

II Conferência Internacional de Epidemiologia

II International Epidemiology Conference

Ana Freitas Ribeiro

Diretora Técnica do Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP – Brasil



Mesa de abertura

Ana Freitas Ribeiro (diretora do Centro de Vigilância Epidemiológica), Marcos Boulos (Coordenador de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), Giovanni Guido Cerri (Secretário de Estado da Saúde de São Paulo) e Jarbas Barbosa (Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde)

A II Conferência Internacional de Epidemiologia contou com 1.023 participantes, 118 palestrantes e coordenadores de mesas, distribuídos em 36 mesas-redondas, seis cursos e seis encontros com especialistas. Participaram palestrantes e técnicos de várias instituições nacionais e internacionais voltadas para a vigilância de doenças, emergentes e reemergentes, relevantes à saúde pública, abrangendo tópicos como emergências em saúde pública; doenças respiratórias; violência no contexto de consolidação do SUS; hepatites virais; doenças negligenciadas; comunicação em saúde e mídia; investigação de surtos; tuberculose; hanseníase; dengue; HIV/Aids; malária; sistemas de informação; entre outros temas essenciais para a vigilância epidemiológica.

Durante a Conferência, apresentaram-se 300 trabalhos científicos na modalidade: pôster e 24 trabalhos orais nas mesas redondas. Os três melhores trabalhos científicos de cada categoria

receberam prêmios, a partir da avaliação da comissão científica.

Os três trabalhos premiados nas mesas de comunicações orais foram: Violência: relevância na morbimortalidade dos atendimentos em um Serviço de Urgência Hospitalar – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP; Estimativa do excesso de mortalidade por faixa etária por pneumonia atribuível ao vírus da influenza, Estado de São Paulo entre os anos de 2009 e 2011 – Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/Unicamp e Problematizar: caminhos para melhorias em imunização – Grupo de Vigilância Epidemiológica e Grupo de Vigilância Sanitária XXIX – São José do Rio Preto – CVE.

Já das sessões de pôsteres, saíram premiados: Coqueluche – Doença reemergente no Município de São Bernardo do Campo – SP, nos anos de 2011 e 2012 – Vigilância São Bernardo do Campo – SP; Geoprocessamento das notificações de sífilis – Análise espacial segundo cobertura do PSF e área de abrangência das UBS, MSP, 2011 – GCCD/Covisa/SMS e Avaliação da cobertura vacinal de tetravalente: série histórica de 2003 a 2011 – Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX – São José do Rio Preto – CVE.

O IV Fórum de Promoção à Saúde realizou-se no dia 14 de novembro, com duas mesas-redondas e duas palestras com 300 participantes. Também houve exposição de 150 pôsteres, com a premiação dos três melhores trabalhos.

*Relato de encontro da II Conferência Internacional de Epidemiologia – EPICVE 2012

Durante a Conferência, 34 *stands* foram instalados para exibição de material instrucional e de divulgação. No *stand* do CVE, os profissionais de saúde receberam o Guia de Vigilância Epidemiológica do CVE.

Foram realizados seis cursos pré-conferência (12 de novembro), com a participação de 417 alunos, objetivando aprimorar conceitos de vigilância epidemiológica e ferramentas de detecção, análise e controle de doenças e agravos, como novos modelos de vigilância; conceitos laboratoriais para epidemiologistas; epidemiologia molecular; sistema de informação geográfica; tuberculose, controle e tratamento; e como escrever um artigo científico.

Na Mesa de Abertura, o evento contou com a presença do Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Dr. Giovanni Guido Cerri; do Coordenador da Coordenadoria de Controle de Doenças, Dr. Marcos Boulos; do Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Jarbas Barbosa Jr. e da Diretora Técnica do Centro de Vigilância Epidemiológica, Dra. Ana Freitas Ribeiro. Em seguida, houve a Conferência do Dr. Jarbas Barbosa Jr., sobre o tema Construindo a política de vigilância em saúde.

A II Conferência Internacional de Epidemiologia possibilitou aos profissionais de saúde conhecer novos conceitos e abordagens da vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, agravos não transmissíveis e promoção à saúde, com renomados professores e pesquisadores internacionais e nacionais. Os eventos de massa e o trânsito intenso de viajantes possibilitam a emergência e reemergência de doenças; nesse contexto, os serviços de vigilância epidemiológica precisam incorporar novas ferramentas para detecção e controle desses

agravos. A apresentação dos trabalhos científicos permitiu a troca de experiências, que podem ser incorporadas com o aprimoramento das ações de vigilância epidemiológica nos municípios e estado.

Durante a Conferência, houve 36 mesas-redondas que aconteceram em quatro períodos (manhãs e tardes) em seis salas simultâneas, por meio de dois satélites, e seis encontros com especialistas. A seguir, a lista das mesas-redondas e encontros com especialistas.

Mesas-Redondas:

- Doenças respiratórias – integrando conhecimento, inovação e prática.
- Epidemiologia em Saúde Ambiental – pesquisas, fatores ambientais e impactos à saúde humana.
- Hepatites B e C: transmissão, prevenção e vigilância epidemiológica.
- Determinantes sociais de saúde e epidemiologia.
- Redes/Networks, Sistemas de Informação e respostas às emergências.
- Tendência mundial das doenças transmitidas por alimentos.
- Desafios e estratégias para a erradicação global da poliomielite e sarampo.
- Emergências em Saúde Pública – detecção e respostas.
- Modelos de atuação da Vigilância Epidemiológica em doenças negligenciadas e/ou em eliminação.
- Construindo a pesquisa em vigilância epidemiológica com base em evidências.

- Novos desafios para o Epidemiologista Hospitalar.
- Dengue – prevenção e controle.
- HIV e doenças sexualmente transmissíveis – epidemiologia e novas estratégias.
- Diagnóstico rápido em tuberculose – GenExpert; Fita Hain e outros: perspectivas.
- Hanseníase – prevenção e controle: É possível?
- Novos modelos de vigilância e desafios às doenças emergentes globais.
- Vacinas e a promoção da saúde.
- Novos desafios e perspectivas da vigilância das antropozoonoses.
- Apresentações orais – doenças e agravos não transmissíveis.
- Apresentações orais – vigilância e controle de zoonoses.
- Apresentações orais – vigilância das doenças transmitidas por água e alimentos.
- Apresentações orais – estratégias em imunização e vigilância das doenças imunopreveníveis.
- Apresentações orais – vigilância de doenças de impacto contínuo.
- Apresentações orais – diferentes abordagens em vigilância epidemiológica.
- Investigação de surtos e outros eventos – respostas integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e laboratório.
- Prevenção e controle das hepatites virais na rede de atenção básica: construção e consolidação de estratégias.
- Programas de treinamento em Epidemiologia de Campo: aprimoramento das ações em vigilância.
- Emergências em Saúde Pública – respostas aos eventos de massa.
- Influenza A H1N1 e lições aprendidas.
- Comunicação em Saúde e Mídia – lições aprendidas.
- Saúde dos viajantes: perspectivas além dos riscos.
- Violências e Vigilância em Saúde.
- Malária – ameaças para a próxima década e intervenções.
- Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) e a nova variante da Doença de Creutzfeldt-Jakob (vDCJ) – vigilância, resultados e perspectivas.
- Organização do Sistema Único de Saúde – SUS – Vigilância em Saúde.
- Alterações climáticas e disseminação de novas e velhas doenças e agravos.

Encontro com especialistas:

- Febre Amarela – modelos matemáticos definindo áreas de risco para a vacinação.
- Programa de Treinamento em Epidemiologia de Campo.
- Avaliação de tecnologias em Saúde: estudos que subsidiam a prática da vigilância.
- Dengue: preparando os serviços de saúde para a introdução da vacina.
- Saúde Ambiental – informação para ação – diálogos.
- Experiência de ensino à distância com o Programa de Imunização no Estado de São Paulo.

Violência: relevância na morbimortalidade dos atendimentos em um serviço de urgência hospitalar**Violence: relevance on morbidity and mortality in a service offering urgent hospital attention***Jorgete Maria e Silva; Mariana Torreglosa Ruiz; Andreia de Cássia Escarso; Ivany Faccincani; Maria Carolina Marques Souto**

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) HCFMRP – USP. São Paulo, SP – Brasil

INTRODUÇÃO: A violência tem sido causa proeminente de morbimortalidade no Brasil desde a década de 1980. É um fenômeno universal, que sempre existiu na história humana e que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, capaz de causar impacto econômico, além de danos psicológicos nas vítimas e impacto de recursos no setor da saúde. **OBJETIVO:** descrever o perfil epidemiológico das violências notificadas pelo (NHE) Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **MÉTODO:** realizou-se estudo epidemiológico, descritivo, utilizando-se banco de dados do SINAN, sobre a ocorrência de violências notificadas no período de 01/01/2009 a 31/07/2012. **RESULTADOS:** foram notificados 2.380 casos de violência, sendo mais frequentes: violência física (50%); sexual (16%); tentativa de suicídio (15%); negligência (12%) e psicológica (6%). A violência física foi a mais prevalente em ambos os sexos (45%), seguida pela violência sexual para o sexo feminino (27%) e tentativa de suicídio para o sexo masculino (14%); a faixa etária mais atingida é a dos 20 aos 39 anos para ambos os sexos (40%). Entre os homens, o mecanismo mais frequente foi o uso de objeto perfurocortante, entre mulheres foi o espancamento; a residência é o local de maior ocorrência, seguido pela via pública. A principal lesão foi o corte/perfuração/laceração; a parte do corpo mais atingida foi a cabeça/face, seguida por múltiplos órgãos; as violências foram perpetradas mais frequentemente pela própria pessoa (30%), em seguida pelas pessoas desconhecidas (23%) e por conhecidos (14%); dos agressores, 49% não foram identificados pelas vítimas; 29% estavam suspeitos de uso de álcool e 79% eram do sexo masculino. As tentativas de autoextermínio apresentaram distribuição semelhante para ambos os sexos, sendo maior a ocorrência na faixa etária dos 20 aos 39 anos (54%); o mecanismo mais utilizado foi o ferimento perfurocortante (41%) entre homens, já entre mulheres o mecanismo mais utilizado foi o envenenamento (45%). Entre todos os casos, 94% receberam alta e 3% foram a óbito em decorrência da violência. O mecanismo de violência que mais desencadeou o óbito foi ferimento por arma de fogo (32%), seguido pela tentativa de autoextermínio (23%). **CONCLUSÃO:** conhecer o perfil epidemiológico das violências permite planejar a assistência de forma mais adequada, com provimento de recursos, materiais e pessoais; dada sua magnitude e relevância. Assim, as unidades de saúde, de posse dessas informações, têm como promover assistência de melhor qualidade.

Correspondência:

Mariana Torreglosa Ruiz
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/HCFMRP – USP
São Paulo, SP – Brasil
E-mail: marianatorreglosa@gmail.com

*Trabalho premiado na II Conferência Internacional de Epidemiologia – EPIC/VE 2012
Modalidade: Pôster

Estimativa do excesso de mortalidade, por faixa etária, por pneumonia atribuível ao vírus de influenza, no Estado de São Paulo, entre os anos de 2009 e 2011**Estimates on the excess mortality rates per age brackets for pneumonia attributed to influenza virus in the State of São Paulo, during the period comprised between 2009 and 2011***André Ricardo Ribas Freitas; Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco; Maria Rita Donalísio Cordeiro**
Secretaria Municipal de Saúde de Campinas – Unicamp, Campinas, SP – Brasil

INTRODUÇÃO: o vírus influenza é uma importante causa de mortalidade, particularmente nos extremos de idade e entre portadores de patologias prévias. Nem sempre o diagnóstico etiológico é possível, e uma forma de estimar a mortalidade é estudar o excesso de mortes por pneumonia que ocorre nos períodos de maior circulação do vírus. O método de Serfling (1963) é mais utilizado em países de clima temperado, onde a circulação do vírus influenza se concentra em algumas semanas, mas com modificações pode ser aplicado a áreas de clima subtropical, particularmente em situações de pandemia, quando há uma grande circulação atípica desse vírus. **OBJETIVO:** o objetivo deste estudo foi estimar o excesso de mortalidade, por faixa etária, por pneumonia atribuível ao vírus influenza no Estado de São Paulo, por meio do método de Serfling modificado, nos períodos pandêmico e pós-pandêmico (2009-2011). **MÉTODO:** foi aplicado um modelo de regressão linear, tendo como variáveis dependentes o tempo em semanas, o seno e o cosseno da variável tempo e, como variável independente, os óbitos por pneumonia e influenza obtidos pelo sistema de informação de mortalidade (CID: j10 a j18). Para definição da linha de base foram utilizados os anos de 2001 a 2008, excluídos os períodos de maior circulação do vírus influenza. Os dados sobre a ocorrência de influenza foram obtidos no SINANNET e os de circulação do vírus influenza no SIVEP-GRIPE. **RESULTADOS:** de acordo com o modelo aplicado, o excesso de óbitos por pneumonia no ano de 2009 foi de 37, de 0 a 19 anos (0,76/100.000 hab.); 459, de 20 a 59 anos (1,91/100.000 hab.) e nenhum óbito em excesso para os maiores de 60 anos. Em 2010 e 2011 não houve excesso de mortalidade entre menores de 59 anos, porém, entre maiores de 60 anos, houve 168 óbitos acima do esperado em 2010 (3,52/100.000 hab.) e 215 em 2011 (4,47/100.000 hab.), coincidindo com a diminuição da circulação do vírus A(H1N1) pdm09 e aumento da circulação do vírus A(H3N2). **CONCLUSÃO:** a pandemia de 2009 afetou com maior intensidade a população entre 20 e 59 anos, seguida pela população menor de 19 anos, poupando os maiores de 60 anos. O aumento na circulação do vírus A(H3N2) nos anos de 2010 e 2011 coincidiu com o aumento na mortalidade nos maiores de 60 anos, como tem sido observado desde sua introdução em 1969. Podemos afirmar que as tendências observadas neste estudo foram consistentes com as encontradas no Brasil (SINANNET) e em outros países, utilizando-se diferentes métodos de análise.

Correspondência:André Ricardo Ribas Freitas – Secretaria Municipal de Saúde de Campinas – Unicamp, Campinas, SP – Brasil
E-mail: andre.freitas@campinas.sp.gov.br*Trabalho premiado na II Conferência Internacional de Epidemiologia – EPICVE 2012
Modalidade: Apresentação oral

Problematizar: caminhos para melhorias em imunização**Problem raising as a path leading to immunization improvements***Elenice Lourdes Lucas Bruniera; Adelaide A. Paschoalotto; Isabela Cristina Rodrigues; Vera Rollemberg Trefliglio Eid; Suzimeiri Brigatti Alavarse Caron**

Grupo de Vigilância Epidemiológica e Grupo de Vigilância Sanitária XXIX. São José do Rio Preto, SP – Brasil

INTRODUÇÃO: uma das atribuições das equipes de imunização é a supervisão em salas de vacina, em que se avaliam inúmeros aspectos, dentre eles as informações geradas e digitadas no sistema de informação (SI-API). No entanto, o momento da supervisão *in locu* é insuficiente para a correção de todas as divergências frente às demandas da unidade. **OBJETIVO:** mudar a estratégia de abordagem no que se refere à digitação no SI-API, das equipes que atuam nas salas de vacina, na busca pela fonte do problema, e esclarecer possíveis dúvidas. **MÉTODO:** o trabalho foi desenvolvido pela equipe do GVE XXIX/São José do Rio Preto. Após a avaliação dos relatórios do API, foram priorizados os municípios com coberturas vacinais discrepantes e registros com erros aparentes. Utilizou-se a metodologia problematizadora, visando à formação de profissionais críticos, a fim de se buscar mudanças para a melhora da qualidade do serviço prestado. Reuniram-se os atores da imunização (enfermeiras, vacinadores e digitadores), munidos de todos os registros usados em imunização (ficha-registro, mapas e boletins) para que, juntos, encontrassem as divergências nos registros e propusessem soluções possíveis de serem aplicadas no cotidiano. Conforme agendamento prévio, a equipe de imunização municipal se reuniu no GVE com uma técnica do programa de imunização, e assim foram examinadas todas as fichas-registro, por mês e faixa etária, e conferidos com os boletins e registros no sistema. **RESULTADOS:** observou-se a necessidade do atendimento individualizado, para que se possa identificar problemas e falhas e, a partir daí, orientar e acompanhar melhor a equipe vacinadora. No momento da análise, os apontamentos de inconsistências se fazem pelos próprios atores, os técnicos apenas gerenciam o processo de análise, logo a ação se torna mais resolutiva, com os profissionais incorporando a importância do enfermeiro assumir sua responsabilidade perante as informações geradas. **RECOMENDAÇÕES:** registro diário, nos impressos específicos, das doses de vacinas aplicadas; conferência das informações registradas e posterior arquivamento das fichas; atenção na consolidação mensal das vacinas e digitação; conferência na digitação pelo enfermeiro; avaliação mensal do relatório e conferência com as fichas-registro, procurando certificar-se das informações registradas nas fichas arquivadas. Além disso, verificar a população existente, a população flutuante e empenhar-se na busca ativa dos faltosos.

Correspondência:Elenice Lourdes Lucas Bruniera – Grupo de Vigilância Epidemiológica e Grupo de Vigilância Sanitária XXIX. São José do Rio Preto, SP – Brasil
E-mail: gve29-imuni@saude.sp.gov.br

*Trabalho premiado na II Conferência Internacional de Epidemiologia – EPIC'VE 2012

Modalidade: Apresentação oral

Avaliação da cobertura vacinal de tetravalente: série histórica de 2003 a 2011****Evaluation of tetravalent vaccine coverage: historic series from 2003 to 2011*****Isabela Cristina Rodrigues; Adelaide Andrade Paschoalotto; Elenice de Lourdes Lucas Bruniera; Vera Rolemberg Trefliglio Eid; Suzimeiri Brigatti Alavarse Caron**

Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX. São José do Rio Preto, SP – Brasil

INTRODUÇÃO: a tetravalente é uma vacina combinada contra difteria, coqueluche e *haemophilus influenzae* tipo b, e utilizada em crianças menores de um ano. Para reduzir a morbimortalidade por meio da vacina, é necessária a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais.

OBJETIVO: Analisar o indicador de cobertura vacinal da tetravalente nos municípios adscritos ao grupo de vigilância epidemiológica XXIX (GVE29), entre 2003 a 2011. Promover uma reflexão sobre as estratégias de vacinação desenvolvidas pela regional e municípios, subsidiando processos decisórios entre as esferas de gestão. **MÉTODO:** estudo descritivo, exploratório, quantitativo, realizado a partir dos dados digitados no sistema de informação em imunização (SI-API), de 2003 a 2011, pelos municípios adscritos (GVE29). Inicialmente foram levantados os dados de cobertura vacinal e calculada a homogeneidade. Posteriormente, foram apresentados os dados para os gestores nas reuniões dos colegiados de gestão e discutidas propostas de estratégias de imunização.

RESULTADOS: pode-se observar que, em todos os anos, os valores de cobertura vacinal da regional superaram a meta dos 95%, com a maior parte dos anos acima de 100%; em 2006, apresentou o maior valor (119,58%) e, em 2008, o menor valor (99,55%). Na série histórica proposta, observou-se que, nos anos de 2003, 2007 e 2010, as homogeneidades ultrapassaram a meta dos 70%; o ano de 2011 apresentou a menor cobertura, com 59,9%, e o ano de 2009 a maior, com 77,27%. Durante as apresentações nas reuniões dos colegiados, os gestores se comprometeram com a melhoria das coberturas vacinais, repensando suas estratégias municipais. Como reformulações das ações em nível regional foram agendadas supervisões nas salas de vacina, propostas capacitações e avaliação periódica dos dados no sistema de informação com correção dos dados. **RECOMENDAÇÕES:** os baixos valores de homogeneidade demonstram a necessidade de outro olhar para as ações de imunização. Por ser uma área em constante mudança, o planejamento das ações precisa acompanhar esse ritmo e assim atingir resultados efetivos. Como parte integrante da atenção básica, as ações não podem acontecer isoladamente, e sim com fortalecimento de vínculos. Logo, o monitoramento de indicadores possibilita a reflexão das ações desenvolvidas e a união de esforços para o alcance de resultados satisfatórios.

Correspondência:Isabela Cristina Rodrigues – Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX – São José do Rio Preto, SP – Brasil
E-mail: gve29-imuni@saude.sp.gov.br

*Trabalho premiado na II Conferência Internacional de Epidemiologia – EPICVE 2012

Modalidade: Pôster

Coqueluche: doença reemergente no município de São Bernardo do Campo, São Paulo, nos anos de 2011 e 2012*

Whooping Cough: reemergent disease in the city of São Bernardo do Campo, São Paulo, during the years 2011 and 2012

Vera Lucia Bolzan; Deigiane Kaline Ferreira Magalhães; Candida Rosa Alves Kirschbaum; Inidi Maria Lisot; Keila da Silva Oliveira

Vigilância Epidemiológica. São Bernardo do Campo, SP– Brasil

INTRODUÇÃO: a coqueluche é uma doença infectocontagiosa, de transmissão respiratória, causada pela *bordetella pertussis*, prevenida por vacinação, que se inicia no segundo mês de vida, com esquema básico de 3 doses de vacina com dois meses de intervalo e 2 doses de reforço, o primeiro aos 15 meses de vida e o segundo entre 4 e 6 anos de idade. De 1999 a 2000 foram confirmados 21 casos da doença, com média de 1,75 caso ao ano (mínimo de 0 e máximo de 4 casos por ano). Porém, a partir de 2011, observou-se um aumento significativo do número de casos confirmados. **OBJETIVO:** avaliar os casos confirmados de coqueluche no município, de janeiro de 2011 a julho de 2012. **CASUÍSTICA E MÉTODO:** foram avaliadas as fichas de notificação de coqueluche e as informações obtidas em visitas domiciliares e aos serviços de saúde em que os pacientes estavam internados. Os dados foram tabulados em *Microsoft Excel* e avaliados. **RESULTADOS:** em 2011, foram notificados 34 casos de coqueluche, sendo confirmados 16 (47,1%), e em 2012, foram notificados 68 casos e confirmados 19 (28%), com aumento do número de casos a partir do segundo semestre de 2011. Entre os casos confirmados, 54,3% eram do sexo feminino, com média de idade de 4 anos e 8 meses (mínimo de 22 dias e máximo de 32 anos), sendo que 82,5% (29) dos pacientes eram crianças de 0 a 48 meses de idade e 17% (6) adultos. O número de doses de vacina na faixa pediátrica variou de 0 a 5: 41,4%, zero dose; 34,5%, 1 dose; 6,9%, 2 doses; 13,8%, 3 doses; e 5 doses em 3,4% das crianças. Entre os adultos, 50% receberam 5 doses de vacina; 16,7%, 4 doses, e em 33,3% dos casos a informação era ignorada. Foram identificados 125 comunicantes (média de 4 por paciente), sendo a coleta de material de nasofaringe realizada em 72% dos casos, resultando em 11% de amostras positivas. Os pacientes receberam antimicrobianos macrolídeos: claritromicina (48,6%); eritromicina (25,7%); azitromicina (25,7%). Não houve óbitos. **CONCLUSÃO:** a coqueluche ocorre, principalmente, em crianças suscetíveis, com esquema vacinal incompleto. Os adultos jovens, mesmo vacinados, podem desenvolver a doença ou servirem como reservatório para populações suscetíveis. A investigação laboratorial dos comunicantes favoreceu um melhor controle da doença na população. É necessário manter a rede de atenção sensibilizada para o diagnóstico em crianças e adultos.

Correspondência:

Vera Lucia Bolzan – Vigilância Epidemiológica, São Bernardo do Campo, SP – Brasil
E-mail: vigilancia.epidemiologica@saobernardo.sp.gov.br

*Trabalho premiado na II Conferência Internacional de Epidemiologia – EPICVE 2012
Modalidade: Pôster

Geoprocessamento das notificações de sífilis congênita – análise espacial segundo cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Município de São Paulo, 2011*

Geoprocessing Congenital Syphilis notifications – space analysis according to Family Health Program (PSF) coverage and area covered by UBS, MSP, 2011

Maria do Carmo Amaral Garaldi; Regina Aparecida Chiarini Zanetta; Ana Maria Bara Bressolin; Julio Mayer de Castro Filho; Rosa Maria Dias Nakazaki

Gerência do Centro de Controle de Doenças/COVISA/SMS. São Paulo, SP – Brasil

INTRODUÇÃO: a sífilis congênita tem sido alvo de estudos e propostas de intervenção, devido à alta incidência no Município de São Paulo. A análise espacial dos casos pode contribuir para a compreensão das causas dessa doença e para a implementação de estratégias de detecção e tratamento. **OBJETIVO:** realizar a análise espacial das notificações de sífilis congênita por residência para verificar significância na distribuição de casos entre áreas cobertas pela estratégia de saúde da família e as demais áreas. Analisar a distribuição das notificações, segundo distrito administrativo e área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde (UBS). **MÉTODO:** as notificações de sífilis congênita de 2011 foram extraídas do banco do SINAN NET, em abril de 2012, segundo residência das mães, e analisadas com a sobreposição das áreas de Programa Saúde da Família, distrito administrativo e área de abrangência das UBSs. **RESULTADOS:** o geoprocessamento dos casos notificados de sífilis congênita extraídos pela responsabilidade territorial do Programa Saúde da Família não evidenciou diferenças substanciais. Quando extraídos pelas áreas de abrangência das UBSs, evidenciou-se grande número de notificações de residentes em região central da cidade: Santa Cecília e República, áreas de abrangência de uma UBS com concentração de população de alta vulnerabilidade social. Em 2011, foram notificados 26 casos de sífilis congênita nessa área, sendo que 23% dessas gestantes eram usuárias de drogas. **CONCLUSÃO:** em 2011, o coeficiente de incidência de sífilis congênita no Município de São Paulo foi de 4/1000 nascidos vivos e, nessa região: 15/1000 nascidos vivos em Santa Cecília e 17/1000 nascidos vivos na República. A análise espacial evidenciou a concentração de casos nessa área central da cidade de São Paulo, apontando a necessidade de um estudo pormenorizado das causas sociais da não realização do pré-natal e/ou não tratamento adequado dessas gestantes. A região é área de usuários de drogas, em processo de deterioração social, com mobilidade das gestantes e início tardio do pré-natal. **RECOMENDAÇÃO:** utilização da análise espacial como mais um instrumento de gestão da vigilância em saúde.

Correspondência:

Maria do Carmo Amaral Garaldi – GCCD/COVISA/SMS
São Paulo, SP – Brasil
E-mail: mgaraldi@prefeitura.sp.gov.br

*Trabalho premiado na II Conferência Internacional de Epidemiologia – EPICVE 2012
Modalidade: Pôster