo de causas externas, na população ≤ 9 anos segundo faixa etária de residentes no Estado do Espírito Santo - 2017										
Tipo de causas	< 1 ano		1 a 4 anos		5 a 9 anos		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Outros acidentes	15	68,3	5	27,8	5	25,0	25	41,7		
Acidentes de transportes	1	4,5	5	27,8	8	40,0	14	23,3		
Homicídio	2	9,1	4	22,2	1	5,0	7	11,7		
Queda	2	9,1	2	11,1	2	10,0	6	10,7		
Afogamento	1	4,5	1	5,6	2	10,0	4	6,7		
Intenção é indeterminada	1	4,5	1	5,6	1	5,0	3	5,0		
Queimadura	0	0,0	0	1,0	1	5,0	1	1,7		
Total	22	100,0	18	100,0	20	100,0	60	100,0		

Mortalidade por tipo de causas externas, na população ≤ 9 anos segundo regiões de saúde, de residentes no Estado do Espírito Santo - 2017										
Tipo de causas	Metropolitana		Norte		Central		Sul		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Outros acidentes	13	41,9	7	53,8	4	40,0	1	20,0	25	42,4
Acidentes de transportes	5	16,1	3	23,1	4	40,0	1	20,0	13	22,0
Homicídio	5	16,1	1	7,7	0	0,0	1	20,0	7	11,9
Queda	4	12,9	1	7,7	1	10,0	0	0,0	6	10,2
Afogamento	2	6,5	0	0,0	1	10,0	1	20,0	4	6,8
Intenção é indeterminada	1	3,2	1	7,7	0	0,0	1	20,0	3	5,1
Queimadura	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Total	31	100,0	13	100,0	10	100,0	5	100,0	59,0	100,0

FONTE: DATASUS/TABNET extraído em novembro/2018

Tais dados apontam uma necessidade de maior acompanhamento das famílias em crianças menores de 01 ano, e uma atenção redobrada para os acidentes e as violências, assim como educar as crianças desde a mais tenra idade para os cuidados no trânsito.

Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN- VIOLÊNCIAS - Notificações Registradas: banco

Situação epidemiológica das notificações de violência contra a criança menor de 10 anos no Estado do Espírito Santo de 2007 a 2017

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino, Márcio Nunes Rodrigues
Referências técnicas das causas externas

As violências são consideradas problemas de saúde pública e violação dos direitos humanos, sobretudo contra crianças e geram graves consequências nos âmbitos individual e social. As violências muitas vezes ocorrem no ambiente doméstico e/ou familiar, o que facilita a perpetuação dos eventos de violência, garante invisibilidade na esfera pública e dificulta o acesso aos serviços de proteção e cuidados.

Desde a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, tornou-se compulsória a notificação de violência contra criança e a partir de 2011, a violência em todas as faixas etárias tem notificação compulsória no âmbito da saúde pública e privada. Em 2014, os casos de violência sexual e as tentativas de suicídio passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o primeiro atendimento da vítima. Também é obrigatória a comunicação de qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, pelo meio mais rápido, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Este estudo descreve o perfil epidemiológico das violências contra crianças menores de 10 anos notificadas no SUS, no período de 2011 a 2017, considerando as regiões de saúde, sexo e faixa etária. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A base de 2017 apresenta dados preliminares e foi extraída em outubro/novembro de 2018. Foi realizada uma análise descritiva das características das violências, considerando a faixa etária de 0 a 3 anos (primeiros 1000 dias) 04 a 6 anos e 07 a 09 anos.

Resultados

No período de 2011 a 2017, foram notificados no Sinan/ES 28.949 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Desse total, foram registradas 2.628 (9,0%) notificações contra crianças menores de 10 anos. De 2011 a 2017 houve um aumento de 278 % no número de notificações nessa população, embora haja uma diminuição do percentual por região de saúde.

A Região Metropolitana foi a que mais emitiu notificações para essa faixa etária, nos anos avaliados. Em 2011, 19,9 % das notificações da Metropolitana referia-se à faixa etária de estudo, contra 9,1% das notificações em 2017. A Região Norte não registrou notificação de violência contra as crianças em 2011, porém em 2014, cerca de 8,5% das notificações e em 2017, 4,0 % das notificações eram de crianças, apontando um decréscimo de aproximadamente 47% da taxa de notificação de violência contra crianças. A Região Central teve um acréscimo de 2,3% de 2011 para 2014, permanecendo em 2017 o mesmo percentual de 5,6%. Em 2011, cerca de 9,3 % das notificações da Região Sul eram de crianças menores de 10 anos, mas em 2011, houve um decréscimo de 5,7 %, assim como em 2017, quando o alcance foi de apenas 3,4% das fichas.

Quadro 3 – demonstrativo das notificações de violência da população ≤ 9 anos por faixa etária, tipo e Região de Saúde de Residência, Espírito Santo, 2011 - 2017.

Evolução do número de notificação de violências na população ≤ 9 anos, residentes nas Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo - 2017									
Regiões de saúde	2011			2014			2017		
	N total	< 10	%	N total	< 10	%	N total	< 10	%
Norte	4	0	0,0	129	11	8,5	302	12	4,0
Metropolitana	690	137	19,9	2760	260	9,4	4942	448	9,1
Central	30	1	3,3	918	51	5,6	1346	76	5,6
Sul	129	12	9,3	441	16	3,6	909	31	3,4

Notificação de violência da população ≤ 9 anos por tipo de agressor em residentes no Estado do Espírito Santo, 2017								
Tipo de agressor	< 1 ano		1 a 4 anos		5 a 9 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mãe	49	55,1	90	35,3	45	19,1	184	31,7
Pai	24	27,0	72	28,2	45	19,1	141	24,3
Outros vínculos	4	4,5	41	16,1	43	18,2	88	15,2
Amigos / conhecidos	4	4,5	18	7,1	50	21,2	72	12,4
Padastro	0	0,0	16	6,3	29	12,3	45	7,8
Irmão	2	2,2	4	1,6	17	7,2	23	4,0
Desconhecido	4	4,5	8	3,1	5	2,1	17	2,9
Cuidador (a)	1	1,1	4	1,6	0	0,0	5	0,9
Madrastra	1	1,1	1	0,4	2	0,8	4	0,7
Pessoa com relação intuícional	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,2
ES	89	100,0	255	100,0	236,0	100,0	580	100,0

Notificação de violência da população ≤ 9 anos por tipo e faixa etária em residentes no Estado do Espírito Santo, 2017								
Tipo de violência	< 1 ano		1 a 4 anos		5 a 9 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Violência sexual	8	8,2	100	36,6	127	45,7	235	35,4
Violência negligência / abandono	45	46,4	94	34,4	40	14,4	179	27,0
Violência física	28	28,9	53	19,4	72	25,9	153	23,0
Violência psicológica / moral	8	8,2	14	5,1	25	9,0	47	7,1
Outras violências	6	6,2	9	3,3	9	3,2	40	6,0
Violência tortura	2	2,1	3	0,9	2	0,5	5	0,6
ES	97	100,0	273	100,0	278	100,0	664	100,0

Notificação de violência sexual da população ≤ 9 anos por tipo e faixa etária em residentes no Estado do Espírito Santo, 2017								
Tipo de violência sexual	< 1 ano		1 a 4 anos		5 a 9 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Atentado violento pudor	86	92,5	239	70,1	242	64,5	567	4,0
Estupro	7	7,5	79	23,2	99	26,4	185	22,9
Assédio Sexual	0	0,0	13	3,8	23	6,1	36	4,4
Outras violências	0	0,0	7	2,1	9	2,4	16	2,0
Ponografia infantil	0	0,0	3	0,9	2	0,5	5	0,6
ES	93	100,0	341	100,0	375	100,0	809	100,0

Fonte: SINAN/NET extraído em novembro/2018 - Dados preliminares de 2017, passíveis de alterações.

O tipo de violência de maior ocorrência nos primeiros 100 dias (0 a 3 anos) é a negligência e abandono com 40 % dos casos notificados, ficando a violência sexual em segundo lugar com 26% e a violência física em terceiro, com 21 %. Para a população de 4 a 6 anos e 07 a 09 anos a maior incidência é de violência sexual, com 44,2% e 45,6 % respectivamente, o segundo lugar é a violência física seguida da negligência.

Em relação ao agressor para a primeira infância (0 a 6 anos) a mãe foi responsável por 32,2% das violências, seguida pelo pai, com o percentual de 28,6% das notificações. Esses dois somados corresponderam a 72,8% das violências cometidas contra as crianças de 0 a 3 anos e 46,9% das violências registradas para a faixa de 4 a 6 anos. Para a pré-adolescência (7 a 9 anos), os pais acumulam junto o percentual de 33,3 %, porém, na análise individualizada, amigos e conhecidos apresentam o maior percentual de 26,2 %.

Em 2017, a violência sexual representou 36,2 % das notificações para a infância, enquanto a negligência/abandono e a violência física ocuparam o segundo e terceiro lugar com os percentuais de 27,6 % e 23,6% respectivamente. No entanto, para a faixa de 4 a 5 anos, a violência sexual representa 44,2% e em 45,6 % dos casos registrados para as crianças de 07 a 09 anos. Entre as violências sexuais, 53% foram de estupro, seguido de assédio sexual com 40,5% do total das notificações.

A criança tem demandado uma atenção especial dos aparelhos do estado no que diz respeito à violência. Várias legislações e notas técnicas, bem como linhas de cuidados, têm sido produzidos incentivando a ampliação do cuidado. No entanto, a violência doméstica ainda é um desafio, posto que garantem um isolamento da vítima junto ao agressor e dificulta o acesso dos serviços governamentais. Embora a mãe apareça como o maior índice de agressão contra a criança nos primeiros 1000 dias, é importante lembrar que muitas vezes ela se encontra sozinha na criação dos filhos.

O aumento do número de notificações é uma prova de que os cuidados já se estabelecem, mas ainda ineficazes, posto que 38% dos casos foram de repetição. Isso aponta que as ações ainda não respondem à demanda e precisa de um alinhamento entre as instâncias dos cuidados, bem como direciona para uma necessidade de maior capacitação das equipes de saúde, sobretudo na atenção primária para detecção precoce das suspeitas de violências.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: 2016 [citado 2018 jun 11]. 92 p.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: 2010 [citado 2018 jun 11]. 104 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 jan 26; Seção 1:37. 5.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 jun 9; Seção 1:67. 6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1990 jul 16; Seção 1:13563.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Boletim Epidemiológico: Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017

Cobertura vacinal da poliomielite e sarampo em crianças no Estado do Espírito Santo

Danielle Grillo Pacheco Lyra, Flávia Maria Oliveira Saibel dos Santos
Referência técnica do programa de imunização

A poliomielite e o sarampo são doenças de notificação compulsória e o país tem compromissos internacionais para erradicar e eliminar, respectivamente, estas doenças.

O último caso de poliomielite no Brasil ocorreu em 1989, no Espírito Santo em 1987², e respectivamente, desde 1990 e 1988, não são registrados casos da doença, que é grave e foi responsável por danos irreversíveis para milhares de crianças no mundo. As ações de prevenção e controle contribuíram para que, em 1994, o país recebesse da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a certificação de área livre de circulação do poliovírus selvagem do seu território, juntamente com os demais países das Américas.

Apesar dos progressos alcançados a poliomielite permanece endêmica em três países (Afeganistão, Nigéria e Paquistão). Além disso, outros países são considerados de risco, especialmente naqueles com baixa cobertura vacinal, bolsões de não vacinados e que mantêm viagens internacionais ou relações comerciais com estes países.

Com relação ao sarampo, apesar dos esforços empreendidos desde o início do programa de eliminação da doença, nos últimos anos, casos têm sido reportados em várias partes do mundo e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), muitos países permanecem endêmicos para o sarampo, principalmente aqueles com baixa cobertura vacinal e bolsões de não vacinados.

No Brasil, os últimos casos de sarampo foram registrados no ano de 2015, em surtos ocorridos em três estados. Em 2016, o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela OMS, declarando a região das Américas livre do sarampo. No período de 2016 a 2017, não foi registrado nenhum caso da doença no país. Atualmente, além dos surtos da doença nos estados do Amazonas e Roraima, outras Unidades Federadas também confirmaram casos de sarampo.

As ações de vacinação são fundamentais tanto nas ações de rotina como nas campanhas e a meta de cobertura vacinal maior ou igual a 95% deve ser alcançada em todos os municípios. Entretanto, as coberturas vacinais municipais ainda são heterogêneas no Brasil, podendo levar à formação de bolsões de pessoas não vacinadas, possibilitando, assim, a reintrodução dos poliovírus e sarampo (comprometendo o processo de certificação de eliminação). Diante deste quadro, há necessidade da união de esforços para manutenção do país livre dessas doenças, sendo importante que autoridades, gestores e profissionais de saúde trabalhem de forma integrada para minimizar os riscos e a possibilidade de reintrodução destas doenças no território brasileiro.

A vacinação de rotina consiste no estabelecimento de um calendário nacional de vacinações que deve ser aplicado a cada indivíduo a partir do seu nascimento, visando garantir, individualmente, a prevenção específica das doenças imunopreveníveis e, no âmbito coletivo, a imunização de massa, responsável pela interrupção da transmissão. Para que o efeito individual se observe, basta que cada criança vacinada torne-se uma criança imunizada, ou seja, que a vacina e o organismo da criança produzam a imunidade. Já para a imunização coletiva, é preciso além da imunidade individual, uma cobertura vacinal alta e homogênea, isto é, que pelo menos 95% ou mais dos suscetíveis desenvolvam imunidade.

Na tabela 1 verifica-se que as coberturas vacinais para as vacinas poliomielite em crianças menores de 1 ano e a vacina tríplice viral dose 1 para crianças com 1 ano de idade na rotina dos serviços de vacinação dos municípios do estado atingiram as metas preconizadas entre os anos 2011 e 2015, sendo que a partir de 2016 a meta de vacinação da poliomielite não foi atingida e a partir de 2017 não foi alcançada para ambas, tríplice viral e poliomielite.

Até o ano 2012 a segunda dose da vacina tríplice viral era administrada aos quatro anos de idade. A partir de 2013 ela passou a fazer parte do calendário das crianças de 1 ano de idade, especificamente aos 15 meses de vida. Desde o ano da introdução da segunda dose da vacina tríplice viral aos 15 meses a meta desta dose não é alcançada, com exceção do ano 2014 onde houve superação da meta devido à campanha de seguimento contra o sarampo naquele ano.

Tabela 1. Coberturas vacinais crianças <1 ano / 1 ano*, ES, 2011 a 2018.

Tipo de vacina	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Poliomielite (95%)	108,3	104,9	100,2	101,2	99,4	89,3	80,6	88,28
Tríplice viral (dose 1 - 95%)	103,8	105,1	106,2	109,4	99	104,3	86,2	93,16
Tríplice viral (dose 2 - 95%)	-	-	84,9	97,6	87,5	78,3	71	77,38

Fonte: <http://pni.datasus.gov.br> em 16/05/2019 *Dados preliminares do ano 2018.

No Brasil, a diminuição das taxas de cobertura ocorre não apenas para as novas vacinas disponibilizadas pelo PNI (Programa Nacional de Imunização), como também para as antigas, das quais tínhamos altos índices de cobertura alcançados. Além da falta de percepção de parte da população sobre a importância de prevenir doenças infecciosas pela imunização, dados negativos na mídia, através de grupos antivacineiros ou indivíduos isolados, geram medo ou insegurança, sendo certamente mais um fator que contribui para a situação atual de queda.

Ainda há que se considerar que no estado do Espírito Santo foi iniciada a migração do sistema de informação de dados de vacinação agregados para o sistema de informação nominal individualizado no ano de 2015, o que a princípio pode dificultar a inserção dos dados.

Outro ponto a ser avaliado é que quanto melhor estruturada estiver a rede de atenção básica, maiores serão o acesso e a adesão à vacinação.

Visando produzir a inclusão daquelas crianças cujas mães ou responsáveis não têm condições de utilizar os serviços de vacinação de rotina soma-se a essa ação a instituição de campanhas de vacinação, estratégia complementar que, por seu caráter universal e gratuito, pode ser visto como uma estratégia de massa, ainda que o procedimento dependa da vacinação de cada criança em particular.⁴ Sendo assim, no mês de agosto de 2018 aconteceu a campanha nacional de vacinação para crianças de um a quatro anos de idade contra a poliomielite e contra o sarampo, sendo a cobertura vacinal 101,73% e 101,36%, respectivamente, no estado do Espírito Santo. A campanha, enquanto estratégia de vacinação indiscriminada representa oportunidade adicional para captar crianças não vacinadas ou aquelas que não obtiveram resposta imunológica satisfatória à vacinação, minimizando o risco de adoecimento dessas e, conseqüentemente, reduzindo ou eliminando os bolsões de não vacinadas, visando garantir a manutenção da eliminação da poliomielite, do sarampo e da rubéola no país.

É possível verificar diferenças significativas entre os dados de vacinação de rotina e campanha para as referidas vacinas, mesmo considerando que os dados de rotina sejam parciais de acordo com o período avaliado.

A qualidade dos registros de vacinação, seja de forma agregada (site de campanha) ou nominal (SIPNI) é um desafio operacional que deve ser levado às equipes em todas as esferas de gestão com o propósito de avaliação das práticas, tanto no processo de inserção dos dados quanto nos resultados, levando a formulação de estratégias de intervenção oportunas para a manutenção e a fidedignidade dos dados de vacinação do estado.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e contra o sarampo. Brasília, 2018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Boletim informativo Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e contra o sarampo. Brasília, 2018.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Informe nº 27 Situação do Sarampo no Brasil. Brasília, 2018.
4. De Moraes, José Cássio et al . Qual é a cobertura vacinal real?. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.12, n.3, p.147-153, set. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742003000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000300005>.
5. Levi, Mônica. O papel da mídia versus o antivacinação. Revista Imunizações SBIIm, v. 11, n. 3, p. 14-16, 2018.

