


Atuação de equipes da Estratégia Saúde da Família frente à epidemia de sarampo em Fortaleza, Ceará, Brasil

doi:10.5123/S1679-49742020000300001

Family Health Strategy team action against the measles epidemic in Fortaleza, Ceará, Brazil

Actuación de equipos de la Estrategia Salud de la Familia, frente a la epidemia de sarampión en Fortaleza, Ceará, Brasil

Shirley Cristiane Ramalho Bueno de Faria¹ –  orcid.org/0000-0002-5491-5922

Ana Débora Assis Moura¹ –  orcid.org/0000-0003-1002-2871

¹Prefeitura Municipal de Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde, Fortaleza, CE, Brasil

Resumo

Objetivo: relatar a atuação da Estratégia Saúde da Família de uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento da epidemia de sarampo em Fortaleza, CE, Brasil. **Métodos:** as ações foram realizadas no período de setembro de 2013 a dezembro de 2015; foram registrados 19 casos suspeitos de sarampo, dos quais três se confirmaram, dois em crianças menores de 1 ano e um em adulto de 27 anos. **Resultados:** foram vacinadas 16.726 pessoas na faixa etária de 5 a 29 anos; a cobertura vacinal na população-alvo total foi de 82,6%; alcançou-se 101% nas crianças de 5 a 11 anos de idade e 76,8% naquelas de 12 a 29 anos. **Conclusão:** as estratégias adotadas contribuíram para o alcance da meta de cobertura vacinal na população-alvo, fazendo com que a população adscrita à área de abrangência da unidade de APS ficasse situada na categoria de baixo risco para transmissão do sarampo.

Palavras-chave: Sarampo; Epidemia; Vigilância; Imunização; Estratégia Saúde da Família.

Endereço para correspondência:

Shirley Cristiane Ramalho Bueno de Faria – Rua Fernando Farias de Melo, nº 1021, Vila Manoel Sátiro, Fortaleza, CE, Brasil.
CEP: 60713-480
E-mail: scrbf@hotmail.com

Introdução

Desde 1968 o sarampo é uma doença de notificação compulsória no Brasil. Em 1986, houve o maior número de casos da doença notificados ($n=129.942$), representando uma taxa de incidência de 97,7 por 100 mil habitantes. Até o ano de 1991, o país enfrentou nove epidemias, sendo aproximadamente uma a cada dois anos. Entre os meses de março de 2013 e março de 2014, foram confirmados no estado de Pernambuco 224 casos da doença. No estado do Ceará, de dezembro de 2013 a maio de 2014, foram confirmados 174 casos de sarampo. Em 2014, ocorreram 114.900 óbitos por complicações de sarampo no mundo todo, cerca de 314 óbitos/dia ou 13 óbitos/hora.¹

Eliminado das Américas em 2016, o sarampo mantém-se como um problema de Saúde Pública, principalmente na Europa e na Ásia, onde sua ocorrência é endêmica, causa de frequentes surtos. Este cenário epidemiológico impõe a necessidade de manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais, constante vigilância epidemiológica, mesmo em países onde não há mais circulação do vírus.²

O ressurgimento do sarampo foi um grande revés para a Saúde Pública, mostrando que a doença continua a representar uma ameaça real, e demanda vigilância contínua e novas formas de enfrentamento.

Cabe salientar que, em 2012, o Brasil vivia a menor cobertura vacinal dos últimos dez anos, de 84,9%, inferior à meta estabelecida pela autoridade sanitária, tornando o país suscetível à transmissão do vírus.³ O fluxo intenso de pessoas circulando pelo território brasileiro pode ter contribuído para o ressurgimento da doença, que não era registrada desde 1998 no Ceará.⁴

O primeiro novo caso de sarampo notificado no estado aconteceu no município de Fortaleza, em dezembro de 2013. No mesmo período, dos 184 municípios cearenses, 38 registraram pelos menos um caso confirmado. Entretanto, três se sobressaem pelo número de casos: Fortaleza (395), Massapê (129) e Caucaia (91). Destaca-se, ainda, a incidência da infecção em crianças menores de 1 ano de idade (40% dos casos), a maior parte delas concentrada em bairros da Coordenadoria

Regional de Saúde V (CORES V) de Fortaleza, palco do presente estudo.⁵

O sistema de vigilância epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará notificou, de dezembro de 2013 a setembro de 2015, 4.631 casos suspeitos de sarampo, dos quais 23% (1.052) se confirmaram e 77% (3.559) foram descartados. No período de março a novembro de 2014, foi registrada a maior incidência, com 8,6 casos/100 mil hab. O vírus do sarampo foi identificado em 38 (20,7%) dos 184 municípios do estado, e a transmissão permaneceu por 20 meses.¹

O ressurgimento do sarampo foi um grande revés para a Saúde Pública, mostrando que a doença continua a representar uma ameaça real, e demanda vigilância contínua e novas formas de enfrentamento para que não volte a ser, como na década de 1970, principal causa de morte entre doenças imunopreveníveis da infância.⁶

Cabe salientar a importância da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada no sistema de saúde, na prevenção das doenças imunopreveníveis e promoção da educação em saúde e vigilância das doenças em sua área de abrangência. A equipe de Saúde da Família deve estar apta a identificar o agravo, notificá-lo às instâncias superiores e oferecer o tratamento adequado, quando possível.

Este artigo relata a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de enfrentar a epidemia de sarampo no município de Fortaleza, Ceará, de dezembro de 2013 a setembro de 2015.

Contexto

A cidade de Fortaleza é dividida em sete Secretarias Regionais – I, II, III, IV, V, VI e Centro –, constituídas por espaços geográficos contínuos, delimitados por bairros e características vinculadas ao território que cada uma delas ocupa, estando a Saúde do município organizada por coordenadorias administrativas responsáveis pelo planejamento, organização e execução de ações de promoção da saúde de sua população.

A unidade de APS José Paracampos se encontra no âmbito da Coordenadoria Regional V (CORES V), uma das maiores do município, menor em extensão apenas do que a CORES VI. Entretanto, a CORES V é a maior em adensamento populacional, com 83,5 hab./ha,¹ e apresenta um dos mais baixos índices de desenvolvimento humano (IDH) da cidade: 0,44. A CORES V possui 18

bairros oficiais e um dado importante para a temática do sarampo: é uma regional das mais jovens populações, 44% de seus residentes têm menos de 20 anos.⁷

A unidade de APS em questão contava com cinco equipes de Saúde da Família, quatro delas completas – com médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem e de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS) (39) – e uma incompleta. O território possuía uma população de 31.417 habitantes, distribuídos em 39 microáreas, das quais oito desassistidas por ACS.

Fontes de dados

O estudo utilizou os seguintes instrumentos: cronograma semanal de ações contra o sarampo, por equipe; notificação negativa semanal; monitoramento diário do número de vacinados; notificação compulsória dos casos suspeitos; e realização de monitoramento rápido de cobertura vacinal (MRC). A unidade de saúde optou por ampliar, mediante quadro localizado na sala de situação, o acompanhamento diário da meta de vacinação por equipe. Assim, todas as equipes poderiam acompanhar seu desempenho frente à meta estabelecida.

O MRC correspondia à coleta amostral em crianças de 6 meses a 5 anos de idade, solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde e realizada por equipe externa, nas áreas onde haviam ocorrido as varreduras, com o objetivo de verificar a homogeneidade das coberturas e realizar possíveis resgates de crianças não vacinadas.

Os dados levantados, registrados diariamente na sala de situação da unidade de saúde, foram analisados por meio da estatística descritiva.

Estratégias adotadas

A estratégia central, instituída pela Secretaria da Saúde do Estado e pela Secretaria Municipal, consistia na intensificação vacinal com a vacina dupla viral (sarampo/rubéola) na população de 5 a 29 anos de idade. Nesse processo, estiveram envolvidos, direta ou indiretamente, cerca de 70 profissionais, entre ACS, enfermeiras, técnicos de enfermagem e outros. Destaca-se que então se contava, para além das equipes existentes, com enfermeiras volantes, cujo papel era o de auxílio nas varreduras, bloqueios e sistematização da vacinação extramuros, ou seja, fora das dependências da unidade de saúde.

Foram realizados, por equipe, cronogramas semanais de ações contra o sarampo, tais como: vacinação

diária; notificação negativa semanal; monitoramento diário do número de vacinados; notificação compulsória dos casos suspeitos; e realização de monitoramento rápido de cobertura vacinal (MRC).

As ações se iniciaram com a capacitação e atualização sobre a doença e o calendário nacional básico de vacinação. Após esse primeiro momento, as enfermeiras foram incluídas na coordenação e supervisão dos técnicos de enfermagem e ACS nas seguintes ações:

- a) varredura casa a casa em 100% das microáreas (inclusive as descobertas);
- b) vacinação seletiva de todas as pessoas na faixa etária de 5 a 29 anos;
- c) incentivo ao aleitamento materno dos menores de 6 meses;
- d) dose extra nas crianças de 6 a 11 meses de idade (dose única – recomendação do Ministério da Saúde, em sua Nota Informativa nº 19/2014);
- e) reconhecimento e suspeição de casos, com encaminhamento à unidade de saúde e notificação imediata;
- f) bloqueio oportuno, em até 72 horas, a partir do caso-índice suspeito, em todo o seu entorno e percurso;
- g) coleta precoce de material para sorologia, até quatro dias do 1º dia do exantema, com 2ª coleta após 20-25 dias;
- h) monitoramento dos casos confirmados, até sua cura; e
- i) verificação do estado vacinal das demais faixas etárias existentes no território.

Destaca-se o importante trabalho do ACS: (i) o levantamento nominal de todas as crianças menores de 5 anos, em planilha específica para registro do endereço e da situação vacinal de cada uma; (ii) o acompanhamento de todas as visitas domiciliares de varreduras; participação nos mutirões em equipamentos sociais e/ou comerciais; e (iii) as visitas programadas aos casos de recusa.

Com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a unidade de APS tinha como meta alcançar as 20.249 mil pessoas vacinadas no prazo aproximado de 22 dias (1.000 doses/dia). No planejamento local, decidiu-se trabalhar nos sete dias da semana, inclusive feriados e período noturno, com o objetivo de alcançar a população jovem que se deslocava para o trabalho durante o dia, como também atingir locais cujo principal horário/período de encontro era o noturno ou os finais de semana.

Decorrente da meta diária de pessoas a serem vacinadas, de 1.000/dia, contava-se com a participação maciça dos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos), os vacinadores propriamente ditos. O apoio oferecido pelos ACS era imprescindível, haja vista serem eles os que levavam as equipes de vacinação aos locais de mais difícil acesso.

Para atingir a população jovem, entre 12 e 29 anos, em que a cobertura vacinal foi mais baixa, as equipes realizaram a vacinação nos mais diversos locais, escolas e universidades, empresas e fábricas, supermercados e mercadinhos, associações de moradores etc., procurando-os em seus locais de estudo e trabalho. Estes foram os principais desafios à consecução das ações de vacinação.

Contou-se, ademais, com a disponibilidade e parceria dos espaços sociais para a realização da vacinação. A comunidade se tornou corresponsável, juntamente com as equipes de saúde, na facilitação de todo o processo de trabalho para o enfrentamento da epidemia.

Outro importante destaque a se fazer é a articulação entre a vigilância epidemiológica e as equipes de Saúde da Família, medida fundamental para a tomada de decisões em tempo hábil.⁸

Resultados

O número de pessoas vacinadas por dia, por equipe, oscilou de 36 a 547, e estava diretamente relacionado à quantidade de equipes de trabalho, resultado possível de visualizar na tabela de monitoramento de cobertura vacinal utilizada durante a epidemia, cujo objetivo era acompanhar a intensificação da vacina dupla viral,

contemplando, ademais, a população pendente de vacinação, meta diária acumulada e rendimento por equipe/hora. Na mesma tabela, era registrado o número de doses de vacinas aplicadas por dia, na faixa etária de 5 a 29 anos, e o número de equipes que realizavam a vacinação; as demais filas atualizavam-se automaticamente (Tabela 1).

Ao final da campanha, havia-se vacinado um total de 16.726 pessoas na faixa etária de 5-29 anos, e alcançado meta de cobertura vacinal de 82,6% estipulada para a unidade de saúde. Dos vacinados, 4.980 foram crianças entre 5 e 11 anos de idade, com cobertura de 101%; e 11.770, jovens de 12 a 29 anos, alcançando 76,8% de cobertura nesta faixa etária (Tabela 1). O resultado da vacinação manteve a área de abrangência da unidade de APS categorizada como zona de baixo risco.

Das 20 unidades de APS existentes na CORES V, cinco contavam com população similar à da unidade em estudo, estimada entre 17.500 e 21.500 hab., média de 19.607 hab.; a unidade estudada obteve o segundo melhor êxito em cobertura vacinal.

Importante ressaltar que, no MRC de 2015/2, alcançou-se a cobertura vacinal com a vacina tríplice viral de 95% em crianças que haviam recebido a 1ª dose de vacina em dia (D1), e de 100% em crianças com as duas doses aplicadas (D2).

Frisa-se que a unidade de saúde registrou em sua área de abrangência, em 2014 e 2015, 19 casos suspeitos de sarampo, dos quais três se confirmaram: dois em crianças menores de 1 ano e um em jovem de 27 anos. Seus dados eram monitorados pela Vigilância Epidemiológica da CORES V e atualizados diariamente, para as unidades de saúde, com especial atenção às suspeições

Tabela 1 – Meta, doses diárias e acumuladas de vacinação com vacina dupla viral (sarampo e rubéola) na unidade de Atenção Primária à Saúde José Paracampos, por faixa etária, Fortaleza, Ceará, dezembro de 2013 a setembro de 2015

Variáveis	Faixa etária (em anos)		Total
	5 a 11	12 a 29	
Meta (número de doses)	4.931	15.318	20.249
Doses diárias máximas aplicadas (N)	574	976	1.550
Doses acumuladas (N)	4.980	11.770	16.726
Cobertura vacinal (%)	101	76,8	82,6
População pendente de vacina (N)	–	–	3.523
Equipes (M)	–	–	5
Número de doses administradas por equipe, por dia (N)	–	–	133
Número de doses administradas (N)	–	–	17

de casos novos, para que as ações do dia seguinte fossem redirecionadas com o objetivo de quebrar, de maneira oportuna, a cadeia de transmissão da doença.

Discussão

As estratégias adotadas contribuíram para o alcance da meta de cobertura vacinal na população-alvo, fazendo com que a população adscrita à área de abrangência da unidade de APS se situasse na categoria de baixo risco para transmissão do sarampo.

A escassez de literatura sobre a atuação das equipes da ESF em situações de crise foi um fator dificultador para a superação dos desafios impostos. Junto às coordenações municipal e estadual, as equipes tiveram de criar estratégias próprias para que pudessem enfrentar a epidemia.

Diferentemente do ocorrido no estado do Ceará, em investigação realizada no estado do Pará sobre o surto de sarampo, verificou-se que as elevadas taxas de coberturas vacinais alcançadas na vacinação de rotina ou em campanhas anteriores contribuíram para a contenção do surto na região, visto que foram aplicadas poucas doses no período, e que os bloqueios e intensificações foram direcionadas.⁹

Após 20 semanas de epidemia, em setembro de 2015, o Ceará decretou a interrupção da transmissão do vírus do sarampo. Importante salientar que, em todo o estado, grande parte da população de 6 meses de vida a 29 anos de idade não havia realizado a vacinação contra sarampo, visto em mais de 90% dos casos confirmados e 40% dos suspeitos, indicando que a cobertura vacinal acima de 95% era apenas administrativa, e não efetiva.¹

A reemergência da epidemia aponta a permanência dos desafios de promover (i) uma vigilância epidemiológica receptiva e adequada para detecção da suspeição de casos, (ii) a busca ativa, de casos suspeitos e/ou confirmados em unidades silenciosas, pelas equipes de saúde, e (iii) a sensibilização de profissionais de saúde

da rede pública e privada quanto à obrigatoriedade da notificação compulsória.⁹

Nos últimos anos, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem apresentado muitos avanços, sendo um destes o Sistema de Informações do PNI (SI-PNI). O SI-PNI possibilita registrar a vacina administrada de cada indivíduo, e sua procedência, permitindo uma avaliação mais fidedigna dessas informações, além de servir a estimativas da cobertura vacinal, cujo impacto pode ir além do âmbito administrativo.¹

Espera-se que as campanhas periódicas de vacinação, juntamente com a vacinação de rotina, continuem a assegurar a imunidade da população, minimizando os riscos da ocorrência de novas epidemias. Seu sucesso dependerá do empenho de todos, não só do setor Saúde, mas também da sociedade em geral, cujo apoio tem-se mostrado imprescindível para a eliminação do sarampo no Brasil e na Região das Américas.⁹

Diante do exposto, destaca-se o envolvimento – competente e responsável – dos trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família, imprescindível para o desenvolvimento, organização e implementação de um planejamento fundado na definição de objetivos e estratégias de ação, tão complexas quanto céleres na prevenção e controle de epidemias, a exemplo do sarampo. A corresponsabilização e o acolhimento da comunidade, acompanhados do apoio e do compromisso institucional com sua operacionalização, são essenciais para o sucesso dessas ações.

Contribuição das autoras

Faria SCR contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e redação da primeira versão do manuscrito. Moura ADA contribuiu na análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. Ambas as autoras aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Moura ADA, Carneiro AKB, Braga AVL, Bastos ECSA, Canto SVE, Figueiredo TWS, et al. Estratégias e resultados da vacinação no enfrentamento da epidemia de sarampo no estado do Ceará, 2013-2015. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2018 [citado 2020 abr 6];27(1):e201634310. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100010>
2. Ballalai I, Michelin L, Kfour R. Nota técnica, de 16 de julho de 2018. Sarampo: diagnóstico, notificação e prevenção [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Imunizações; 2018 [citado 2019 maio 30]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/nota-tecnica-conjunta-sarampo-sbimsbisbp20180716.pdf>

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Plano de erradicação da poliomielite: estratégia no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2015 jan 25]. 71 p. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/07/Plano-p-lio--Brasil--07-04-2016.pdf>
4. Rosa FM, Melo FC, Pacheco FC, Siqueira GAM, Elídio GA, Grandio IM, et al. Sarampo. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 abr 6]. p. 119-34. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_1.pdf
5. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Descrição do surto de sarampo no Ceará, 2013 a 2015 [Internet]. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado; 2015 [citado 2015 jan 25]. 6 p. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/nota_encerramento_surto_do_sarampo_24_09_2015.pdf
6. Mello JN, Haddad DAR, Câmara GNPA, Carvalho MS, Abrahão NM, Procaci VR. Panorama atual do sarampo no mundo: risco de surtos nos grandes eventos do Brasil. JBM [Internet]. 2014 jan-fev [citado 2020 abr 6];102(1):33-40. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n1/a4023.pdf>
7. Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará-LabVida-UECE. Laboratório de Estudos da Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará-COVIO-UECE. Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará. Mapa da criminalidade e da violência em Fortaleza, perfil da SER V [Internet]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2011 [citado 2020 abr 6]. 23 p. Disponível em: http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional_V.pdf
8. Gomes KWL, Mesquita LPS, Caprara A, Benevides BS, Gonçalves RP. Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. Saúde Debate [Internet]. 2015 abr-jun [citado 2020 abr 6];39(105):561-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002022>
9. Moura ADA, Braga AVL, Carneiro AKB, Alves ECS, Bastos CMM, Nunes IH, et al. Monitoramento rápido de vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2018 [citado 2020 abr 6];27(2):e2016380. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200017>

Abstract

Objective: to report on Family Health Strategy action at a Primary Health Care Unit in addressing the measles epidemic in Fortaleza, CE, Brazil. **Methods:** the actions were carried out between September 2013 and December 2015; nineteen suspected measles cases were registered, three of which were confirmed: two children under 1 year old and one 27-year-old man. **Results:** 16,726 people between 5 and 29 years old were vaccinated, vaccination coverage in the target population was 82.6%; 101% coverage was achieved among children aged 5 to 11 and 76.8% coverage of people aged 12 to 29. **Conclusion:** the strategies used contributed to achieving the vaccination coverage target in the target population, resulting in the population registered in the Health Unit catchment area falling into the category of low risk of measles transmission.

Keywords: Measles; Epidemics; Surveillance; Immunization; Family Health Strategy.

Resumen

Objetivo: analizar este artículo relata el desempeño de la Estrategia de Salud Familiar de una Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS) para enfrentar la epidemia de sarampión en Fortaleza, CE, Brasil. **Métodos:** las acciones se llevaron a cabo desde septiembre de 2013 hasta diciembre de 2015; hubo 19 casos sospechosos de sarampión; de estos, tres fueron confirmados, dos en niños menores de un año y uno en un adulto de 27 años. **Resultados:** 16.726 personas fueron vacunadas, con edades comprendidas entre cinco y 29 años; la cobertura de vacunación en la población meta total fue del 82,6%; se alcanzó el 101% en niños de 5 a 11 años y el 76.8% en niños de 12 a 29 años. **Conclusión:** las estrategias adoptadas contribuyeron a lograr el objetivo de la cobertura de vacunación en la población meta, haciendo que la población adscrita en el área de cobertura de la UAPS se colocara en la categoría de bajo riesgo de transmisión del sarampión.

Palabras clave: Sarampión; Epidemia; Vigilancia; Inmunización; Estrategia de Salud Familiar.

Recebido em 18/12/2018

Aprovado em 24/03/2020

Editora associada: Doroteia Aparecida Höfelmann - orcid.org/0000-0003-1046-3319