

Vigilância epidemiológica do tracoma no Estado de São Paulo

Expedito J. A. Luna¹; Norma H. Medina²; Márcia B. Oliveira³

I — INTRODUÇÃO

O tracoma, doença infecciosa crônica da conjuntiva, é uma das doenças de maior disseminação no mundo. Estima-se que cerca de 500 milhões de pessoas são afetadas pelo tracoma no planeta¹⁶. Constitui a principal causa de perda de visão, sendo responsável por aproximadamente 6 milhões de casos de cegueira². Atualmente as regiões com maior prevalência da doença são o Norte da África e Oriente Médio, algumas outras regiões da África e o Sul da Ásia¹⁶.

Durante o século passado a prevalência do tracoma na Europa e América do Norte era alta, constituindo na época a principal causa de cegueira nessas regiões. "Neste século, a doença foi gradualmente desaparecendo graças a uma multiplicidade de mudanças nas condições de vida, assistência a saúde e muitos outros fatores, ou, segundo REINHARDS, a doença desapareceu muito mais devido ao progresso material e cultural do que devido aos programas específicos de intervenção quimioterapêutica"¹⁷.

No Brasil, o tracoma teria chegado no século XVIII, com os ciganos expulsos de Portugal, "desenvolvendo-se na região de Cariri, estado do Ceará, o mais antigo foco de tracoma no país. Posteriormente outros focos da doença surgiram nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, em consequência da imigração de europeus procedentes de países com a endemia. A partir dos focos acima mencionados, formados por imigrantes infectados, e em decorrência das migrações internas, a endemia tracomatosa expan-

diu-se, gradativamente, às novas áreas de outras regiões"⁶ (fig. I).



Fig. 1 — Principais Focos de Tracoma no Brasil e suas Linhas de Dispersão. Fonte Ministério da Saúde/SUCAM

Os dados resultantes do inquérito epidemiológico realizado pela SUCAM no período de outubro de 1974 a abril de 1976 demonstraram que o tracoma se encontrava amplamente disseminado no Brasil, a despeito do fato dos índices de prevalência encontrados se mostravam sensivelmente inferiores àqueles observados nos anos de 1943 a 1963⁶.

¹ Médico Sanitarista do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde — São Paulo — S.P.

² Médica Oftalmologista do Serviço de Oftalmologia Sanitária do Instituto de Saúde, CST, Secretaria de Estado da Saúde — São Paulo — S.P.

³ Socióloga do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde — São Paulo — S.P.

NOTA DO EDITOR: O presente trabalho, sem dúvida é polêmico. Foi analisado por 4 membros do Conselho Redatorial. Dois o rejeitaram.

Resolvemos publicá-lo e apresentar alguns dos pontos que os revisores consideraram importante discutir:

1) — Falta de credibilidade de algumas estatísticas que freqüentemente fazem parte de relatórios oficiais de organizações internacionais ou nacionais (como SUCAM) e que passam a ser repetidas, desconhecendo-se às vezes se os números foram obtidos com metodologia adequada. Especificamente os "relatórios" da SUCAM não mereceriam credibilidade de trabalho científico e portanto não deveriam ser considerados como tal.

2) — A necessidade de comprovação laboratorial do diagnóstico do tracoma.

3) — Apresentação da metodologia do exame clínico para conclusão do diagnóstico e a capacitação dos profissionais que examinaram os pacientes.

4) — Discussão dos diagnósticos diferenciais possíveis inclusive se atendo aos soro tipos de Clamídias e às diferentes formas e causas clínicas que o agente infeccioso pode ter.

5) — Comparação da distribuição mensal dos "tracomias" com o de conjuntivites primaveris e outras conjuntivites. Este artigo suscitará dúvidas e deverá levar a outros estudos.

RUBENS BELFORT JR.

A tabela I mostra os dados referentes 1985 nos focos da doença em diversos estados. ao trabalho desenvolvido pela SUCAM em dos.

TABELA I
Dados referentes ao trabalho desenvolvido em 1985 nas diretorias regionais da SUCAM, até o mês indicado

Unidade da Federação	Exames Oftalmológicos realizados	Portadores identificados				Índices	
		TR I	TR II	TR III	TR IV	Contagiosidade	Prevalência
Pará (Set)	2.497	42	146	243	98	17,26	21,18
Maranhão * (Ago)	364	112	82	22	16	59,34	63,73
Piauí * (Set)	7.172	32	129	59	1.801	3,06	28,17
Ceará ** (Set)	142.682	417	5.686	12.874	40.870	13,30	41,94
R. G. Norte (Set)	14.469	43	2.628	1.053	779	25,73	31,12
Paraíba *** (Set)	42.190	1.155	1.452	687	7.472	7,80	25,51
Pernambuco (Set)	16.073	1.487	5.418	4.950	2.972	73,85	92,24
Alagoas	—	—	—	—	—	—	—
Sergipe	—	—	—	—	—	—	—
Bahia (Ago)	38.667	3.120	3.023	2.112	82	21,34	21,56
M. Gerais (Set)	15.318	79	12	37	39	0,83	1,09
E. Santo *** (Ago)	7.019	84	11	57	103	2,16	3,63
Goiás + (Jul)	2.510	97	319	303	673	28,64	55,45
Paraná (Ago)	7.599	35	57	19	68	1,46	2,61
Total/Brasil	296.580	6.703	18.963	22.416	54.993	16,21	34,75

Fonte: Ministério da Saúde, SUCAM — 1985

- * — Busca Passiva
- ** — Inclui serviço de BA + BP
- *** — Inclui Inquérito Escolar
- + — Campanha parou em Jun-85 (falta de medicamento)

A SUCAM atualmente concentra os recursos disponíveis prioritariamente em áreas já conhecidas como de maiores índices de prevalência em especial nos “bolsões”.

Devemos salientar que esses dados são referentes as áreas trabalhadas e não nos estados como um todo⁷.

No estado de São Paulo, “os primeiros casos apareceram em 1890 tendo atravessado as nossas fronteiras com os imigrantes que o trouxeram...”⁵. Em 1907, MELLO e OLIVEIRA, dava uma prevalência de 27% entre 323.241 indivíduos examinados⁵. Em pouco tempo a doença disseminou-se por todo o estado, atingindo uma prevalência de até 65% entre escolares de algumas regiões¹⁸.

Em 1938, o governo estadual cria a “Seção de Tracoma” e o “Instituto do Tracoma”, e logo em seguida realiza a “Campanha de Profilaxia Experimental” contra a endemia no estado (1941). Inicia-se então a “(...) organização de um serviço de profilaxia, já com caráter permanente, que atendesse a todo território do estado através de um sistema de unidades especializadas, anexas aos Centros de Saúde (Dispensários de Tracoma) (...)”¹⁸. Em 1943, a prevalência da doença para o estado de São Paulo era estimada em 41,9%³.

Já a partir do final da década de 40, começou a ser detectado um contínuo decréscimo das taxas de prevalência da doença no estado. Este decréscimo aparentemente não se relacionou a um aumento da eficácia dos

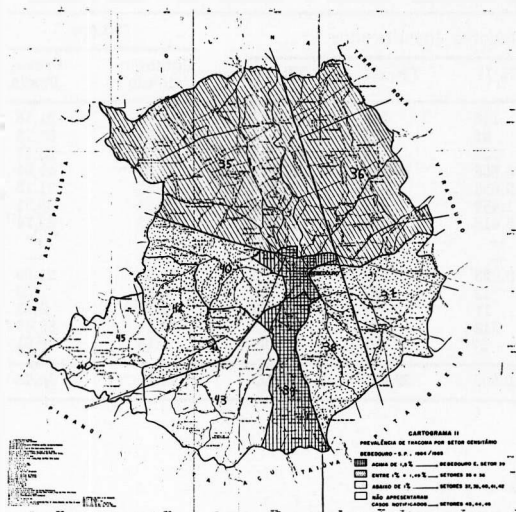
programas de controle da doença, antes foi atribuído a “melhoria das condições de vida, decorrente do desenvolvimento sócio-econômico do país”³.

Em 1967, a prevalência de tracoma, em inquérito realizado pela Secretaria de Estado da Saúde, foi de 0,7%, o que levou a Secretaria a concluir que “a doença apresentava um índice subendêmico, dificilmente detectável, devendo estar praticamente erradicada no estado no início da década de 70”³. No último inquérito estadual de prevalência de tracoma realizado pela Secretaria de Estado da Saúde em 1975, foi encontrado um “índice residual de prevalência de 0,61%, o que reforçou a crença na “erradicação” da moléstia no estado³.

Em 1969, com a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde — SP, foram extintos os serviços especializados em tracoma, sendo substituídos por serviços de oftalmologia sanitária. Estes, tiveram suas atribuições deslocadas para uma proposta mais geral de “atenção a saúde ocular”, pois a doença que os havia originado, o tracoma, encontrava-se em vias de “erradicação” no estado.

Entretanto, a partir de julho de 1982 começaram a ser diagnosticados no município de Bebedouro, 400 km a noroeste da capital, um número crescente de casos de uma “afecção ocular com características clínicas de tracoma”^{8,14,15}. Posteriormente chegou-se a confirmação laboratorial do diagnóstico, com a identificação do agente etiológico es-

pecífico do tracoma, a *Chlamydia trachomatis* (Anexo 2).



Diante deste quadro, uma série de medidas foram adotadas pela Secretaria de Estado da Saúde — SP no sentido do controle da doença. Dentre elas, destacam-se a criação de um Serviço de Oftalmologia no Centro de Saúde local, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica do tracoma, além da realização de alguns estudos epidemiológicos da doença em Bebedouro^{10,11,12,13}.

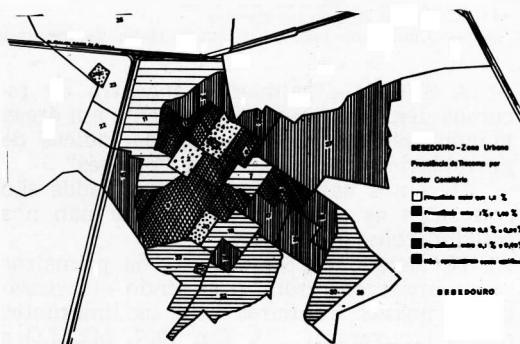
Com base em publicações da O.M.S. e SUCAM foram estabelecidas as “Instruções Preliminares para Procedimentos Relativos a Ocorrência de Tracoma”^{2,6,13,16} que definiam caso suspeito e confirmado, esquema terapêutico, busca ativa de casos e comunicantes, treinamento de pessoal e estabelecia a notificação compulsória dos casos de tracoma no município, elaborando-se também instrumentos para este fim¹³. Estas ações foram implantadas junto ao Centro de Saúde de Bebedouro a partir de janeiro de 1984. No período entre janeiro de 1984 e dezembro de 1985 foram notificados pelo Centro de Saúde 749 casos de tracoma.

Com a análise das informações obtidas através das Fichas Epidemiológicas do tracoma pretendeu-se chegar a um diagnóstico da situação da vigilância epidemiológica da doença, sugerindo direcionamentos para sua investigação, oferecendo assim uma contribuição ao controle do tracoma no Estado de São Paulo.

II — MATERIAL E MÉTODOS

Foram utilizados neste estudo as informações obtidas através das Fichas Epidemiológicas dos 749 casos de tracoma notificados pelo Centro de Saúde de Bebedouro no período compreendido entre janeiro de 1984 a dezembro de 1985. As Fichas Epidemiológicas fornecem os seguintes dados quanto aos casos: data de ocorrência, idade, sexo, endereço, procedência, local de estudo, sintomas, sinais clínicos, classificação do diagnóstico, contato com casos semelhantes e saneamento domiciliar.

As Fichas Epidemiológicas são preenchidas a partir dos casos novos de tracoma não havendo possibilidade de obter-se dados quanto a evolução e acompanhamento dos casos através delas. O anexo I apresenta cópia da Ficha Epidemiológica de tracoma em uso no Estado de São Paulo.



Através desse procedimento tornou-se possível realizar um diagnóstico da vigilância epidemiológica do tracoma em Bebedouro, bem como formular algumas hipóteses a respeito da ocorrência do tracoma, sugerindo direcionamentos para a investigação e ações de controle da doença.

Os resultados foram discutidos e relacionados com as informações fornecidas pela bibliografia.

III — RESULTADOS

Tomando-se por base o número total de casos de tracoma residentes no município, notificados no período em estudo, e a população do município segundo o censo de 1980 (FIBGE), teremos uma prevalência de tracoma para o município de Bebedouro no período, da ordem de 1,62%.

Dos 749 casos do período em estudo, 400 foram notificados em 1984, e 349 em 1985.

Tais dados nos permitem calcular um coeficiente de incidência anual de tracoma de 0,87% e 0,75% respectivamente. O gráfico I mostra a distribuição da ocorrência de casos de tracoma por mês para os anos de 1984 e 1985. Como se pode perceber, o mês de janeiro é onde se verificam o maior número de casos, para ambos os anos. Em 1985, este aumento foi precedido por aumento no mês de dezembro de 1984, entretanto isto não se verificou em 1985. Para os demais meses do ano não se pode depreender nenhuma regularidade na ocorrência de casos, notificados de tracoma. No mês de setembro de 1985 não houve atendimento oftalmológico no Centro de Saúde, o que explica a não ocorrência de notificações.

Utilizando-se os dados de endereços, obtidos das Fichas Epidemiológicas, foi possível

obter algumas informações acerca da distribuição espacial dos casos de tracoma. Em vista a dificuldade de trabalhar-se com a localização dos casos por bairros (limites imprecisos, inexistência de dados populacionais), optou-se por localizar os casos pelos "Setores Censitários", de acordo com a divisão utilizada pela FIBGE para o recenseamento. Não foi possível a localização por setor censitário de 6% dos casos (45 casos), dadas algumas imperfeições no preenchimento dos endereços.

A tabela II mostra a distribuição dos casos por setor censitário a população de cada setor, o coeficiente de prevalência de tracoma por 100 habitantes e a frequência relativa de casos de tracoma por setor censitário (porcentagens de casos do setor sobre o total de casos do município).

TABELA II

Distribuição dos casos notificados de tracoma por setor censitário no Município de Bebedouro, nos anos de 1984 e 1985

Setor	N.º de casos	População/1980	Coef. prevalência por 100	% sobre o total de casos
1	1	955	0,11	0,13
2	—	943	—	—
3	3	898	0,34	0,40
4	—	1.337	—	—
5	—	21	—	—
6	2	1.140	0,18	0,27
7	10	800	1,25	1,33
8	2	971	0,20	0,27
9	2	1.214	0,16	0,27
10	10	1.682	0,59	1,33
11	26	1.822	1,42	3,47
12	2	963	0,20	0,27
13	2	781	0,25	0,27
14	15	2.203	0,68	2,00
15	10	1.247	0,80	1,33
16	4	851	0,47	0,53
17	5	982	0,50	0,66
18	13	1.177	1,10	1,73
19	5	886	0,56	0,66
20	—	778	—	—
21	124	1.712	7,24	16,55
22	37	1.650	2,24	4,93
23	29	1.887	1,53	3,87
24	—	—	—	—
25	157	1.637	9,60	20,96
26	40	1.841	2,17	5,34
27	10	1.040	0,96	1,33
28	9	1.268	0,70	1,20
29	90	1.608	5,59	12,01
30	14	1.127	1,24	1,87
31	7	1.382	0,50	0,93
32	11	1.009	1,09	1,46
33	12	1.050	1,14	1,60
34	—	106	—	—
35	13	892	1,45	1,73
36	7	521	1,34	0,93
37	3	756	0,39	0,40
38	6	671	0,89	0,80
39	10	660	1,51	1,33
40	4	428	0,93	0,53
41	5	615	0,81	0,66
42	4	789	0,50	0,53
43	—	812	—	—
44	—	206	—	—
45	—	881	—	—
não localizados	45	—	—	6,00
Total	749	46.029	1,62	100,00

Um primeiro grupo de setores censitários chama a atenção por apresentar coeficientes de prevalência mais altos, situando-se próximo ou acima do coeficiente médio para o município (1,62%). Este grupo corresponde aos setores censitários n.ºs 21, 22, 23, 25, 26, 29 e 39, concentrando 65% do total de casos verificados no município, e apenas 23,9% da população.

Um segundo grupo de setores censitários apresenta coeficientes de prevalência abaixo da média verificada para o município, porém situados acima de 1%. Este grupo corresponde aos setores censitários n.ºs 7, 11, 18, 30, 32, 33, 35 e 36 (18,2% da população e 14,2% dos casos).

Os demais setores censitários apresentam coeficientes de prevalência inferiores a 1%. Dentre estes, alguns não apresentaram casos notificados de tracoma (setores n.ºs 2, 4, 5, 20, 24, 34, 43, 44, 45). Estes setores concentram 11% da população do município. Outros apresentaram coeficientes de prevalência entre 0,5% e 1% (setores n.ºs 10, 14, 15, 17, 19, 27, 28, 31, 38, 40, 41 e 42), com 28,6% da população e 12% dos casos; e ainda, um último grupo apresentar coeficientes de prevalência entre 0,1% e 0,49% (setores n.ºs 1, 3, 6, 8, 9, 12, 13, 16 e 37). Este grupo representa 18,5% da população e contribuiu com 2,8% dos casos. Os Cartogramas I e II mostram uma representação do município

de Bebedouro, com a divisão por setores censitários e o coeficiente de prevalência de tracoma por setor, permitindo uma melhor idéia da localização geográfica dos casos no município.

A tabela III mostra a distribuição dos casos por sexo. Dos 749 casos notificados, 49,93% ocorreram em indivíduos do sexo masculino, enquanto que 50,07% no sexo feminino.

TABELA III
Distribuição dos casos de tracoma por sexo — Bebedouro
S.P. 1984-1985

Sexo	N.º de casos	%
Masculino	374	49,93
Feminino	375	50,07
Total	749	100,00

Fonte: Fichas Eidemiológicas C.V.E./SP

A tabela IV apresenta o número de casos, a população e o coeficiente de prevalência do tracoma por faixa etária para o município de Bebedouro. A maioria absoluta dos casos verificou-se nas faixas etárias de pré-escolares e escolares, de 1 a 4 e 5 a 9 anos, correspondendo a 74,8% dos casos. Nessas faixas etárias verificaram-se também as mais altas taxas de prevalência de tracoma. 28 casos foram notificados em menores de 1 ano (3,7% do total).

TABELA IV
Prevalência de Tracoma por Faixa Etária — Bebedouro — SP 1984-1985

Faixa Etária	População	N.º de casos	Freq. Relativa	Prevalência por 100 hab
Menores 1 ano	1.149	28	3,7%	2,43
1 — 4	4.352	286	38,2%	6,57
5 — 9	5.195	274	36,6%	5,27
10 — 14	5.038	99	13,2%	1,96
15 — 19	4.796	12	1,6%	0,31
20 — 24	4.437	14	1,9%	0,31
25 — 29	3.771	11	1,5%	0,29
30 — 34	3.121	9	1,2%	0,28
35 — 39	2.579	4	0,5%	0,15
40 e +	11.591	12	1,6%	0,10
Total	46.029	749	100,0%	1,62

Fonte: Fichas Epidemiológicas — C.V.E./SP/FIBGE — Recenseamento 1960.

Na faixa etária de 10 a 14 anos foram notificados 99 casos, o que representa uma prevalência de 1,96%, acima portanto da prevalência para a população geral do município. Nas demais faixas etárias, o número de casos notificados foi pequeno, verificando-se uma diminuição progressiva dos coeficientes de prevalência de tracoma em relação ao aumento da idade.

Como se pode verificar na Tabela V, quase metade dos casos notificados de tracoma ocorreram em indivíduos naturais do muni-

cípio de Bebedouro, enquanto que 17,7% dos casos ocorreram em migrantes procedentes de outros municípios do estado de São Paulo e das demais regiões do país. Entretanto a análise desta variável fica prejudicada na medida que em 1/3 das fichas não constava a procedência do indivíduo.

Como mostra o Quadro I, cerca de 1/4 dos casos não referiam qualquer sintomatologia, ao passo que 75% referiam algum tipo de sintoma. Os sintomas mais frequentemente referidos foram: prurido ocular, ar

TABELA V
Distribuição dos casos de Tracoma por procedência
Bebedouro — S.P. — 1984-1985

Procedência	N.º de casos	Freq. relativa
Natural de Bebedouro	371	49,6%
Outros Mun. do Estado S.P.	70	9,3%
Região Nordeste	7	0,9%
Região Sudeste	6	0,8%
Região Sul	50	6,7%
Sem informação	45	32,7%

Fonte: Fichas Epidemiológicas — C.V.E. — S.P.

dor, fotofobia e lacrimejamento. A secreção ocular foi referida em 57,4% dos casos. A maioria dos casos referiu mais de um destes sintomas, em combinações diversas, sendo poucos os que referiam a ocorrência de um único destes sintomas isoladamente (9 casos, 1,1% do total).

QUADRO I
Manifestações clínicas do tracoma — Principais sintomas referidos — Bebedouro — SP. 1984-1985

Sintoma	N.º de indivíduos que referiram	Freq. relativa
Prurido	541	72,2%
Ardor	538	71,8%
Fotofobia	514	68,6%
Lacrimejamento	508	67,8%
Secreção	430	57,4%
Não refere sintomas	186	24,8%

Fonte: Fichas Epidemiológicas — C.V.E. — S.P.

QUADRO III
Sinais clínicos de tracoma — Bebedouro — S.P. 1984-1985

Localização	Sinal	N.º de casos	Freq. relativa
Conjuntiva	Folículos	604	80,6%
	Papilas	282	37,6%
	Cicatrizes	57	7,6%
	Sem informação	137	18,3%
Córnea	Fossetas de Herbert	92	12,2%
	Neovascularização	55	7,3%
	Infiltração	19	2,5%
	Sem informação	2	0,3%
	Não apresenta sinais córnea	581	77,6%
Complicações/ Sequelas	Triquíase	10	1,3%
	Entrópico		

Fonte: Fichas Epidemiológicas — C.V.E. SP/FIBGE — Recenseamento 1980.

eles as fossetas de Herbert o achado mais frequente.

A ocorrência de um outro tipo de conjuntivite associada ao tracoma foi registrada em 21,4% dos casos. Como se pode observar, a maioria dos casos eram de conjuntivites bacterianas.

O quadro V apresenta algumas informações em relação ao contato com casos semelhantes. Na maioria dos casos notificados de tracoma foi descrito contato com casos semelhantes (70,4%); Figurando den-

Os quadros II, III e IV mostram os achados clínicos dos exames oftalmológicos dos casos no momento do diagnóstico. A maioria dos casos encontrava-se com a doença na sua forma infecciosa ativa, Tr. I, II e III pela classificação de Mac Callan, 3,2% dos casos foram de formas cicatríciais e sequelas, dentre eles foram descritos 10 casos casos de triquíase e entrópico (1,3 do total).

QUADRO II
Classificação do tracoma no momento do diagnóstico (pela classificação de MacCallan) — Bebedouro S.P. 1984/1985

Tipo	N.º de casos	Freq. relativa
Tr. I	136	18,1%
Tr. II	373	49,8%
Tr. III	183	24,4%
Tr. IV	24	3,2%
Sem informação	33	4,4%

Fonte: Fichas Epidemiológicas C.V.E. — SP.

Os sinais conjuntivais de tracoma foram encontrados na maioria dos casos. Outra vez, a informação fica prejudicada pelo grande número de fichas onde este dado não foi registrado, como se pode verificar no quadro III.

Já os sinais de tracoma na córnea não foram observados na maioria dos casos, estando presentes em apenas 22% deles, sendo

QUADRO IV
Conjuntivites associadas ao tracoma — Bebedouro — S.P. — 1984-1985

Tipo	N.º de casos	Freq. relativa
Viral	3	0,4%
Bacteriana	157	21,0%
Total	160	21,4%

Fonte: C.V.E. — SP — Fichas epidemiológicas.

tro desse grupo o domicílio e as creches como os principais locais de ocorrência des-

te contato. Em 16,1% dos casos foi negado contato com casos semelhantes, enquanto

que em 13,5% não se registrou esta informação.

QUADRO V
Contato com casos semelhantes — Bebedouro — S.P. — 1984-1985

Contato com casos semelhantes	Local	N.º de casos	Freq. relativa
Refere contato c/ casos semelhantes	Domicílio	527	70,4%
	Creche	203	27,1%
	Escola	195	26,0%
	Escola	56	7,5%
	Outros	73	9,8%
Nega contato c/ casos semelhantes		121	16,1%
Sem informação (não sabe, não responde)		101	13,5%

Fonte: C.V.E. — SP — Fichas epidemiológicas.

A informação sobre o local de estudo dos casos foi registrada em 391 Fichas (52,2%). Como se pode verificar no quadro VI, as creches apresentaram alta concentração de casos, algumas contribuindo isoladamente com mais de 10% dos casos notificados. Esta informação não estava preenchida em 358 Fichas (47,8%), não sendo possível discernir se as não preenchidas representam os casos que não frequentam escolas e creches, ou representam falhas no preenchimento das fichas.

QUADRO VI
Escola/Creche que frequenta

Escola/Creche	N.º casos	Freq. relativa
Educandário Sto. Antonio	82	10,95%
CAECC/PLIMEC	77	10,29%
Creche Jesus de Nazaré	40	5,34%
Creche CEPROBEM	34	4,54%
Casa da Criança	29	3,87%
Educacional SESI	22	2,94%
EEPG Cel. Caldeira	8	1,07%
EEPG Paulo R. T. Albuquerque	8	1,07%
EEPG Paraíso Cavaicanti	6	0,80%
Outras escolas	85	11,35%
Total	391	52,20%

Fonte: C.V.E. — SP — Fichas epidemiológicas.

A maioria dos casos de tracoma ocorreu em domicílios ligados a rede pública de abastecimento de água (75,03%). Apenas 73 casos ocorreram em domicílios não ligados a rede pública. Esta informação não foi registrada em 15,22% dos casos.

QUADRO VII
Saneamento domiciliar/água encanada do domicílio

Tipo	N.º	%
Domicílio ligado a rede pública de abastecimento	562	75,03
Domicílio não ligado a rede pública de abastecimento	73	9,74
Sem informação	114	15,22

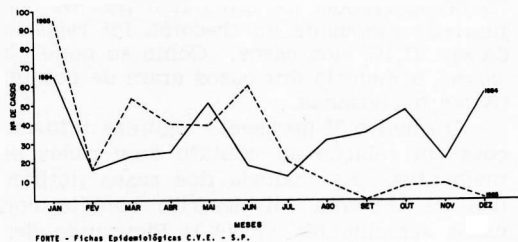
Fonte: C.V.E./SP — Fichas epidemiológicas.

IV — DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O coeficiente de prevalência de tracoma nos anos de 84/85 para o município de Bebedouro como um todo, de 1,62%, é considerado "baixo" dentro dos padrões da O M S ^{2,16}. Entretanto, uma ressalva importante deve ser feita em relação aos dados obtidos através das notificações, pois eles representam apenas a demanda espontânea do Serviço de Oftalmologia do Centro de Saúde de Bebedouro, e não a real prevalência da doença na população. As atividades de busca ativa de casos, visita domiciliar, controle de comunicantes, embora previstas dentro das ações de vigilância epidemiológica, nunca foram realizadas a contento ¹³. Apesar disso, a análise dos dados das notificações fornece indicativos importantes a respeito da ocorrência do tracoma em Bebedouro.

Observando-se os coeficientes anuais de incidência para os anos em estudo, pode-se verificar que praticamente não houve diferença entre os dois anos. Mesmo levando-se em consideração ser um período muito curto, pode-se depreender deste dado uma certa "estabilização" da ocorrência de casos notificados de tracoma em Bebedouro. Caso observe-se a incidência mensal de casos (Gráfico I), verifica-se que a maioria deles ocor

Gráfico I — Distribuição mensal da ocorrência de casos de tracoma notificados — Bebedouro — SP — 1984/1985



FORTE - Fichas Epidemiológicas C.V.E. - S.P.

reram nos meses quentes do verão, como descrito na literatura².

Através da Tabela II pode-se ter uma idéia acerca da distribuição espacial dos casos. Chama a atenção as altas taxas de prevalência encontradas em alguns setores censitários, em especial os setores n.º 21, 25 e 29, todos com coeficiente de prevalência acima de 5%.

Os setores n.º 22, 23, 26 e 39 apresentam também coeficientes de prevalência mais altos, situando-se próximo ou acima do coeficiente de prevalência para o município. Observando-se a localização destes setores nos Cartogramas I e II, verifica-se que todos eles, a exceção do n.º 39 (área rural), localizam-se na periferia da cidade de Bebedouro, podendo-se concluir que a maioria dos casos notificados de tracoma ocorreu nos bairros periféricos da cidade. Valendo-se ainda da Tabela II do Cartograma I, pode-se perceber a diminuição progressiva da prevalência de tracoma na medida em que se avança em direção ao centro da cidade. A maioria dos casos ocorreu na área urbana, apenas 52 deles localizam-se nos setores censitários rurais, representando 6,94% do total de casos. A zona rural concentrava 15,7% da população do município. O coeficiente de prevalência de tracoma para a zona rural foi de 0,72%, inferior portanto ao coeficiente do município (1,62%) e da área urbana (1,8%). Tradicionalmente o tracoma é descrito em populações rurais^{2,17}. O padrão verificado em Bebedouro pode representar uma mudança no comportamento epidemiológico da doença, porém deve-se lembrar que a população rural tem menores possibilidades de acesso ao Centro de Saúde, e esta diferença na prevalência de tracoma poderia justificar-se por esta razão.

A ocorrência de tracoma em uma comunidade é geralmente descrita como associada a "precárias condições de vida", entendidas como baixo nível sócio-econômico, precárias condições de habitação, grande concentração populacional, precariedade do saneamento básico e baixos níveis educacional e cultural¹⁹. Ao ser feito o cruzamento das informações acerca da localização dos casos por setores censitários em Bebedouro com outras informações fornecidas pelo recenseamento 1980 para os setores censitários (rendimento médio domiciliar em salários mínimos, taxa média de ocupação domiciliar e número de indivíduos por família), observou-se que os setores censitários com mais altas taxas de prevalência de tracoma coincidiam com aqueles onde se verificavam os rendimentos médios domiciliares mais baixos, as maiores taxas de ocupa-

ção domiciliar e a maior concentração de famílias com grande número de indivíduos⁴.

Analisando a prevalência de tracoma por faixa etária para o município de Bebedouro, verificamos que a distribuição encontrada coincide com os dados da literatura, que afirma serem "as crianças o principal reservatório para a transmissão da doença... quase todos os casos de tracoma infeccioso ativo ocorreram em crianças menores de 10 anos"...¹⁹. Entre os casos notificados em Bebedouro, 74,8% ocorreram na faixa de 1 a 9 anos (Tabela IV).

Quanto a distribuição por sexo, considerará-se que "em crianças pré-escolares a prevalência, severidade e incidência de novas infecções parece ser semelhante para ambos os sexos, e que para os adultos a prevalência de tracoma ativo, em locais endêmicos parece ser maior entre mulheres adolescentes e adultas jovens, do que para os homens na mesma faixa etária"¹⁹. Nos casos notificados em Bebedouro não houve diferença na ocorrência entre os dois sexos (Tabela III).

Já é bastante conhecido o papel das migrações como determinante de mudanças na estrutura epidemiológica, tanto das áreas de origem quanto nas receptoras de migrantes¹. Dado as características econômicas do município e suas conseqüentes influências sobre o mercado de trabalho, Bebedouro configura-se numa área de intenso fluxo migratório. Entretanto, os dados obtidos através das fichas epidemiológicas contribuem pouco para elucidar o papel das migrações na disseminação do tracoma em Bebedouro. Como podemos observar na Tabela V, a informação quanto a procedência não foi registrada em 32,7% dos casos, e metade do total de casos ocorreu em indivíduos naturais de Bebedouro. Apenas 17,7% dos casos foram registrados como procedentes de outras localidades. Devido a inexistência de informações a respeito do número total de migrantes no município, sua origem e proporção em relação a população total, este dado não permite conclusões acerca do risco para os dois grupos. Pode-se apenas afirmar que o tracoma em Bebedouro ocorre tanto na população autóctone como nos migrantes, procedentes das diversas regiões do país.

Segundo a O.M.S., "o tracoma pode iniciar-se de maneira inaparente ou paulatina, e nas crianças, talvez não seja percebido pelos pais. Em casos leves, o paciente experimenta ligeiro mal estar ocular, lacrimejamento, mínima sensibilidade a luz, sensação de corpo estranho e ardor, e ainda um pouco de secreção purulenta pela manhã ...

A menos que exista uma infecção bacteriana associada, o tracoma não produz uma secreção purulenta copiosa. Em casos graves de inflamação tracomatosa crônica, os sintomas são geralmente muito mais benéficos do que se poderia esperar pelas manifestações clínicas². Dos casos notificados em Bebedouro, 24,6% não referiam sintomas, e dentre os sintomas referidos, a secreção foi o menos frequente (Quadro I). Quanto aos achados clínicos, predominaram os sinais de inflamação tracomatosa ativa afetando exclusivamente a conjuntiva (Quadro II). 22% dos casos apresentaram manifestações tracomatosas na córnea, enquanto que 1,3% dos casos apresentaram complicações graves de tracoma, passíveis de levá-los a cegueira, triquíase e entropião². Foi registrado outro tipo de conjuntivite associada ao tracoma em 21,4% dos casos. Esta informação parece relevante na medida em que as conjuntivites associadas ao tracoma contribuem na patogênese da doença, agravando o seu quadro e facilitando a transmissão².

A classificação adotada para o diagnóstico de tracoma foi a de MacCallan, que classifica o tracoma por fases^{2,6,16}. Observando-se o Quadro IV, pode-se verificar que a quase totalidade dos casos notificados encontravam-se com a doença em atividade (Tr. I, Tr. II e Tr. III). As formas cicatriciais e sequelas representaram 3,2% dos casos. A classificação de MacCallan, entretanto, é passível de ser bastante criticada, pois, dentre os outros problemas, ela não se presta a uma avaliação da severidade do tracoma e tão pouco tem valor prognóstico². A classificação de MacCallan modificada² atenta para estes problemas, porém é muito complexa, o que representa uma séria dificuldade operacional à sua utilização rotineira pelos serviços de atenção primária e mesmo nas pesquisas de campo. Uma nova classificação vem sendo testada pela O.M.S. em diversos países, inclusive no Brasil, em Bebedouro foi utilizada recentemente numa investigação epidemiológica. Simples, de fácil operacionalização, considerando a gravidade da doença, esta nova classificação parece ser mais completa que as anteriores⁸.

A transmissão do tracoma se dá "por contato direto ou indireto com material infectado (mãos, roupas, toalhas, etc.). É difícil identificar com certeza os fatores ambientais e de conduta que tem maior importância, porém dentre eles estão a presença de crianças pequenas no lugar, a grande concentração de indivíduos e a falta de água potável para o uso da família...². Observando-se o Quadro V verificamos que, de

fato, a maioria dos casos referiu contato com casos semelhantes, no domicílio ou na creche. As creches em Bebedouro parecem desempenhar papel importante na transmissão da doença (Quadros V e VI). Entretanto, em dissonância com a literatura, a maioria dos casos dispunha de água encanada no domicílio (Quadro VII).

Finalmente, deve-se acrescentar que além das fichas epidemiológicas dos 749 casos registrados em 1984 e 1985, residentes no município de Bebedouro, o Serviço Oftalmológico do Centro de Saúde local notificou cerca de 50 casos residentes em outros municípios da região, que não foram incluídos na presente avaliação.

Diante de todas as considerações expostas, os autores concluem que:

1. As fichas epidemiológicas representam um instrumento importante para o acompanhamento e avaliação das medidas empregadas no controle do tracoma. Entretanto, um fator que compromete o desempenho desta sistemática de avaliação é a subnotificação, pois apenas o Centro de Saúde notifica seus casos. É necessário que todos os serviços de saúde locais participem das ações de controle do tracoma. Além disso, as fichas epidemiológicas, por vezes, estavam incompletas ou incorretamente preenchidas, o que demonstra uma incompreensão por parte dos profissionais de saúde do valor deste instrumento, prejudicando a qualidade das informações e sua análise. Embora ciente de que estes problemas são gerais, sendo detectados para todas as doenças sujeitas a notificação compulsória no país, e de que sua resolução relaciona-se a mudanças mais profundas no modelo de assistência a saúde no Brasil, acredita-se que algumas ações podem ser desencadeadas no sentido da melhoria qualitativa das atividades de vigilância epidemiológica. Em relação ao tracoma, faz-se necessário o treinamento dos médicos e demais profissionais de saúde em diagnóstico, tratamento e ações de vigilância epidemiológica, para que se consiga avançar no sentido do controle da doença.

2. Como ficou claro durante a exposição, a Ficha Epidemiológica de Tracoma apresenta algumas imperfeições, que, por vezes comprometem seu desempenho enquanto instrumento de avaliação, como, por exemplo, a classificação do diagnóstico utilizada. Propõe-se um estudo e revisão criteriosa de todos os itens da ficha, no sentido de melhorar a qualidade das informações coletadas.

3. Apesar de grande parte das informações obtidas em Bebedouro ser condi-

zente com a literatura, algumas questões permanecem não resolvidas, e outras, por vezes, são conflitantes com o que tradicionalmente é descrito em relação ao tracoma. Assim, faz-se necessário a realização de estudos epidemiológicos que nos permitam conhecer a real prevalência da doença na população de Bebedouro, e avançar no conhecimento dos determinantes envolvidos no processo de estabelecimento e disseminação do tracoma. No presente momento encontra-se em realização um projeto de investigação epidemiológica do tracoma em Bebedouro, sob a responsabilidade da S.E.S. — SP. A ocorrência de casos de tracoma em outros municípios sugere a realização de inquéritos com vistas a detecção de novos focos da doença.

RESUMO

O tracoma era considerado "erradicado" no Estado de São Paulo desde a década de 70. Entretanto, a partir de 1982, novos casos começaram a ser diagnosticados no município de Bebedouro, região noroeste do estado. Uma série de medidas foram adotadas no sentido de controle da doença, dentre elas destacam-se o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica e notificação compulsória dos casos de tracoma verificados no município.

No período de janeiro de 1984 a dezembro de 1985 foram notificados pelo Serviço de Oftalmologia do Centro de Saúde I de Bebedouro 749 casos de tracoma residentes no município.

No presente estudo os autores analisam as informações obtidas através das 749 Fichas Epidemiológicas de tracoma referentes aos casos do período. Os dados são analisados dentro dos padrões da metodologia epidemiológica, e discutidos em relação as informações fornecidas pela literatura especializada.

Esta avaliação forneceu informações valiosas a respeito da ocorrência do tracoma em Bebedouro, além de possibilitar um diagnóstico das ações de Vigilância Epidemiológica do tracoma.

Os autores apresentando uma série de sugestões visando a ampliação dos conhecimentos em relação a epidemiologia do tracoma no Estado e a melhoria das ações de controle da doença.

SUMMARY

Trachoma was considered "erradicated" since the 70's in the state of São Paulo, Brazil.

By 1982 new cases were diagnosed in Bebedouro municipality, northwest of the state.

Some activities were adopted in order to control the disease, among those began the epidemiological surveillance and compulsory notification of trachoma cases in the town.

The Ophthalmology Service of the Health Center notified 749 cases of trachoma living in the town between January 1984 to December 1985.

In this study the data from the 749 Epidemiological forms were analysed and discussed in relation with the specialized literature.

This evaluation gave valuable information about the disease in Bebedouro and made possible the diagnosis of the activities of the Epidemiological surveillance of trachoma.

The authors show some suggestions to amplify the knowledge about the epidemiology of trachoma in the state and to straighten the activities to control the disease.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHEIRO, J. R. — Processo Migratório e disseminação de doenças. In: Textos de Apoio — Ciências Sociais I PEC/ENSP/ABRASCO, Rio de Janeiro, 1983.
- DAWSON, C.; JONES, B. R.; TARIZZO, M. L. — Guia Práctica de Lucha contra el Tracoma, O.M.S., Ginebra, 1981.
- FREITAS, C. A. — Prevalência de Tracoma no Brasil, in: Rev. Bras. Malariologia e Doenças Tropicais, 28, 1-4, Rio de Janeiro, 1976.
- FUNDAÇÃO I.B.G.E. Recenseamento 1980.
- MELLO E OLIVEIRA, S. — DO TRACOMA: Complicações, conseqüências e Tratamento. Tese apresentada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1927 (mimeo).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA, Manual da Campanha conta o Tracoma, Brasília, 1981.
- , Demonstrativo dos resultados obtidos em 1985 e projeções para 1986, Brasília, 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Proposta de um Esquema Simplificado de Gradação do Tracoma (material sujeito a revisão pela O.M.S.), 1985 (mimeo).
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE — São Paulo — Estudo Preliminar das Afecções Oculares com Características Clínicas de Tracoma Endêmico na Região de Bebedouro, São Paulo, julho 1984 (mimeo).
- , Estudo Epidemiológico do Tracoma, Ribeirão Preto, Out. 1983 (mimeo).
- , Resumo das Atividades Desenvolvidas pela Equipe Multiprofissional do Departamento Regional de Saúde 6 Durante o Surto de Tracoma de Julho de 1982 a Outubro de 1983, Ribeirão Preto, Out. 1983 (mimeo).
- , Relatório de Atividades Médicas da Inspeção de Oftalmologia do Departamento Regional de Saúde 6 Referentes ao Tracoma em Bebedouro de Julho a Dezembro de 1982, Ribeirão Preto, Dez. 1982 (mimeo).
- , Instruções Preliminares para Procedimentos Relativos a Ocorrência de Tracoma na Área do Departamento Regional de Saúde 6, Ribeirão Preto, 23.11.82 (mimeo).
- , Relatório de Supervisão Realizada no Departamento Regional de Saúde 6 Devido a Ocorrência de Tracoma, São Paulo, Nov. 1982 (mimeo).
- , Relatório do Serviço de Epidemiologia e Estatística, São Paulo, 30.06.1982 (mimeo).
- TARIZZO, M. L. — Field Methods For The Control of Trachoma, W.H.O., Geneve, 1973.
- TAYLOR, H. D. — The Ecology of Trachoma, an Epidemiological Study of Trachoma in Southern Mexico, Johns Hophkins University, Baltimore, 1984.
- TOLEDO, S. A. — O Combate ao Tracoma no Estado de São Paulo, in: Rev. Oftalm. São Paulo, ano 11, n.ºs 1, 2, 3 e 4 Jan./Dez. 1943.
- TREHARNE, J. D. — The Community Epidemiology Of Trachoma, in. Rev. Inf. Dis. Vol. 7, n.º 6, Nov./Dez. 1985.