

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

PUBLICAÇÃO MENSAL SOBRE AGRAVOS À SAÚDE PÚBLICA

ISSN 1806-4272

Ano 3 Número 30

junho de 2006

Nesta Edição

Avaliação Visual e Auditiva em Adultos e Idosos na Atenção Básica	2
<i>Assessment of Vision and Hearing Health Status of Adults and the Elderly in Primary Care</i>	
Meningite Viral	9
<i>Viral Meningitis</i>	
Campanha Nacional de Vacinação para o Idoso – 2006	14
<i>National Vaccination Campaign for the Elderly – 2006</i>	
Alerta Sarampo	16
<i>Measles Alert</i>	
Instruções aos Autores	17
<i>Author's Instructions</i>	



**COORDENADORIA
DE CONTROLE
DE DOENÇAS**

O Boletim Epidemiológico Paulista é uma publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 351 – 1º andar, sl. 135 CEP: 01246-902 Tel.:(11) 3066-8823 e 3066-8825 bepa@saude.sp.gov.br

Expediente

Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD)

Coordenador
Carlos Magno C. B. Fortaleza

Editor
Carlos Magno C. B. Fortaleza

Conselho Editorial
Cilmara Polido Garcia
Centro de Vigilância Epidemiológica

Maria Cristina Megid
Centro de Vigilância Sanitária

Carlos Adalberto Sannazzaro
Instituto Adolfo Lutz

Neide Yume Takaoka
Instituto Pasteur

Marcos da Cunha Lopes Virmond
Instituto Lauro de Souza Lima

Fernando Fiuza
Instituto Clemente Ferreira

Maria Clara Gianna
Centro de Referência e
Treinamento em DST/Aids

Carlos Magno C. B. Fortaleza
Superintendência de Controle de Endemias

Maria Maeno
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Coordenação Editorial
Cecilia Abdalla
Cláudia Malinverni
Leticia Maria de Campos
Sylia Rehder
Núcleo de Comunicação – CCD

Projeto Gráfico/Editoração Eletrônica
Marcos Rosado – NIVE/CVE/CCD
Zilda Souza – NIVE/CVE/CCD

Avaliação Visual e Auditiva em Adultos e Idosos na Atenção Básica

Assessment of vision and hearing health status of adults and the elderly in primary care

Wilma T. Miyake Morimoto¹; Norma Helen Medina²; Adilson Nunes Guardado³; Maria Helena Andrade Lima⁵; Ana Maria Marcondes Pinto⁴; Ione Maschietto Magnusson⁵

¹Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Vigilância em Saúde (PMSP/SMS/CVS); ²Centro de Oftalmologia Sanitária, Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (COS/CVE/CCD/SES-SP); ³Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura Lapa – Unidade Básica de Saúde Vila Jaguará⁴; Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura Pinheiros⁵; Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura da Lapa – Unidade Básica de Saúde Vila Romana

Resumo

Conhecer a situação de saúde ocular e auditiva de adultos e idosos que participavam dos grupos existentes na Administração Regional de Saúde 2 (ARS 2) – Butantã, Lapa, Pinheiros, no município de São Paulo. Ações integradas dos Programas de Saúde do Idoso, Ocular, Auditiva e do Deficiente foram realizadas com orientações sobre a visão, audição e promoção da saúde da comunicação. Responderam a um questionário sobre saúde geral e queixas visuais e auditivas. Foram submetidos à medida da acuidade visual (AV), exame meatoscópico e encaminhados para referência oftalmológica e otorrinolaringológica. Foram avaliadas 214 pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais. Destas, 75,2% relataram que a visão dificultava pouco ou nada suas atividades diárias. AAV do melhor olho mostrou que 77,1% tinham visão 1,0 a 0,7 e 1,9% tinham visão < 0,3. Foram encaminhadas para consulta oftalmológica 27,0% das pessoas com AV ≤ 0,5 em um dos olhos. Quanto à saúde auditiva, 52,8% referiram não ter dificuldade de escutar a TV, 31,8% tinham queixa de zumbidos e 19,6% sentiam incômodo com ruído. Foram encaminhadas para consulta otorrinolaringológica 42,5% das pessoas. A população estudada, por participar de grupos organizados, teria maior acesso aos equipamentos de saúde, a informações sobre autocuidado e prevenção de doenças, portanto apresentava menos problemas visuais e auditivos. Evidenciou-se a importância do trabalho de promoção, contribuindo para a melhora da qualidade de vida, preservando suas capacidades funcionais e facilitando a interação social.

Palavras-chave: saúde ocular, saúde auditiva, adultos, idosos.

Abstract

The objective of this study was to assess vision and hearing health status of adults and the elderly who participated of health groups in Health Regional Administration 2 (ARS - 2) comprising the regions of Butantã, Lapa, Pinheiros in the city of São Paulo.

Integrated activities of the Elderly, Ocular, Hearing and Disable Health Programs were developed with general information about promotion and protection of vision, hearing and health communication. As methods to perform this study, a form was answered, questioning about general health, and vision and hearing impairments. They were submitted to visual acuity measurement (V.A.), meatoscopy examination and were referred to ophthalmic and otorrinola-

ringology examination.

Results showed that a total of 214 people were evaluated, aged 50 or older, belonging to the health groups previously described. Of these, 75,2% related that vision had little or no impairing impact in their daily activities. The AV of the best eye showed that 77,1% had vision 1,0 to 0,7 and 1,9% had vision < 0,3. Among the persons with AV \leq 0,5 in one of the eyes, 27,0% were sent to an ophthalmic exam. Among people who were submitted to hearing health tests, Within the hearing health, 52,8% referred not to have difficulty in listening to the TV, 31,8% complained of buzzing noise and 19,6% complained of discomfort with noise; 42,5% of these persons were forwarded to otorrinolaringological consultation.

As conclusion, it was possible to see that the population under study, who participated in organized groups, would have greater access to health equipments, to information about self care and prevention of diseases, and, consequently, showed less visual and hearing problems. The importance of preventive work, as well as activities of promotion became evident, contributing to an increase in quality of life, preserving their functional capacities and making social interaction easier.

Key words: vision health, hearing health, adults, elderly people.

Introdução

O conceito de velhice é subjetivo e impreciso, nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente utilizável com relação ao envelhecimento. Existem conotações políticas e ideológicas relacionadas ao conceito¹.

Segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 1991, verificou-se no Brasil uma predominância de pessoas idosas, nas áreas rurais dos Estados do Nordeste e do Sul, enquanto os do Sudeste tinham maior proporção de idosos nas áreas urbanas². A população idosa concentra-se nas áreas mais desenvolvidas economicamente, com melhor infra-estrutura de serviços de saúde, melhores condições de vida e onde, portanto, a expectativa de vida é maior. Os idosos brasileiros são aqueles que conseguiram sobreviver às condições adversas. Atualmente, os que sobreviveram até idades avançadas são, em média, menos pobres que o conjunto da sociedade, embora os idosos não constituam uma parcela rica da população³.

É possível longevidade com qualidade de vida? Podem os indivíduos conservarem-se sadios e independentes, atuantes na sociedade mesmo com idade avançada? Vida saudável na velhice é possível, depende da manutenção da autonomia e independência. Idosos, mesmo portadores de doenças crônicas, quando controladas e prevenidas as suas seqüelas e

complicações, podem comandar sua própria vida, definir projetos, estabelecer metas e caminhos para alcançá-las.

A comunicação é essencial para o ser humano, possibilita ao indivíduo desenvolver-se e manter o senso de identidade, pois transmite e recebe informações que ajudam no autocuidado. Tem um papel terapêutico, principalmente para o idoso, auxiliando na diminuição da ansiedade e depressão. Também auxilia na compreensão e atuação sobre o meio físico e social e tem, ainda, papel importante no entretenimento e lazer.

Vivendo em sociedade, o homem necessita da comunicação e quando aspectos importantes do desenvolvimento desse processo apresentam-se alterados, dificultando a sua interação social, a pessoa se apresenta fragilizada, insegura, isolada, dependente e "doente".

As perdas auditivas e visuais, tão freqüentes entre os idosos, podem comprometer sua comunicação, causar um profundo impacto nas relações sociais, isolando-os. Essas alterações não podem ser simplesmente aceitas como inerentes ao envelhecimento. A função visual pode estar alterada por diversas doenças que acometem os olhos com o aumento da idade. As ametropias não-corrigidas, seja pela falta dos óculos receitados ou pela ausência de prescrição são uma causa importante de deficiência visual nesta população^{4,5}. A catarata não operada representa a causa isolada mais importante de cegueira curável do mundo⁶.

As prevalências das causas de cegueira mais importantes relacionadas à idade indicam que, com o aumento da expectativa de vida da população e conseqüente ampliação significativa das faixas etárias mais elevadas, existe uma tendência para o acréscimo destas cegueiras nas próximas décadas, se esforços enérgicos não forem tomados para solucionar estes problemas oculares⁶.

Com relação à audição, no processo de envelhecimento há uma perda progressiva em todas as frequências sonoras, que se acentua nas mais altas, acompanhada de dificuldade na habilidade de entender uma conversação normal. Essa alteração neurosensorial é chamada de presbiacusia. Cerca de um terço dos indivíduos com mais de 65 anos de idade tem problemas auditivos com conseqüências sociais desfavoráveis. Respostas inadequadas podem gerar uma imagem de senilidade. A queixa típica é "ouvem, mas não entendem o que lhes é dito"⁷.

Há pelo menos duas importantes razões para que os idosos não sejam triados e referidos para avaliação audiométrica e tratamento. Eles aceitam a diminuição da audição como parte do processo de estarem velhos e acreditam que não há recursos para melhorar. A outra é que médicos e outros profissionais de saúde freqüentemente falham em reconhecer a deficiência auditiva; e mesmo quando o paciente reclama de perda auditiva, há somente 50% de chance dele ser referido⁸. Aliado a isso, há que se considerar a escassez de oferta de recursos disponíveis na rede pública para exames e diagnósticos, além das condições econômicas de muitos deles, que dificultam a aquisição de próteses auditivas.

Este trabalho teve como objetivo conhecer a situação de saúde ocular e auditiva das pessoas que participavam dos diversos grupos existentes na área da Administração Regional de Saúde 2 (ARS 2) Butantã, Lapa, Pinheiros, no município de São Paulo. E, assim, encaminhar para diagnóstico e tratamento todos os casos de problemas oculares e auditivos detectados, identificar e orientar quanto às possíveis alterações que pudessem interferir e dificultar a comunicação oral.

A investigação teve como objetivo conhecer melhor esta população, bem como estabelecer relações entre sua saúde e a qualidade de vida. A habilidade de comunicação com o outro e a interação com o mundo são, certamente, influenciadas por boas condições de saúde, para que possamos ver, ouvir, falar e interagir de maneira saudável.

Método

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo estruturou equipes multiprofissionais que vinham desenvolvendo o Programa de Atenção à Saúde do

Idoso em algumas Regionais de Saúde. Mais do que a cura e o controle das doenças, estas equipes procuravam contribuir para a autonomia e o bem-estar do idoso, propondo ações que promoviam mudanças no estilo de vida e assimilação de comportamentos saudáveis.

O programa de saúde do idoso da ARS 2, no período de 1997 a 2000, atuava de forma integrada e grupal em locais cedidos pela própria comunidade (igrejas, centros de convivência, parques públicos, Associações de Amigos de Bairro etc.), evitando-se a locomoção dos participantes e, principalmente, sem tirá-los de seu contexto físico e social.

Eram desenvolvidas atividades físicas sistemáticas, procurando conscientizá-los de seus benefícios, propondo discussões e reflexões sobre a arte de envelhecer, redefinindo seu espaço social, facilitando sua inserção na comunidade, buscando uma vida autônoma e participativa.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizado um levantamento e organização dos recursos existentes nos diversos níveis de atenção oftalmológica e audiológica na região. Os técnicos envolvidos no projeto participaram de um treinamento no qual a audição e a visão foram estudadas enquanto aspectos anátomo funcionais e patológicos, bem como orientações na sua preservação. As atividades foram resultado do trabalho conjunto dos Programas de Saúde do Idoso, Ocular, Auditiva e da Pessoa Portadora de Deficiência.

Os indivíduos dos grupos passaram por ações educativas de promoção da saúde ocular e auditiva, foram submetidos a exame de acuidade visual e meiotoscopia. Também responderam a um questionário para levantamento de dados sobre saúde geral e queixas quanto à visão e audição e suas influências no desempenho de funções sociais e do cotidiano.

Com o objetivo de conhecer a efetividade da comunicação do idoso, também foram levantadas queixas de dificuldade para mastigação, deglutição e alterações vocais, além de hábitos perniciosos como o fumo e a ingestão de álcool.

Teste de acuidade visual (AV)

Todos os idosos foram submetidos ao teste de acuidade visual utilizando a tabela de Snellen. Os indivíduos diabéticos com AV igual ou menor a 0,5 no melhor olho, com correção, foram priorizados no encaminhamento para exame oftalmológico.

Todas as pessoas com AV igual ou menor a 0,5 no melhor olho, com correção, foram agendadas na rede pública para exame oftalmológico ou encaminhadas para convênios. As que apresentaram catarata senil com indicação cirúrgica foram encaminhadas para o

Setor de Catarata do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Aquelas que há mais de dois anos não tinham comparecido a uma consulta oftalmológica e as que apresentaram visão menor que 0,8 também foram agendadas.

Exame meatoscópico

Os indivíduos foram submetidos à meatoscopia e os que apresentaram cerúmen foram medicados com emoliente tópico para remoção da rolha e encaminhados ao exame otorrinolaringológico. Aqueles com outras alterações na meatoscopia foram encaminhados diretamente para consulta.

Resultados

Na época, nesta região havia 17 grupos cadastrados no Programa de Saúde do Idoso, com aproximadamente 470 pessoas, nas mais variadas faixas etárias. O enfoque preventivo e de promoção de saúde nas ações desenvolvidas permitia e orientava não limitar a idade para participar do referido programa, mas era considerado critério o interesse em prevenir os agravos e dificuldades inerentes ao envelhecimento. Participaram da avaliação 214 pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais de idade, respondendo a questionários, sendo submetidas à medida da acuidade visual, meatoscopia, encaminhadas quando necessário e recebendo orientações.

A maioria das pessoas que participou das atividades era do sexo feminino (98,1%). Quanto à faixa etária, 27,1% encontravam-se entre 50 a 59 anos de idade, 34,6% entre 60 a 69 anos, 31,3% na faixa de 70 a 79 anos e 7,0% com 80 anos ou mais de idade.

Das que responderam o questionário de avaliação sobre a saúde geral, 11,2% relataram apresentar diabetes, 51,3% hipertensão arterial e 7,9% associação de hipertensão e diabetes (Figura 1).

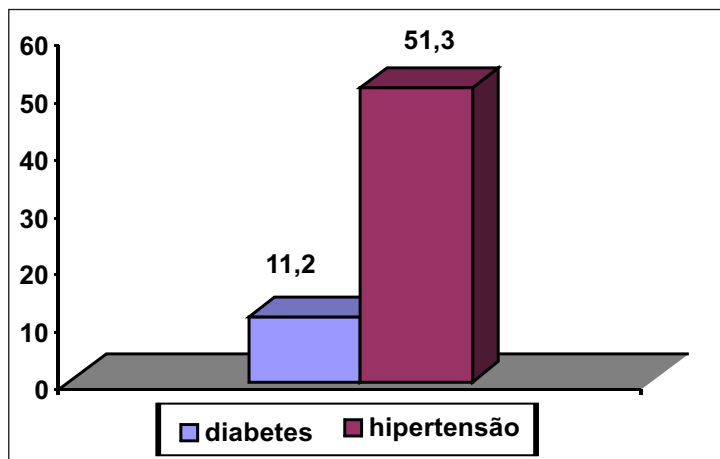


Figura 1. Diabetes e hipertensão arterial em adultos e idosos da ARS 2 – Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

Relataram que a visão dificultava pouco ou nada suas atividades diárias, 75,2% das pessoas. A maioria delas (70,6%) relatou que enxergava as legendas dos filmes na TV, 9,3% viam a placa com o nome da rua antes de atravessá-la e 4,2% reconheciam um amigo do outro lado da rua. Referiram ler bula de remédio com os óculos que usavam 68,1% das pessoas.

A acuidade visual medida, agrupada, do melhor olho, encontra-se na Tabela 1, na qual 77,1% apresentaram visão ótima ou boa (1,0 até 0,7), 13,5% visão regular (0,6 e 0,5), 7,5% visão ruim (0,4 e 0,3) e 1,9% visão péssima (< 0,3).

Tabela 1. Acuidade visual, agrupada, do melhor olho, de grupos de adultos e idosos da ARS 2 Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

ACUIDADE VISUAL	N ^o	%
ÓTIMA/BOA (1,0 – 0,7)	165	77,1
REGULAR (0,6 – 0,5)	29	13,5
RUIM (0,4 – 0,3)	16	7,5
PÉSSIMA (< 0,3)	4	1,9
TOTAL	214	100,0

Na análise da acuidade visual referida, 41,3% relataram que a visão com os dois olhos era ótima, 50,7% regular, 8,0% ruim e nenhuma referência para visão péssima. Quando esta informação é comparada com a acuidade visual medida no melhor olho não se observou concordância com a pergunta (Kappa = 0,146 e $p < 0,000145$) (Tabela 2).

Tabela 2. Concordância entre as acuidades visuais referida e medida, agrupada, do melhor olho, de grupos de adultos e idosos da ARS 2 Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

ACUIDADE VISUAL	Como está sua visão?				Total
	Ótima	Regular	Ruim	Péssima	
ÓTIMA/BOA (1,0 – 0,7)	76	82	6	0	164
REGULAR (0,6 – 0,5)	9	18	2	0	29
RUIM (0,4 – 0,3)	3	6	7	0	16
PÉSSIMA (< 0,3)	0	2	2	0	4
TOTAL	88 (41,3%)	108 (50,7%)	17 (8,0%)	0	213 (100%)

Obs: Um paciente com AV ótima/boa, no melhor olho, não respondeu à pergunta sobre sua visão

Concordância observada = 0,48

Concordância esperada = 0,39

Coefficiente Kappa = 0,146

$p < 0,000145$

Foram encaminhadas para consulta oftalmológica 58 (27,0%) pessoas, por apresentarem acuidade visual $\leq 0,5$ em um dos olhos. Outros encaminhamentos

foram realizados por diabetes, hipertensão e outras queixas oculares como ressecamento, dor, queimadura, lacrimejamento e coceira.

Quanto ao questionário da saúde auditiva destas pessoas, 47,2% referiram dificuldade para escutar a TV, 34,1% referiram tontura, 31,8% tinham queixa de zumbido e 19,6% sentiam incômodo com ruído (Figura 2). O resultado da meatoscopia foi normal em 66,9% das pessoas. Todos com queixa de perda auditiva interferindo no seu relacionamento social e com queixas de tontura e/ou zumbido foram encaminhados para avaliação audiológica.

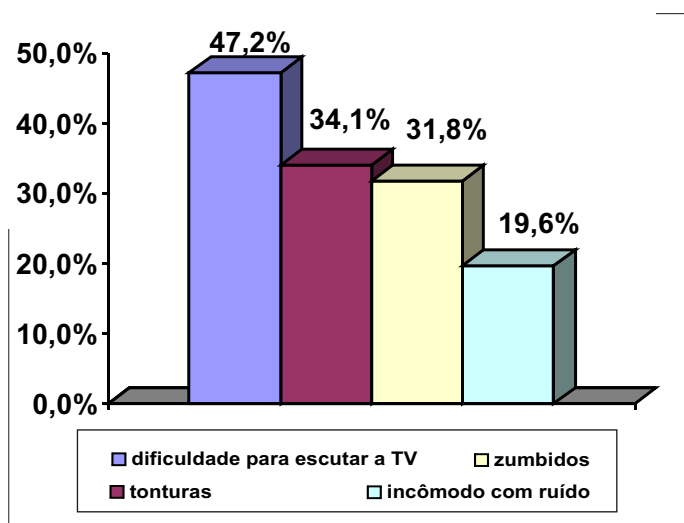


Figura 2. Queixas referentes à comunicação de adultos e idosos da ARS 2 Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

Foram encaminhadas para consulta otorrinolaringológica 91 (42,5%) pessoas, baseado na análise conjunta dos dados obtidos nos questionários e na meatoscopia. Dos entrevistados, 21,3% referiram dificuldades de mastigação e 10,7% apresentaram queixas para deglutição. Quanto aos hábitos, 10,1% relataram ser fumantes e 2,0% faziam uso de bebida alcoólica que são fatores irritativos das pregas vocais (Figura 3).

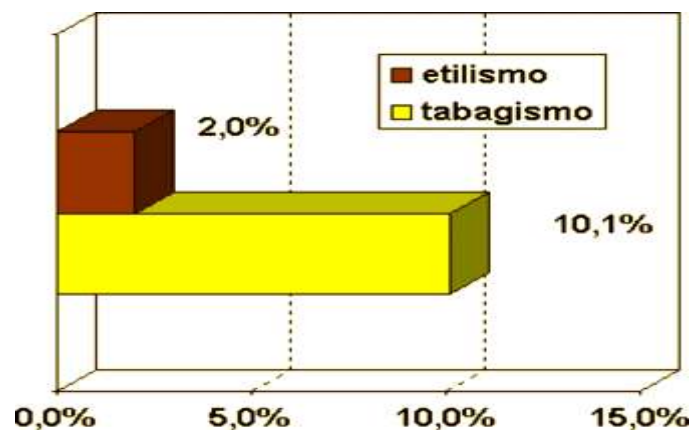


Figura 3. Dados sobre os hábitos de tabagismo e etilismo de adultos e idosos da ARS 2 Lapa, Pinheiros, Butantã. Município de São Paulo, 1999.

Discussão

No trabalho com os grupos constatou-se que o envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos e não apresenta o mesmo grau de impacto em todos os órgãos. Os sintomas funcionais dos órgãos sensoriais da visão e audição foram os mais concretamente apontados no levantamento de queixas sobre a saúde em geral e que levam muitas vezes a um isolamento, gerando frustrações.

Os grupos estudados eram compostos na maioria por mulheres, o que reflete a composição demográfica da população idosa, na região de estudo, e o interesse maior em participar de atividades na comunidade².

Observou-se que a ocorrência de hipertensão e diabetes foi semelhante aos resultados de estudos realizados no município de São Paulo⁹. Os resultados do teste de acuidade visual nos indivíduos foram de 77,1% para visão 1,0-0,7, sendo menor que a frequência encontrada no Framingham Eye Study, Estados Unidos, na mesma faixa etária, que foi de 87,5% e, em relação à deficiência visual (AV < 0,3 no melhor olho) a frequência encontrada neste estudo foi de 1,9%, enquanto naquele foi de 1,8%¹⁰.

Estudo realizado em Hong Kong, em 1997, mostrou que cerca de 60,0% das pessoas com 50 anos ou mais têm problemas visuais de diversos graus. Mostrou, também, a importância da atenção primária como uma boa oportunidade de triagem para doenças oftalmológicas, que não necessitam de maiores recursos e são muito eficientes. Os resultados mostraram que a maioria das pessoas tinha poucas queixas quanto à interferência da visão ou audição nas suas atividades diárias¹¹.

Todo processo de envelhecimento que ocorre nos indivíduos afeta os sistemas circulatório e vascular do organismo e como consequência atinge também as estruturas do ouvido¹².

A comunicação verbal é um processo interativo, dinâmico, que inclui, entre outros componentes, a mensagem a ser expressa, o propósito e a intenção do falante, além de ser o meio pelo qual a mensagem é transmitida. Inclui, ainda, as pausas, expressões faciais e gestos. A fala é transmitida basicamente por dois canais: o auditivo, que recebe os sons da fala e outras pistas acústicas, e o visual, que recebe a imagem dinâmica da face do falante, sua expressão facial e a informação de quem está falando.

Pessoas com problemas auditivos podem apresentar sintomas de zumbido e tontura, além de dificuldades para ouvir e entender a fala quando em ambiente ruidoso. Podem também referir desconforto quando o barulho é intenso.

O isolamento da pessoa idosa e o consequente declínio da qualidade de sua comunicação, devido aos déficits sensoriais, causam profundo impacto na sua interação social¹³. As alterações anatômicas e/ou funcionais

do sistema motor oral podem afetar diretamente a fala e outras funções orais, como a mastigação e a deglutição. Adultos com próteses dentárias parciais ou totais mal-ajustadas, ou com problemas periodontais, podem apresentar dificuldades mastigatórias de deglutição e de fala¹⁴. Alterações na força e amplitude dos movimentos dos músculos dos órgãos articulatórios podem acarretar prejuízos na inteligibilidade da fala e dificuldades alimentares. Os distúrbios da comunicação causados por problemas nos órgãos fono articulatórios refletem no bem-estar físico e emocional dos indivíduos e podem ser minorados quando orientados ou tratados.

Um dos fatores a ser considerado sobre a população estudada neste trabalho é que a oportunidade de participar de grupos organizados já a diferenciava de outras que não tinham acesso a nenhum tipo de apoio, quer institucional, quer emocional. O fato de estarem organizados também facilitaria de alguma maneira o acesso aos equipamentos de saúde, a informações sobre autocuidado e prevenção de doenças, levando à hipótese de que estes fatos contribuiriam para que esta população tivesse menos problemas visuais e auditivos.

O resultado da medida da acuidade visual não concordou com a visão referida, mostrando que questionários aplicados isoladamente para conhecer a situação de visão nesta população certamente não refletiriam a realidade.

Outro fator importante era a região da cidade em que vivia esta população, mais central, com unidades de saúde em condições de proporcionar o atendimento necessário ou em condições de fazer o encaminhamento para referências previamente determinadas. Assim como o envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos, também a distribuição dos recursos e, portanto, a abordagem da assistência ao idoso, deveria levar em conta as características de cada população, de cada região da cidade.

O ideal seria que cada grupo de população tivesse uma equipe de saúde que detectasse e resolvesse os problemas gerais, oculares e auditivos, em nível primário, referindo aqueles indivíduos com problemas que não pudessem ser resolvidos neste nível de atenção para um nível secundário, no qual equipes com especialistas resolveriam as alterações detectadas, inclusive realizando cirurgias de menor complexidade. Para o nível terciário seriam encaminhados somente os indivíduos com problemas mais complexos. Com isso seriam resolvidos os problemas de demanda reprimida que existem nos serviços terciários¹⁵. Os dados obtidos merecem estudos mais aprofundados e evidenciam a importância de um trabalho de promoção na área, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do idoso, preservando suas capacidades funcionais e facilitando

a interação social e suas possibilidades comunicativas.

Agradecimentos

Este trabalho só foi realizado graças ao esforço conjunto de diversos profissionais das Secretarias de Saúde do Estado e do Município de São Paulo, em especial Alice F. Miyata, Beatriz Cabral, Branca Vaidergorn, Christiane Conrado, Elaine A. Sutto, Eliana C. Moreira, Ernesto Kogan, Luiz G. Nalini, Maria Ângela Maurício, Maria Kazuco H. Barbosa, Maria Paula Roberto, Rita de Cassia B. de Oliveira, Selma L. B. Ragazzi e Teresa Hidé K. Honda (*in memoriam*).

Referências bibliográficas

1. Veras, RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumorá, UERJ; 1994.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Anuário Estatístico do Brasil: Estatísticas Populacionais e Grupos Populacionais Específicos. Rio de Janeiro: IBGE; 1994.
3. Veras RP, Alves MI. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. *In: Minayo, M.C.S. org. Muitos Brasis saúde e população na década de 80.* São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1995. p. 321-37.
4. Dana MR, Tielsch J, Enger C, Joyce E, Santoli JM, Taylor HR. Visual impairment in a rural Appalachian community prevalence and causes. **JAMA** 1990; 264:2400-5.
5. Kara José N, Contreras F, Campos MA, Delgado AM, Mowery RL, Ellwein LB. Estudo populacional de triagem visual e intervenção cirúrgica para reduzir a cegueira por catarata em Campinas-Brasil e Chimbote-Peru. **Arq Bras Oftalmol** 1989; 52:91-6.
6. Thylefors B, Négrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global Data on Blindness. **Bull World Health Organ** 1995; 73:115-21.
7. Russo ICP. Uso de próteses auditivas em idosos portadores de presbiacusia: indicação, adaptação e efetividade [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; 1988.
8. Harries MLL *et al.* Hearing Aids – A case for review. **J. Laryngology and Otoscopy** 1989; 103:850-52.
9. Rassi EPM. Indicadores de saúde em idosos: o papel da Unidade Básica de Saúde. *Gerontologia* 1994; 2 (2): 75-81.

10. Leibowitz HM, Krueger DE, Maunder LR, Milton RC, Kini MM, Kahn HÁ *et al.* The Framingham Eye Study Monograph. **Survey Ophthalmol** 1980; 24 (suppl.):1-610.

11. Wun YT, Lam CC, Shum WK. Impaired vision in the elderly: a preventable condition. **Family Practice** 1997; 14: 289-92.

12. Santos TMM & Russo ICP. A prática da audiologia clínica. São Paulo: Cortez Editora; 1988.

13. Russo ICP, Almeida K. O processo de reabilita-

ção audiológica do deficiente auditivo idoso. *In:* Tópicos em Fonoaudiologia. São Paulo: Editora Lovise; 1995.

14. Marchesan IQ. Distúrbios da motricidade oral. *In:* Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. São Paulo: Editora Revinter; 1998.

15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Strategies for the prevention of blindness in National Programmes: a primary health care approach. Geneve: World Health Organization; 1984. 88p.

Correspondência/Correspondence to:

Wilma Tiemi Miyake Morimoto

Rua Santa Isabel, nº 181, 6º andar – Vila Buarque

São Paulo/SP – CEP: 01221-010

Telefax: (11) 3350-6619

email: wilmam@prefeitura.sp.gov.br

Meningite Viral

Viral meningitis

Lena Vânia C. Peres¹, Telma Regina M. P. Carvalhanas¹, Helena Aparecida Barbosa¹, Maria Inês C. Gonçalves¹, Maria do Carmo S.T. Timenetsky², Alexandre Ely Campéas³

¹Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – DDTR/CVE/CCD/SES-SP, ²Instituto Adolfo Lutz – Laboratório de Vírus Entéricos – IAL/CCD/SES-SP

Resumo

A meningite viral caracteriza-se por um quadro clínico de alteração neurológica, que, em geral, evolui de forma benigna. Os casos podem ocorrer isoladamente, embora o aglomerado de casos (surtos) seja comum. Indivíduos de todas as idades são suscetíveis, porém a faixa etária de maior risco é a de menores de 5 anos. Aproximadamente 85% dos casos são devido ao grupo dos Enterovírus, dentre os quais se destacam os Poliovírus, os Echovírus e os Coxsackievírus dos grupos A e B 1,2. O manejo deve ser adequado para cada etiologia. O presente artigo apresenta as principais etiologias, manejo dos casos, possibilidade diagnóstica e tratamento desta importante entidade nosológica.

Palavras-chave: epidemiologia e vigilância das meningites virais, vigilância e controle.

Abstract

Viral meningitis has a characteristic clinical aspect that includes neurological alterations and, in general, has benign evolution. Cases may occur isolated, but case agglomeration (outbreaks) are common. People of all ages are susceptible, but the age bracket at greater risk are children under five years old. Nearly 85% of cases are due to enterovirus, among which poliovirus, echovirus and coxsackievirus of groups A and B 1,2 are the major causes. Case management must be adequate to ethiology. This article presents the major ethiologies, case management, diagnosis possibilities and treatment for this disease.

Key words: epidemiology and surveillance of viral meningitis, surveillance and control.

Introdução

Meningite linfocitária, geralmente benigna, na maioria dos casos com líquido de celularidade de 50 a 500 células/mm, com predomínio de linfomononuclear. A meningite viral caracteriza-se por um quadro clínico de alteração neurológica que, em geral, evolui de forma benigna. Os casos podem ocorrer isoladamente, embora o aglomerado de casos (surtos) seja comum. Indivíduos de todas as idades são suscetíveis, mas a faixa etária de maior risco é a de menores de 5 anos¹.

Agentes etiológicos mais frequentes

Vírus RNA	Vírus DNA
Enterovírus	Adenovírus
Arbovírus	Herpes simples tipo 1 e 2
Vírus do sarampo	Varicela zoster
Vírus da caxumba	Epstein Barr
Vírus da Coriomeningite linfocitária (arenavírus)	Citomegalovírus
HIV 1	

Aproximadamente 85% dos casos são devido ao grupo dos Enterovírus, dentre os quais se destacam os Echovírus (3, 4, 6, 9, 11, 75, 21 e 30), os Poliovírus e os Coxsackievírus dos grupos A e B 1,2².

Santos *et al*, em trabalho realizado no período compreendido de 1998 a 2003 em quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Paraná), analisando 1.022 líquido cefalorraquidiano (LCR), isolaram Enterovírus em 162 (15,8%) casos; destes o Echovírus 30 foi identificado em 85,2% dos casos, Coxsackievírus B5 em 3,7%, Echovírus 13 em 3,7%, Echovírus 18 em 3%, Echovírus 6 em 1,2%, Echovírus 25 em 1,2%, Echovírus 1 em 0,6%, e Echovírus 4 em 0,6%. Os pacientes tinham entre 28 a 68 anos de idade⁶.

Os Enterovírus têm comportamento sazonal, predominando na primavera e verão, podendo ocorrer em número menor nas outras estações do ano. Os lactentes são os mais suscetíveis e a reinfecção pode ocorrer por sorotipos diferentes. A duração da doença geralmente é menor que uma semana².

Outros grupos menos frequentes são os arbovírus, o herpes simples vírus e os vírus da varicela, da caxumba e do sarampo. O vírus da caxumba é um agente comum em população não-imunizada, predominando entre pré-escolares, escolares e estendendo-se a adolescentes e adultos jovens. Na meningite pelo vírus da caxumba geralmente encontramos parotidite, no entanto, até 50% dos casos evoluem para cura entre 7 a 10 dias³.

O vírus da coriomeningite linfocitária é de ocorrência rara, sendo transmitida por roedores através de contato direto ou indireto com as suas excretas. A via de transmissão é a digestiva, pela contaminação de alimentos com a urina do roedor ou exposição de feridas; não há transmissão interhumana nesta etiologia.

Os herpes vírus (HSV-1 e HSV-2) são responsáveis por 0,5% a 3% dos casos de meningite viral aguda. São quadros autolimitados, todavia, quando cursam com encefalite, são potencialmente fatais e estão associados ao HSV-2⁵.

No grupo dos arbovírus merece destaque o vírus do Nilo Ocidental, que nos últimos anos tem sido responsável por vários casos de encefalite e meningite em indivíduos acima de 50 anos, principalmente na América do Norte. O Citomegalovírus, o vírus Epstein Barr (EB) e os Arbovírus são responsáveis por 5% a 10% dos casos, nas infecções primárias. A meningite recorrente de Mollaret está associada ao HSV-1, HSV-2, EB vírus e o Herpes Vírus tipo 6⁴.

A transmissão é de pessoa a pessoa e varia de acordo com o agente etiológico, sendo fecal-oral no caso dos enterovírus.

Características clínicas e laboratoriais

Caracteriza-se por quatro síndromes: infecciosa, síndrome de irritação radicular, de hipertensão intracraniana e síndrome encefalítica. É uma patologia mais freqüente nos meses quentes e pode cursar com as seguintes características de cada uma das síndromes:

- síndrome infecciosa: febre ou hipotermia, anorexia, apatia e sintomas gerais de um processo infeccioso;
- síndrome de irritação radicular com sinais meníngeos característicos: rigidez de nuca, sinais de Köernig, Brudzinski e Lasègue;
- síndrome de hipertensão intracraniana: cefaléia, vômitos sem relação com a alimentação, fundo de olho com edema de papilar, e
- síndrome encefalítica: caracterizada por sonolência ou agitação, torpor, delírio e coma.

A gravidade dependerá do agente etiológico, faixa etária e estado imune do paciente, diagnóstico precoce e habilidade da equipe de saúde. Apesar da maioria dos casos evoluir de forma autolimitada e benigna, em alguns pode haver seqüelas como retardo mental, surdez, convulsões e perdas motoras ou sensoriais. O diagnóstico deve ser precoce e, na suspeita, deve-se realizar punção líquórica, de preferência lombar, entre L3 e S1. Para a punção ser realizada de forma segura é importante realizar-se exame de fundo de olho nos adultos e em crianças com fontanela fechada.

Nas meningites virais, o aspecto do líquido é geralmente claro, com menos de 500 células, porém, na caxumba podemos ter turbidez devido celularidade de 300 a 3.000 células; o predomínio inicial é de neutrófilos, podendo alterar para linfomonocitário em 6 a 48 horas. Deve-se tomar cuidado para não confundir com as meningites bacterianas parcialmente tratadas pelo uso de antibióticos prévios.

Na bioquímica do líquido costumeiramente encontramos proteína, cloreto e glicose normais ou com discreta alteração. O nível normal de glicose do líquido deve corresponder a 2/3 da glicemia normal, a proteína pode variar de 15 a 45 mg/dl e o cloreto de 680 a 750 mg/dl.

Líquor e sangue que se apresentarem não reagentes nas provas de látex e contraímunoeletroforese e negativas nas culturas bacterianas, devem ser testados quanto à presença de vírus. Para a tentativa de isolamento dos Enterovírus deverão ser testadas amostras de líquido e fezes, além da pesquisa de anticorpos em amostras pareadas de soro.

No caso dos Herpesvírus e Citomegalovírus pode ser realizada a reação em cadeia de polimerase (PCR), no LCR.

Epidemiologia, vigilância e controle

No Brasil, em média, são notificados 11.500 casos/ano de meningite de provável etiologia viral. Entretanto, para a maioria dos casos não há identificação do agente etiológico.

A Figura 1 apresenta os coeficientes de incidência das meningites por etiologia, nos últimos 15 anos, no Estado de São Paulo, com destaque para as meningites não-determinadas, entre as quais estão inseridas as meningites de provável etiologia viral. Observa-se na Figura 2 o comportamento das meningites virais de 1990 a 2005, em território paulista, com incidência média de 11,74/100.000 habitantes e com tendência a declínio a partir do ano de 2002.

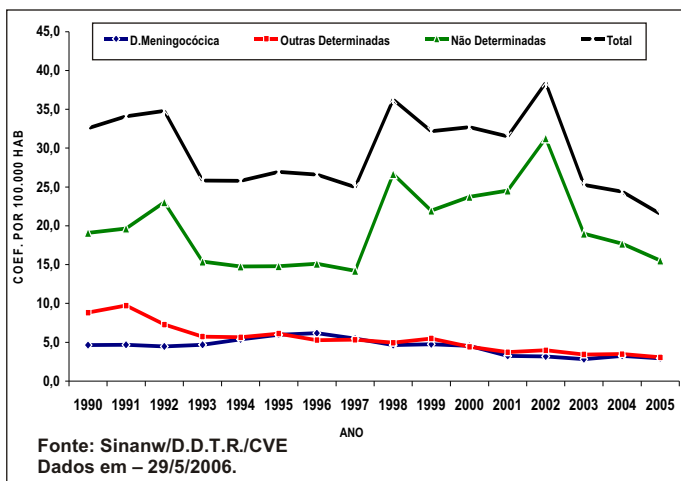


Figura 1. Meningites: coeficientes de incidência segundo etiologia. Estado de São Paulo, 1990 a 2005.

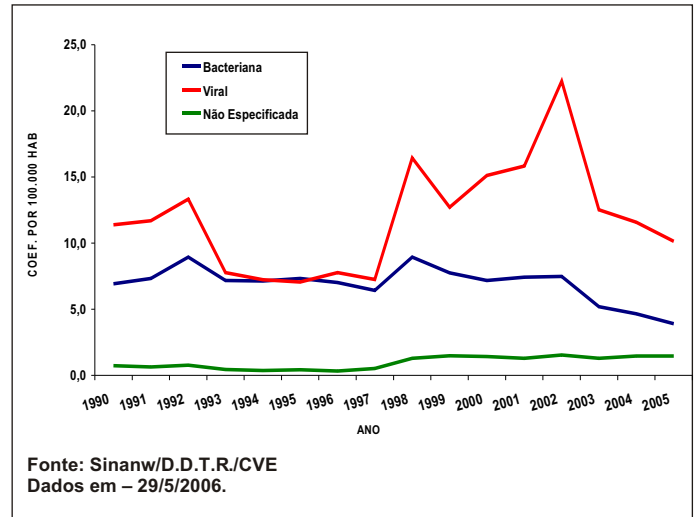


Figura 2. Meningites não-determinadas: coeficientes de incidência (p/100.000hab.) de meningites segundo provável etiologia. Estado de São Paulo, 1990 a 2005.

A identificação de agentes virais causadores de meningite no Brasil só tem sido possível em algumas situações, tais como surto, nas quais existe um esforço conjunto para o esclarecimento etiológico. Sendo assim, o sistema de vigilância epidemiológica de meningites dispõe de poucos dados sobre estes principais agentes.

Visando aumentar a especificidade do sistema e conhecer os principais Enterovírus causadores de meningite, assim como o comportamento epidemiológico em relação às meningites virais, aprimorar a detecção e o esclarecimento diagnóstico em situações de surto e otimizar a qualidade dos dados do sistema de informação, desde outubro de 2005 a Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, do Centro de Vigilância "Prof. Alexandre Vranjac" (DDTR/CVE) – órgãos da Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) –, em parceria com o Ministério da Saúde, Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) e Casa de Saúde Santa Marcelina, iniciou um Protocolo de Implementação de Vigilância de Meningites Virais no Estado.

Em suma, a abordagem de rotina para a vigilância de meningite viral tem como base a estrutura e a metodologia já adotadas para a vigilância de meningite.

Definição de caso

É considerado caso suspeito de meningite o indivíduo apresentando três ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia, vômito, rigidez de nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinsky) ou abaulamento de fontanela (em menores de um ano), sonolência e convulsão. Outros sinais e sintomas que podem estar presentes são: fotofobia, exantema, diarreia e mialgia.

Considera-se como caso de meningite de provável etiologia viral: caso suspeito com líquido de aspecto límpido e celularidade apresentando pleocitose, com predomínio de mononucleares.

Considera-se caso confirmado de meningite viral: caso provável com confirmação laboratorial ou história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente por isolamento e identificação.

Definição de surto

Surto ou epidemia pode ser definido como a ocorrência de uma doença em uma frequência inesperada. Para fins de vigilância será utilizada a seguinte classificação de surto:

- Comunidade institucional (ex.: escola, creche, acampamento e alojamento): ocorrência de dois ou mais casos suspeitos de meningite num intervalo de até três semanas.
- Comunidade aberta (ex.: bairro, município e outros): ocorrência do dobro do número de casos esperados de meningite de provável etiologia viral por três semanas sucessivas.

Seleção de casos

Devem ser selecionados pacientes que se enquadrem na definição de caso de meningite de provável etiologia viral. No contexto de surto, não serão analisadas amostras de todos os casos; por isso, a pesquisa viral será limitada a no máximo 20 casos, conforme sugestão do laboratório de referência.

Espécimes clínicos (amostras)

Além do líquido, deverão ser coletadas amostras de fezes e soro pareado dos casos:

- líquido: 2 ml a 5ml
- fezes: 4 a 8 gramas (1/3 do coletor universal)
- soro: coletar 5 ml de sangue sem anticoagulante.

As amostras de soro pareadas deverão ser coletadas: uma amostra em fase aguda e outra em fase convalescente (após 15 dias da data do início dos sintomas). Destaque-se que só serão processadas as amostras que estiverem pareadas. Além disso, é fundamental a correta identificação de cada uma das amostras S1 – 1ª amostra (fase aguda) e S2 – 2ª amostra (fase convalescente).

Ao ser caracterizada a ocorrência de surto deverão ser selecionados, preferencialmente, pacientes que apresentem quadro clínico mais sugestivo, encontrem-se em fase aguda da doença e que seja possível o encaminhamento de todas as

amostras (líquor, fezes e soro pareado).

Em caso de surto, usar o instrumento de notificação, ou seja, o Boletim de Notificação de Surto do Sinan (Sistema Nacional de Agravos de Notificação). O Protocolo de Coleta para o Diagnóstico Laboratorial dos Enterovírus encontra-se disponível no endereço eletrônico: (http://www.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/resp/if_meni05.pdf).

Tratamento

O tratamento das meningites virais é de suporte: antitérmicos como dipirona, antieméticos (metoclopramida), cabeceira elevada a 30°. Se o paciente estiver sonolento ou confuso ou com dificuldade de deglutição, deverá ser mantida sonda nasogástrica para evitar broncoaspiração e hidratação adequada. Nos casos de herpes vírus, pode ser utilizado o aciclovir com a seguinte posologia: 10 mg/kg/dose a cada oito horas, por 14 a 21 dias. A punção líquórica alivia a cefaléia por diminuir a pressão intracraniana.

Os casos de internação são excepcionais, apenas para evitar a desidratação provocada pelos vômitos, diminuir a cefaléia e melhorar as condições gerais. O uso de corticosteróides é discutível, assim como a gamaglobulina.

Em surtos decorrentes do vírus da caxumba faz-se busca ativa dos casos e o bloqueio da transmissão por meio da imunização.

Referências bibliográficas

1. Bleck TP, Greenle JE. Approach to the patient with central nervous system infection. *In* Mandel GL, Bennett JE, Dolin R: Principles and practice of infectious Diseases. Churchill Livingstone; Philadelphia: 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância epidemiológica. Brasília, 2002; vol. II, p. 577-632.
3. Brasil. Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde. Situação da Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis no Brasil. Saúde Brasil Uma análise da situação. Brasília, 2004; p. 299-338.
4. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em saúde/ Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Vol. II, anexo II Portaria no. 597/GM, Brasília 2004; p.194-198.
5. Brasil P, Marzoch K, Wakimoto m, Silvia NS Meningoencefalites Infecciosas *In* Coura Jr Dinâmica das Doenças infecciosas e parasitárias Vol I (24). Rio de Janeiro 1998; p.297-317.
6. Dos Santos GP, Skraba I, Oliveira D, Lima AA, de Melo MM, Kmetzsch CI, da Costa EV, da Silva EE. Enterovirus meningitis in Brazil, 1998-2003. *J Med Virol.* 2006;78(1):98-104.

Campanha Nacional de Vacinação para o Idoso – 2006 National Vaccination Campaign For The Elderly – 2006

Divisão de Imunização

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – DI/CVE/CCD/SES-SP

A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta os países a intensificarem, com urgência, os seus esforços para prevenção e controle da influenza (gripe), uma doença viral aguda do trato respiratório, caracterizada pelo início súbito de febre, calafrios, dor de garganta, cefaléia, mialgia e tosse não produtiva. Nos idosos é mais freqüente a ocorrência de complicações como pneumonia e maiores taxas de hospitalizações e mortalidade.

Desde 1999, são realizadas campanhas nacionais de vacinação contra influenza, e no primeiro ano, no Estado de São Paulo, 84% dos idosos foram vacinados. Nos anos de 2000, 2001 e 2002 houve uma queda nas coberturas vacinais, atingindo-se 63,9%, 66,6% e 65,6%, respectivamente. A meta a ser alcançada é de 70%.

Preocupados com esta situação, e com o objetivo de identificar os motivos da redução da adesão à vacinação, foram realizadas pesquisas de opinião pública junto à população-alvo das campanhas. Os resultados foram semelhantes e os principais motivos da não-adesão foram o medo das reações da vacina e a não-preocupação com a gripe. A iniciativa própria e os familiares foram apontados como os principais incentivadores, enquanto o médico foi citado como fator incentivador em apenas 10% dos casos, apesar de 80% dos entrevistados freqüentarem os consultórios habitualmente. Estas pesquisas também mostraram que quase a totalidade das pessoas vacinadas declarou não ter apresentado reação (90% em 2001 e 96% em 2002). As reações, quando citadas, foram febre, dores no corpo e na cabeça.

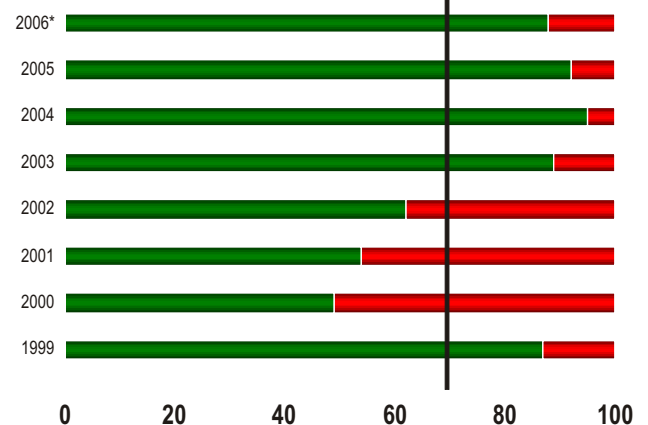
Considerando os resultados destas pesquisas, as equipes técnicas das Regionais de Saúde e dos municípios começaram a incrementar as informações junto aos profissionais de saúde e à imprensa, na tentativa de melhor esclarecer a população que a vacina contra influenza é bem tolerada e pouco reatogênica; e os seus reais benefícios são a prevenção das complicações decorrentes da infecção pelo vírus, redução das hospitalizações e da mortalidade, nos

idosos e nas pessoas com doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares e diabetes.

Como resultado deste trabalho, em 2003 a cobertura vacinal no Estado de São Paulo aumentou para 75% e 564 municípios, dentre os 645, alcançaram índices iguais ou superiores à meta preconizada, representando uma homogeneidade de 87%.

São Paulo – Homogeneidade de coberturas vacinais

Vacina contra influenza
Percentual de municípios e cobertura vacinal
Pop. 60 anos ou + – Campanhas 1999 a 2006* (população IBGE)



0 20 40 60 80 100

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
■ <70%	13	51	46	38	11	5	8	12
■ 70% e +	87	49	54	62	87	94	92	88

* Dados provisórios

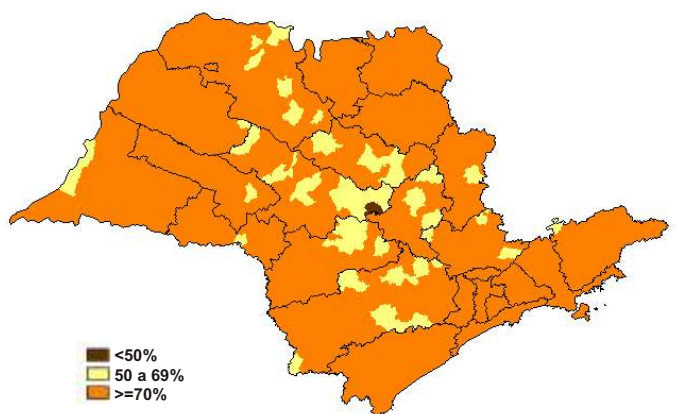
Fonte : Nive/D.Imunização/CVE/CCD/SES-SP

Em 2004, repetiu-se a estratégia de incrementar as informações dos reais benefícios da vacina contra influenza, e como êxito foi obtido um aumento da cobertura e da homogeneidade em comparação com o ano de 2003. Cerca de 2,7 milhões de pessoas com mais de 60 anos foram vacinadas, a cobertura vacinal foi de 78,06% e a homogeneidade de 94%, ou seja, apenas 39 municípios não atingiram a meta preconizada.

Em 2005, voltamos a superar a meta preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações, do

Ministério da Saúde. Foram vacinados cerca de 2,8 milhões de idosos, atingindo-se uma cobertura vacinal de 77,75% e uma homogeneidade de 91,78%, ou seja, 592 municípios atingiram a meta. As Diretorias Regionais de Saúde de Registro (DIR XVII) e Osasco (DIR V) apresentaram as maiores coberturas vacinais do Estado, vacinando 90,87% e 88,90% da população de idosos, respectivamente.

Campanha de vacinação contra influenza Cobertura vacinal por município – Abril/2005



População IBGE

2.792.380 Doses aplicadas

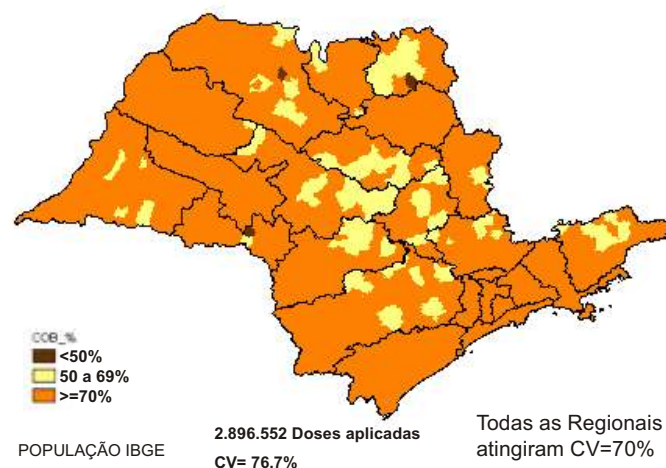
CV = 77,8%

Homogeneidade = 91,8% (592/645)

Em 2006, segundo dados provisórios (até 18/5/06), foram vacinadas 2.896.552 pessoas com 60 anos ou mais, com cobertura vacinal de 88,0%. A homogeneidade foi elevada (88,0%) e apenas 77

municípios não atingiram a meta de vacinar pelo menos 70% dos seus idosos. Neste ano, também foi incrementada a vacinação dos profissionais de saúde e grupos de risco.

Campanha de vacinação contra influenza Cobertura vacinal por município – Abril/2006 Dados provisórios (até 18/5/2006 – site Datasus)



Além da divulgação nos meios de comunicações dos benefícios da vacinação e dos esclarecimentos dos principais mitos em relação à vacina contra influenza, a ação integrada com as Regionais de Saúde e municípios, incluindo a realização de “cafés-da-manhã”, bingos, participação nos Bailes da Saudade e sorteio de presentes foi fundamental para que o Estado de São Paulo atingisse a meta preconizada.

Correspondência/Correspondence to:

Helena Keiko Sato

Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP

Av. Dr. Arnaldo, 351 – 1. Andar sala 115 - CEP: 01246-901

dvimuni@saude.sp.gov.br

Alerta Sarampo

Measles Alert

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória
Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – DDTR/CVE/CCD/SES-SP

O Plano de Erradicação do Sarampo, adotado em toda região das Américas, num objetivo comum a todos os países desde 1994, preconiza ações para investigação de todos os casos suspeitos de sarampo e efetivação das medidas de prevenção e controle da doença. Com isso o sarampo praticamente desapareceu do continente americano.

A transmissão do vírus do sarampo foi interrompida no Brasil em 2000. Nos últimos cinco anos, houve dez casos da doença, quatro deles em residentes no Estado de São Paulo e seis em pessoas que estiveram em trânsito no Estado. Todos estes casos foram relacionados à importação do vírus. Os doentes não eram vacinados e contraíram o sarampo em outros países, onde a doença continua como endêmica ou epidêmica, ou foram infectados por pessoas que haviam viajado ao Exterior.

Os profissionais de saúde, das redes pública e privada, devem estar alerta à possibilidade de importação do vírus do sarampo, notadamente no período de retorno dos participantes da Copa do Mundo de Futebol de 2006, na Alemanha, onde surtos de sarampo vêm ocorrendo desde o início deste ano, assim como em outros países da Europa.

A definição de caso suspeito de sarampo é:

“Toda pessoa que apresente febre e exantema acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e situação vacinal”.

Todo caso suspeito de sarampo deve ser notificado imediatamente à Vigilância Epidemiológica, com especial atenção às pessoas com história recente (30 dias) de viagem à Europa, ou que tiveram contato com pessoas que viajaram ao Exterior, para imediata realização das medidas de prevenção e controle (vacinação de rotina, vacinação de bloqueio, busca ativa de casos, busca de faltosos etc.), no intuito de evitar a reintrodução do vírus do sarampo no Estado.

A monitoração das doenças exantemáticas e a confirmação laboratorial de todo caso suspeito de sarampo revestem-se de suma importância, tendo em vista a situação epidemiológica atual da doença no País. Portanto, os casos suspeitos devem ser acompanhados da coleta de amostras biológicas (sangue e urina) para diagnóstico sorológico e isolamento viral, as quais devem ser enviadas ao Instituto Adolfo Lutz, laboratório de referência em São Paulo para o Plano de Erradicação do Sarampo.

A vacina tríplice viral, SCR (contra sarampo, caxumba e rubéola), é a medida de prevenção mais eficaz contra o sarampo. No calendário nacional de vacinação de rotina, a primeira dose deve ser administrada a toda criança de 1 ano de idade e uma segunda dose àquelas de 5 a 6 anos de idade.

A vacina SCR também é recomendada às pessoas que viajam ao Exterior, principalmente a locais onde há circulação viral atual, profissionais que atuem no setor de turismo, motoristas de táxi, funcionários de hotéis e restaurantes, e outros que mantenham contato com viajantes internacionais, além dos **profissionais de saúde**, que atenderão os possíveis casos.

Todo caso suspeito de sarampo deve ser notificado às Secretarias de Saúde dos municípios e do Estado. A notificação ao órgão estadual deve ser feita pelas Diretorias Regionais de Saúde (DRIs) e pela Central de Vigilância Epidemiológica do CVE, que atende 24 horas, pelo telefone 0800-0555466 ou pelo fax (11) 3066-8132. No âmbito federal, os casos devem ser notificados ao Ministério da Saúde, por meio da SVS/Cover – GT Exantemáticas, pelos telefones (0XX61) 3315-2755/3520, e para o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). O telefone de plantão do CIEVS é 0800-6446645, e-mail notifica@saude.gov.br. O EPI-SUS atende às notificações pelo telefone (0xx61) 9961-5510.

Instruções aos Autores

O **Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa)** publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças, órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) veicula artigos relacionados aos agravos à saúde pública ocorridos nas diversas áreas de controle, assistência e diagnóstico laboratorial do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP). Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde de maneira rápida e precisa, o Bepa tem como objetivo incentivar a produção de trabalhos que subsidiem as ações de prevenção e controle de doenças na rede pública, apoiando, ainda, a atuação dos profissionais do sistema de saúde privado, promovendo a atualização e o aprimoramento de ambos.

Os documentos que podem ser publicados neste boletim estão divididos nas seguintes categorias:

1. **Artigos originais** – destinados à divulgação de resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.

2. **Revisão** – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Extensão máxima: 5.000 palavras.

3. **Comunicações breves** – São artigos curtos destinados à divulgação de resultados de pesquisa. No máximo 1.500 palavras, uma tabela/figura e cinco referências.

4. **Informe epidemiológico** – Textos que têm por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas de informação sobre doenças e agravos. Máximo de 3.000 palavras.

5. **Informe técnico** – Trabalhos que têm por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva. No máximo 5.000 palavras.

A estrutura dos textos produzidos para a publicação deverá adequar-se ao estilo Vancouver, cujas linhas gerais seguem abaixo.

• **Página de identificação** – Título do artigo, conciso e completo, em Português e Inglês; nome completo de todos os autores; indicação da instituição à qual cada autor está afiliado; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; se subvencionado, indicar nome da agência de fomento que concedeu o auxílio e respectivo nome do processo; se foi extraído de dissertação ou tese, indicar título, ano e instituição em que foi apresentada.

• **Resumo** – Todos os textos, à exceção dos

- **Informes técnicos**, deverão ter resumo em Português e em Inglês (*Abstract*), dimensionado entre 150 palavras (**comunicações breves**) e no máximo 250 palavras (**artigos originais, revisões, atualizações e informes epidemiológicos**). Para os artigos originais, o resumo deve destacar os propósitos do estudo, procedimentos básicos adotados (seleção de sujeitos de estudo ou animais de laboratório, métodos analíticos e observacionais), principais descobertas e conclusões. Devem ser enfatizados novos e importantes aspectos do estudo ou das observações. Uma vez que os resumos são a principal parte indexada do artigo em muitos bancos de dados eletrônicos, e a única parte que alguns leitores lêem, os autores precisam lembrar que eles devem refletir, cuidadosamente, o conteúdo do artigo. Para os demais textos, o resumo deve ser narrativo, mas com as mesmas informações.
- **Descritores (unitermos ou palavras-chave)** – Seguindo-se ao resumo, devem ser indicados no mínimo três e no máximo dez descritores do conteúdo, que têm por objetivo facilitar indexações cruzadas dos textos e podem ser publicados juntamente com o resumo. Em Português, os descritores deverão ser extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências em Saúde” (DeCS), da Bireme. Em Inglês, do “Medical Subject Headings” (Mesh). Caso não sejam encontrados descritores adequados à temática abordada, termos ou expressões de uso corrente poderão ser empregados.
- **Introdução** – Contextualiza o estudo, a natureza dos problemas tratados e sua significância. A introdução deve ser curta, definir o problema estudado, sintetizar sua importância e destacar as lacunas do conhecimento abordadas.
- **Metodologia (Métodos)** – A metodologia deve incluir apenas informação disponível no momento em que foi escrito o plano ou protocolo do estudo; toda a informação obtida durante a condução do estudo pertence à seção de resultados. Deve conter descrição, clara e sucinta, acompanhada da respectiva citação bibliográfica, dos procedimentos adotados, a população estudada (universo e amostra), instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação e método estatístico.
- **Resultados** – Devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, tabelas e figuras, colocando as descobertas principais ou mais importantes primeiro. Os resultados encontrados devem ser descritos sem incluir interpretações e/ou comparações. Sempre que possível, devem ser apresentados em tabelas e figuras auto-explicativas e com análise estatística, evitando-se sua repetição no texto.

- **Discussão** – Deve enfatizar os novos e importantes aspectos do estudo e as conclusões que dele derivam, sem repetir material colocado nas seções de introdução e resultados. Deve começar com a apreciação das limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, apresentando, quando for o caso, novas hipóteses.

- **Conclusão** – Traz as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho e formas de continuidade. Se tais aspectos já estiverem incluídos na discussão, a conclusão não deve ser escrita.

- **Referências bibliográficas** – A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

- **Citações bibliográficas no texto, tabelas e figuras:** deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismo arábico, sobrescrito, após a citação, constando da lista de referências bibliográficas. Exemplo:

“Os fatores de risco para a infecção cardiovascular estão relacionados à imunocompetência do hospedeiro¹.”

- **Referências bibliográficas:** devem ser numeradas consecutivamente, obedecendo à ordem em que aparecem pela primeira vez no texto, de acordo com o estilo Vancouver. A ordem de citação no texto obedecerá esta numeração. Até seis autores, citam-se todos os nomes; acima disso, apenas os seis primeiros, seguidos da expressão em Latim “*et al*”. É recomendável não ultrapassar o número de 30 referências bibliográficas por texto.

- A) Artigos de periódicos** – As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados devem estar de acordo com o *Index Medicus*, e marcadas em negrito.

Exemplo:

1. Ponce de Leon P; Valverde J e Zdero M. Preliminary studies on antigenic mimicry of *Ascaris Lumbricoides*. **Rev Lat-amer Microbiol** 1992; 34:33-38.

2. Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de Medicamentos na rede pública municipal de Campo Grande, MS. **Rev Bras Cien Farmacêuticas** 2002; 38:217-27.

- B) Livros** A citação de livros deve seguir o exemplo abaixo:

3. Medronho RA. Geoprocessamento e saúde: uma nova abordagem do espaço no processo saúde-doença. Primeira edição. Rio de Janeiro: Fiocruz/CICT/NECT.

- C) Capítulos de livro** – Já ao referenciar capítulos de livros, os autores deverão adotar o modelo a seguir:

4. Arnau JM, Laporte JR. Promoção do uso racional de medicamentos e preparação de guias farmacológicos. *In*: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld

S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.

D) Dissertações e teses:

5. Moreira MMS. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. p. 100.

E) Trabalhos de congressos, simpósios, encontros, seminários e outros:

6. Barboza *et al*. Descentralização das políticas públicas em DST/Aids no Estado de São Paulo. *In*: III Encontro do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública; 2004 ago; São Paulo: Rev IAL. P. 34 [resumo 32-SC].

F) Periódicos e artigos eletrônicos:

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2000. [Boletim on-line]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> [2004 mar 5]

G) Publicações e documentos de organizações governamentais:

8. Brasil. Decreto 793, de 5 de abril de 1993. Altera os Decretos 74.170, de 10 de junho de 1974, e 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis 5991, de 17 de janeiro de 1973, e 6360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 6 abr 1993. Seção 1. p. 4397.

9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra; 1993. (DAP. 93.1).

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

Tabelas – Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. A cada uma deve ser atribuído um título breve, **NÃO SE UTILIZANDO TRAÇOS INTERNOS HORIZONTAIS OU VERTICAIS**. Notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.

Quadros – São identificados como tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras – Fotografias, desenhos, gráficos etc., citados como figuras, devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram mencionados no texto, por número e título abreviado no trabalho. As legendas devem ser apresentadas em folha à parte; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução. Não são permitidas figuras que representem os mesmos dados.