

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E LETALIDADE POR TUBERCULOSE

JULIA RAMOS DE MELO; JOÃO PEDRO RUFINO; HELOÁ DE PAULA TELLES COURY; LUCIANA MARTINS ROSA; GABRIEL HENRIQUE CIRIACO FERREIRA

Introdução: Entre 1995 e 2015, a taxa de prevalência de tabagismo caiu para ambos os sexos e o Brasil apresentou um dos declínios mais significantes no período. Ainda no Brasil, entre 2006 a 2013, ocorreu uma redução percentual anual de 0,62% na prevalência do tabagismo, em ambos os sexos e na maioria das faixas etárias. No entanto, a taxa de prevalência de tabagismo no Brasil continua alta: 8,2% em mulheres e 12,6% em homens. O tabagismo aumenta substancialmente a mortalidade por diversas doenças inflamatórias e neoplásicas e pode associar-se a doenças transmissíveis, como a tuberculose, uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Essa pode apresentar um longo período de latência entre a infecção inicial e a apresentação clínica possui preferência pelos pulmões, mas também pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins, meningites e caracteriza-se por resposta granulomatosa associada à intenção inflamação e lesão tissular. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2016 foram estimados 10,4 milhões de novos casos de tuberculose, com 2 milhões de óbitos devido à doença. A literatura ainda não encontrou um consenso em relação à associação entre a letalidade da tuberculose e o tabagismo. Nesse contexto, é importante averiguar constantemente essa possível relação.

Objetivos: Analisar a associação entre o tabagismo e óbitos por tuberculose em pacientes no Brasil entre 2013 e 2017.

Metodologia: Trata-se de um estudo analítico do tipo prevalência a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram incluídas pessoas com diagnóstico confirmado de tuberculose no Brasil entre 2013 e 2017, e excluídos os casos de abandono do tratamento, de falência terapêutica e de resistência. A variável analisada foi tabagismo. Foram calculados o teste qui quadrado e razões de prevalência, com nível de significância de 5%, utilizando software Epi Info.

Resultados: A taxa de letalidade entre fumantes foi de 7,17%, e em não fumantes foi de 4,38%, sendo que os fumantes tiveram 68% mais chance de evolução para óbito do que os não fumantes (IC: 1,61-1,76; p valor < 0,01).

Conclusão: Existem dados da literatura demonstrando que fumantes sem antecedente de tuberculose apresentam risco de morte

pela mesma nove vezes maior que não fumantes quando adquirem a doença. O risco atribuído ao tabagismo na mortalidade por tuberculose foi de 37,7% em fumantes e 6,9% em ex-fumantes. O risco relativo é de 3,37 para fumantes e 2,02 para ex-fumantes. Foi observada queda de 65% no risco de morte por tuberculose naqueles que cessaram o uso do tabaco, em comparação com aqueles que não cessaram. Tais informações estão em consonância com os dados analisados através do SINAN no presente estudo, no qual a taxa de letalidade por tuberculose foi maior em tabagistas, com chance de óbito consideravelmente maior em pacientes com tuberculose que fazem uso do tabaco. Tal associação demonstrou que o tabagismo pode atuar como um dos fatores de risco na aquisição da infecção na evolução da doença propriamente dita e na mortalidade pela tuberculose, enfatizando o impacto que a instituição de medidas de intervenção no tabagismo pode ter sobre a saúde pública, não apenas durante o tratamento da tuberculose (devido à maior letalidade e transmissibilidade), mas como uma constante.

Referências:

- JHA, P.; PETO, R.. Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. *New England Journal Of Medicine*, v. 370, n. 1, p.60-68, 2 jan. 2014.
- RABAHI, M. F. Tuberculose e tabagismo. *Pulmão RJ*, v. 21, n. 1, p.46-49, 2012.
- WANG, M. et al. Association between tobacco smoking and drug-resistant tuberculosis. *Infection And Drug Resistance*, v. 11, p.873-887, jun. 2018.
- REITSMA, Marissa B et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, v. 389, n. 10082, p.1885-1906, maio 2017
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p.631-640, mar. 2015.
- VAN ZYLSMIT, R. N. et al. Global lung health: the colliding epidemics of tuberculosis, tobacco smoking, HIV and COPD. *European Respiratory Journal*, v. 35, n. 1, p.27-33, 31 dez. 2009.

A POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA E O SUICÍDIO: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA

LORRANE NEVES DA COSTA; PAULO LHERMUSIEAU PEDREIRA; JÚLIA LUIZA DE FARIA; LEILA SIMONE NASCIMENTO SOARES; PEDRO LHERMUSIEAU BARROS

Introdução: Os povos indígenas no Brasil vêm enfrentando um contínuo processo de transformação ao longo do tempo, o que vem refletindo nas causas de mortalidade que vem seguindo um outro padrão e estão cada vez mais relacionadas com problemas sociais de maior complexidade. Atualmente o suicídio entre a população indígena brasileira constitui um importante e crescente agravo, sendo um problema complexo e multifatorial.

Objetivos: Analisar e estudar a taxa de suicídio entre a população indígena no Brasil entre os anos de 2011 e 2016, correlacionando

com a população não indígena; além de discutir os principais fatores que contribuem para esse quadro.

Metodologia: Estudo descritivo, quantitativo e transversal abrangendo a taxa de suicídio entre a população indígena e não indígena e as faixas etárias nos anos de 2011 a 2016 - dados mais atuais disponíveis. Dados advindos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, no Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, referentes aos dados do Censo Demográfico 1991/2010.

Resultados: A taxa de mortalidade de suicídio da população indígena brasileira (54%) está acima da não indígena (46%) entre 2011 e 2016, chegando a ser, no ano de 2016, 2,93 vezes maior que a não indígena. Além disso, segue padrão crescente variando de 11 – 17/ 100.000 habitantes, com menor e maior taxa em 2012 e 2016, respectivamente. E a não indígena variando de 4,9 – 5,8/ 100.000 habitantes, com menor e maior taxa em 2012 e 2016, respectivamente. Em relação à faixa etária da população indígena, as maiores proporções de suicídio estão entre 10 a 19 anos (41,1%), seguida de 20 a 29 anos (29,9%); e a menor taxa compreende os extremos de 5 a 9 (0,9%) e maiores de 70 anos (2,8%).

Discussão: A população indígena brasileira continua em desvantagem em relação às condições de saúde das populações não indígenas. A preocupação com a saúde mental dos indígenas começou a ser uma área de atenção do Ministério da Saúde somente a partir de 2003 com intervenções realizadas de modo compartilhado com as comunidades indígenas, em especial, lideranças comunitárias e espirituais. De acordo com a classificação da Associação Brasileira de Psiquiatria, esta é, por definição, um grupo de risco para a ocorrência de suicídio; fato relacionado ao processo histórico. Além disso, há aumento da incidência das “doenças sociais” - entre elas, o alcoolismo e doenças psiquiátricas – fatores de risco importantes para aumento deste desfecho. A faixa etária adulto-jovem é a mais acometida, podendo ser compreendida devido ao desafio da adaptação à maturidade transpassada pela marginalização socioeconômica e cultural de seu povo, fragilizando sua saúde no âmbito biopsicossocial. O que condiz com estudos que indicam a vulnerabilidade deste grupo em todo o mundo, bem como a existência de taxas mais altas de consumo de substâncias psicoativas entre os jovens indígenas que entre os não indígenas.

Conclusão: A taxa de mortalidade alta, mantida no decorrer dos anos, por suicídio na população indígena revela a deficiência do sistema de saúde perante essa população. É necessária uma intervenção primária efetiva de prevenção tanto do suicídio como dos fatores de risco nessa população.

Referências:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Secretaria de Vigilância em Saúde, vol 48, nº30, 2017.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento - Série Vias dos Saberes nº5. Brasília, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. Conselho Federal de Medicina, Brasília-DF, 2014.

DIFERENCIAIS DE COR DA PELE EM ÓBITOS POR SUICÍDIO NO ESTADO DE GOIÁS

JOÃO PEDRO RUFINO; MARIANA DA CRUZ ANDRADE; LUCIANA MARTINS ROSA

INTRODUÇÃO: O suicídio representa a terceira causa de morte por violência no Brasil. Dentre as variáveis que influenciam em sua epidemiologia estão sexo, idade e etnia¹, sendo altamente prevalente em grupos marginalizados e discriminados socialmente². A identificação da prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio é proposta da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio³.

OBJETIVOS: Analisar a tendência de óbitos por suicídio, por cor da pele e sexo, entre 2001 e 2015; estimar a variação percentual das taxas de mortalidade por suicídio por cor da pele e faixa etária, considerando os anos de 2000 e 2010.

METODOLOGIA: Estudo retrospectivo e descritivo sobre a mortalidade por suicídio em Goiás, entre 2001 e 2015, por cor da pele. Dados foram do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Incluiu-se todos com mais de 10 anos que morreram por lesões auto provocadas. Excluiu-se os amarelos e indígenas. Analisou-se as variáveis cor da pele - brancos, pretos, pardos e negros (pretos e pardos) -, sexo e faixa etária. Considerou-se a Taxa de Mortalidade Bruto (TMB) para a análise de tendência temporal e, para a variação percentual, calculou-se a taxa de mortalidade ajustada por idade, considerando a população de Goiás de 2010 como padrão. Realizou-se a análise de tendência por regressão linear simples – as TMBs foram tidas como a variável dependente (y) e os anos como a independente (x). Considerou-se o coeficiente de determinação (R²) e adotou-se tendência linear estatisticamente significativa quando p<0,05. Utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para organização dos dados e estatísticas.

RESULTADOS: Entre 2001 e 2015, 5362 indivíduos morreram por suicídio em Goiás. Destes, 38% eram brancos e 56% eram negros. A regressão mostrou TMB crescente em negros (R²= 0,59; p=0,001), no sexo masculino (R²= 0,585; p= 0,001) e no feminino (R²= 0,375; p=0,02). Pardos apresentaram TMB crescente (R²= 0,723; p=0,0001), em ambos os sexos (masculino:R²=0,672, p=0,0001; feminino:R²=0,584, p=0,001). Pretos apresentaram TMB geral decrescente (R²= 0,475; p= 0,006) e também no sexo feminino (R²= 0,47; p= 0,007). A TMB em brancos não apresentou tendência de crescimento significativa (p=0,369). Quanto à variação percentual de 2000 e 2010, TMA total reduziu 26% (de 8,99 óbitos/105 habitantes

em 2000 para 6,15 em 2010). A TMA de brancos reduziu 33% (de 7,18 ób./105 hab. para 4,8). A TMA de negros aumentou 10% (de 6,24 ób./105 hab. para 6,89), ultrapassando, entre 2000 e 2010, a TMA de brancos. Em relação à faixa etária, na população geral e em brancos a TMB reduziu em praticamente todas as faixas etárias (exceto em brancos com mais de 70 anos). Em negros, a TMB reduziu somente em indivíduos entre 15-19 e 50-59 anos – nas demais faixas etárias, a TMB aumentou.

CONCLUSÃO: O presente estudo ratifica que o suicídio em Goiás ocorre com maior significância na etnia negra em comparação com a branca e tem aumentado de forma significativa, deixando evidente a necessidade de mais estudos a respeito. Não existem estudos específicos na literatura sobre suicídio na população negra. Estudos mostram que a marginalização, a vulnerabilidade socioeconômica, e falta do sentimento de pertencimento estão intimamente relacionados com o suicídio no país. O Brasil carece de programas governamentais que trabalhem na prevenção do suicídio, além de mais estudos sobre a temática.

Referências:

- MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 142-156, May 2017.
- World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
- BAHIA, Camila Alves et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, Set. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. Brasília (DF).
- MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, v. 48, n. 30, 2017.

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA COINFEÇÃO POR TUBERCULOSE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DE GOIÁS

BRUNA SOUSA RODRIGUES; ALEXIA LARISSA DE SOUZA;
ANDRÉ DE CASTRO ROCHA; GREGORI MARTINS DOMINGOS;
YASMIN ALVES PARREIRA

Introdução: Em 2013, a incidência de tuberculose (TB) foi de 9 milhões de casos, dos quais 13% em pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). Segundo a Organização Mundial de Saúde, a TB é a infecção mais frequente entre as PVHA. O HIV aumenta o risco

de infecção e de adoecimento pelo *M. tuberculosis* e a TB retarda a recuperação imunológica e aumenta o risco de progressão para Aids (TORNHEIM e DOOLEY, 2017). A terapia antirretroviral potente (TARV), preconizada desde 1996 reduziu de forma significativa a morbimortalidade por doenças oportunistas nas PVHA (BRASIL, 2014). Um estudo de revisão da literatura estimou que a TARV reduz o risco de adoecimento por TB em cerca de 60% e reduz a mortalidade em até 95% dos casos (LAWN, 2012). Em 2016, no Brasil, o coeficiente de incidência de TB foi 32,4 casos/100 mil habitantes e a prevalência de HIV entre os casos de TB, entre 8 a 19%.

Objetivos: Avaliar a frequência de TB em coorte PVHA e fatores associados a essa infecção.

Metodologia: Trata-se de uma coorte retrospectiva, composta por PVHA, em Goiânia-GO. Foram incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos, que iniciaram TARV entre 2009 e 2012. Os pacientes foram acompanhados até 2015 ou até a data da última consulta ou do óbito. As fontes de dados foram: prontuários clínicos; fichas de dispensação de antirretrovirais e registros laboratoriais de resultados da contagem de linfócitos TCD4 (CD4) e da quantificação da carga viral plasmática do HIV. Realizada análise descritiva e exploratória dos dados e, depois, análise de fatores associados com risco de TB. Utilizou-se o pacote estatístico SPSS 20. O nível de significância foi de $p < 5\%$.

Resultados: Foram incluídos 1.371 pacientes, com idade variando de 20 a 81 anos (média de 41,0 anos e desvio padrão de 11,1), dos quais 65,4% homens. Nos serviços avaliados, 56,8% dos pacientes iniciaram TARV após 12 semanas do diagnóstico de HIV e a maioria iniciou em fase tardia da doença. Antecedentes de alcoolismo e de uso de cocaína/crack foram registrados em 4,3% e 2,9% dos casos, respectivamente. Foram identificados 100 casos de TB, resultando uma prevalência de 7,3% (IC95% 6,0 a 8,8%) e uma incidência de 2,6%, (IC95% 1,8 a 3,6%). A forma mais encontrada foi a pulmonar. Pacientes com menor escolaridade, contagem de células CD4 < 200 células/mm³ ou carga viral ≥ 100.000 cópias pré-TARV tiveram maior risco para TB pulmonar ($p < 0,05$).

Conclusão: A imunossupressão causada pelo HIV favorece o surgimento das chamadas doenças oportunistas como a tuberculose. O emprego do tratamento com TARV tem papel importante na prevenção do desenvolvimento de tuberculose em pacientes com HIV. Conclui-se, neste estudo, que PVHA atendidas na rede pública em Goiás ainda iniciam TARV tardiamente e têm risco aumentado de TB, reforçando a necessidade de ações direcionadas ao diagnóstico e tratamento precoces da infecção pelo HIV e pelo *M. tuberculosis*.

Referências:

- BRASIL. Boletim epidemiológico HIV AIDS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais ano V nº 1 p. 22, 2016.
- DOLIN, P. J.; RAVIGLIONE, M. C.; KOCHI, A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bulletin of the World Health*

- Organization v. 72, n. 2, p. 213–220, 1994.0042-9686 (Print)0042-9686 (Linking).
- FENNER, Lukas et al. HIV viral load as an independent risk factor for tuberculosis in South Africa: collaborative analysis of cohort studies. *Journal of the International AIDS Society* v. 20, n. 1, p. 1–7, 2017. Disponível em: . Acesso em 20 de julho 2017.
 - JAMAL, Leda Fátima; MOHERDAUI, Fábio. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. *Revista de Saúde Pública* v. 41, p. 104–110, 2007.6724016401.
 - LAWN, Stephen et al. Antiretroviral therapy and the control of HIV-associated tuberculosis. *Will ART do it? NIH Public Access*. v. 76, n. October 2009, p. 211–220, 2012.1110301197.
 - TORNHEIM J, DOOLEY K. 2017. Tuberculosis Associated with HIV Infection. *Microbiol Spectrum* 5(1):TNM17-0028-2016. doi:10.1128/microbiolspec.TNM17-0028-2016.

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS ATÉ 1 ANO DE IDADE DURANTE OS ANOS DE 2014 A 2017 NO ESTADO DE GOIÁS

GUILHERME ROBERTO NAVES MIRANDA; ISADORA CAROLINA CALAÇA DE LIMA

INTRODUÇÃO: A vacinação constitui uma estratégia de prevenção de doenças. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) desenvolve estratégias de cobertura objetivando vacinar 100% das crianças menores de um ano com todas as vacinas elencadas no calendário básico. A partir daí infere-se que a cobertura vacinal é definida como o percentual de uma população-alvo que foi vacinada.

Segundo o calendário nacional de vacinação do Ministério da Saúde, ao nascer, o recém-nascido deve receber uma dose única da vacina BCG e 1ª dose da hepatite B. As vacinas recomendadas no esquema 2-4-6 meses são: Penta/DTP, VIP. Já no esquema 2-4 meses, são recomendadas as vacinas Pneumocócica 10V e Rotavírus Humano, sendo que a primeira necessita de uma dose de reforço aos 12 meses. No esquema 3-5 meses, está indicada a Meningocócica C, com reforço aos 12 meses. Aos 9 meses, uma dose única de vacina contra a Febre Amarela, e aos 12 meses, primeira dose da Tríplice Viral.

OBJETIVO: Avaliar a cobertura vacinal no estado de Goiás durante o período de 2014 a 2017 com intuito de estabelecer dados epidemiológicos que possibilitem a organização de ações preventivas e curativas.

METODOLOGIA: Estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, no qual os dados foram obtidos por meio do DATASUS-Departamento de Informática do SUS, através do portal informações em saúde (TABNET), subcategoria assistência à saúde. Variáveis analisadas: imunizações no estado de Goiás entre 2014 e 2017.

RESULTADOS: Constatou-se que a vacina BCG teve uma cobertura de 115,49% em 2014, decaindo para 90,67 em 2017. A vacina contra Hepatite B teve uma cobertura de 78,40%, decrescendo progressivamente e atingindo 73% em 2017. A Penta teve 93,88%

em 2014 e decaiu para 76,96% em 2017, e a Poliomielite caiu de 97,65% para 80,03%. Já a DTP decaiu de 94,59% em 2014 para 76,99% em 2017. A Pneumocócica teve uma queda de 93,13% em 2014 para 86,80% em 2017, e a Rotavírus Humano decaiu de 96,28% para 84,26% no período abordado. A vacina Meningocócica C também teve queda, passando de 97,74% em 2014 para 83,82% em 2017. Por sua vez, a vacina contra a Febre Amarela decresceu de 91,71% para 75,64% nesse período. Por último, a vacina Tríplice Viral teve um decréscimo, passando de 122,14% para 84,76% durante o período em questão.

CONCLUSÕES: Conclui-se então que a cobertura de imunizações durante o primeiro ano de vida vem decrescendo progressivamente. Esse fato serve de alerta para os programas de saúde, visto que a imunização é uma das formas mais eficientes de prevenção de doenças e agravos, além de promoção da saúde. Com a correta vacinação na infância, evita-se muitas doenças no futuro, reduzindo os altos custos do setor terciário da saúde, além de promover uma maior qualidade de vida para todos, possibilitando que as crianças cresçam com saúde e possam se tornar adultos mais resistentes e cada vez mais distante das doenças graves.

Referências:

- MS, Ministério da Saúde. Calendário Vacinal 2018. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao>>. Acesso em: 24 jul. 2018.
- OLIVEIRA, M.F.S. et al. Fatores associados à cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. *Rev Saúde Pública, Ribeirão Preto*, v. 48, n. 6, p. 906-915, 2014.
- CARVALHO, A.P.; FARIA, S.M. Vacinação da criança e adolescente. *Residência Pediátrica, Rio de Janeiro*, v. 4, Sup. 1, S10-S22, 2014.

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE NO BRASIL E GOIÁS NOS ANOS DE 2011 A 2018

MARINA BORGES DE PAULA; MARILIA DINIZ INOCENCIO; HAWAKHALED ABOU CHAKRA; LUCAS VELOSO PERIM

Introdução: Desde o início do século XX, as vacinas, junto com ações de vigilância, são responsáveis pela eliminação e controle de doenças imunopreveníveis, a exemplo, a poliomielite, erradicada desde 1989 no Brasil. De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o risco de reintrodução do vírus existe para todos os municípios que estão com cobertura vacinal abaixo de 95% e em 2018, 312 municípios se encontram em alerta para reintrodução da pólio, uma vez que a cobertura vacinal encontra-se abaixo de 50%. A vacinação é o único caminho para erradicar a doença e sua adesão é imprescindível. Contudo, o sucesso da cobertura vacinal pode ter desmobilizado pais a procurar manter cartão vacinal em dia, que somado aos grupos antivacinas, falta de informação e medo dos eventos adversos são alguns fatores culminantes na baixa adesão e baixa cobertura vacinal.

Objetivos: Analisar a cobertura vacinal para poliomielite entre os anos de 2011 e 2018 com o atual estado de alerta para reintrodução do vírus no país.

Metodologia: Estudo descritivo-quantitativo com dados obtidos no Sistema de Informações – PNI, publicações e artigos da base de dados Scielo.

Resultados: Cerca de 310 cidades em 2018 encontram-se em alerta pela OMS, sendo que nesses municípios a cobertura vacinal está abaixo de 50%. Aproximadamente 300 mil crianças tomam a primeira dose da vacina, mas não chegam à terceira dose. Em Goiás, no período analisado, houve uma queda de 56,13% da vacinação. Em 2011, 107,11% da população infantil tinha total cobertura vacinal, já em 2018 apenas 50,98% das crianças. No Brasil as proporções também são alarmantes. Em 2011, a taxa da população infantil com cobertura da vacina era de 101,33% e, em 2018, de 53,08%. O declínio da taxa vacinal chega a 48,24%. Além da baixa imunização, em abril de 2018 uma criança foi diagnosticada com Poliomielite na Venezuela, país com fronteiras brasileiras, o que evidencia o risco imediato da reintrodução da doença erradicada em 1989 no país.

Discussão: Com o advento da vacinação, a poliomielite foi eliminada no Brasil. A única forma de prevenir a recirculação do poliovírus é pelo esquema vacinal, que varia entre vacina oral de vírus atenuado e injetável de vírus inativo. Diante dos dados analisados é veemente a diminuição de quase metade das crianças, antes vacinadas, e do que é preconizada pela PNI em Goiás e no Brasil. O sucesso da cobertura vacinal no passado pode ter desmobilizado os pais a manter o cartão vacinal dos filhos em dia somado à falta de informação sobre necessidade de vacinar e medo relacionado com eventos adversos, constituindo possíveis causas do declínio da imunização. Diante disso, faz-se necessário aliar conscientização da população, com divulgação de campanhas e estratégias políticas/sanitárias como notificação para pais de quando vacinar, além de formação de equipes qualificadas em vacinação em domicílio nas microáreas predeterminadas, evitando novos surtos no país.

Conclusão: Poliomielite, doença imunoprevenível, encontra-se em alerta para sua reintrodução, que se dá pela redução brusca da cobertura vacinal no país. Para diminuir o risco de reintrodução, é necessário aumentar cobertura vacinal para valores acima de 95%, por meio de campanhas e estratégias políticas/sanitárias como notificação para pais de quando vacinar e formação de equipes qualificadas em vacinação em domicílio, melhoria na educação e esclarecer argumentos de grupos antivacinas.

Referências:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação das coberturas vacinais calendário nacional de vacinação. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/29/3.a-avaliacao-coberturas-vaciniais-2018.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2018

BARRO, Pedro; RIBEIRO, Patrícia; GASPARGAR, Margarida. A poliomielite. Universidade de Évora, Jan. 2004. Disponível em: <<http://home.uevora>

pt/~sinogas/trabalhos/2003/polio.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Vacinas poliomielite. Disponível em: <<https://familia.sbim.org.br/vacinas/vacinas-disponiveis/82-vacinas-poliomielite>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA SBP 2017. Departamentos de imunizações e infectologia • sociedade brasileira de pediatria, n. 4, jun./dez. 2017. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/imunizacao_-_calendario_vacinacao_-_atual_12dez17.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2018

BRICKS, Lucia Ferro. Vacina contra poliomielite: um novo paradigma. Rev paul pediatria, São paulo, v. 25, n. 2, p. 172-9, fev./abr. 2007.

MELLO, M. L. R. et al. Participação em dias nacionais de vacinação contra poliomielite: resultados de inquérito de cobertura vacinal em crianças nas 27 capitais brasileiras. Rev bras epidemiol, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 278-88, 2010.

QUEIROZ, L. L. C. et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do nordeste brasileiro. Cad. saúde pública, Rio de janeiro, v. 29, n. 2, p. 294-302, fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Alerta: 312 cidades têm baixa cobertura vacinal da pólio. Disponível em: <<http://portal.ms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43797-ministerio-da-saude-alerta-para-baixas-coberturas-vaciniais-para-polio>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

ESTADAO - SAÚDE. Em meio à pior cobertura vacinal dos últimos 10 anos, ministério lança campanha. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,em-meio-a-pior-cobertura-vacinal-dos-ultimos-10-anos-ministerio-lanca-campanha,70001992843>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE COORDENAÇÃO-GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES - CGPNI. Nota informativa nº 125/2018-cgpn/ devit/svs/ms. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/files/sei-ms-nota-informativa-12062018-poliomielite.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

GOVERNO DO BRASIL. Baixa cobertura vacinal da pólio afeta 312 cidades. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2018/07/baixa-cobertura-vacinal-da-polio-afeta-312-cidades>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLOGICOS BIO-MAN-GUINHOS. Poliomielite: sintomas, transmissão e prevenção. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/poliomielite-sintomas-transmissao-e-prevencao>>. Acesso em: 04 ago. 2018.