D.1.4 – Incidência de tétano neonatal

1. Conceituação

Número absoluto de casos novos confirmados de tétano no período neonatal (até 28 dias após o nascimento– código A33 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A definição de caso confirmado de tétano neonatal baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.[1]

Definição de caso

Suspeito

- Todo recém-nascido que nasceu bem e sugou normalmente nas primeiras 24 ou 48horas e passe a apresentar, entre o segundo e o 28º dia de vida extra-uterina, dificuldade de mamar, independente do estado vacinal da mãe, do local e das condições do parto.

- Todo recém-nascido que nasceu bem e sugou normalmente mas foi a óbito no período de 2 a 28 dias de vida extra-uterina, cujo diagnóstico foi constatado como indefinido ou caracterizado como quadro de tétano por seus familiares.

Confirmado

- Todo caso suspeito que apresentou um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: trismo, crises de contraturas musculares, contração permanente dos músculos da mímica facial e lábios contraídos (como se fosse pronunciar a letra U), olhos cerrados, pele da região frontal pregueada, hiperflexão dos membros superiores junto ao tórax (mão fechada em posição de boxeador) e membros inferiores em hiperextensão, com ou sem inflamação do coto umbilical.

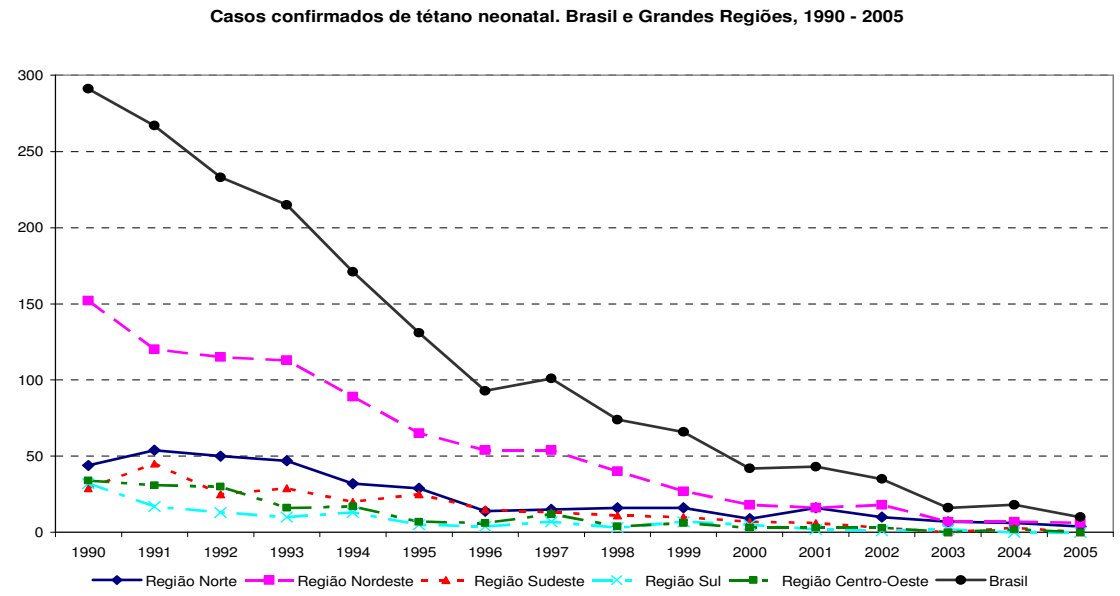
- Todo caso de óbito neonatal cuja investigação evidencia características clínicas e epidemiológicas da doença.

2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1990 a 2005.

A série histórica disponibilizada abrange o período de 1990 a 2005. Observa-se, de modo semelhante ao tétano acidental, uma queda no número de casos que é mais atribuível à influência da macroregião Nordeste, e em segundo lugar do Norte. Em

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tétano neonaltal. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 708.

1990 foram notificados no país 291 casos e o número foi caindo até atingir 10 casos em 2005, o menor número registrado no período.



O Nordeste foi responsável pela maior proporção de notificações que atingiu mais da metade (52,2% em 1990), seguida do Norte (15,1%), do Centro-Oeste (11,7%), Sul (11%) e Sudeste (10%).

Para a metade do período (1997), o número de casos notificados tinha caído para 101 sendo 53,5% do Nordeste, 14,9% do Norte, 12,9% do Sudeste, 11,9% do Centro-Oeste e 6,9% do Sul. Até esse ano, 1997, poucos estados tinham notificado zero casos, alguns aparentemente por subnotificação e outros como resultado de medidas de controle . No entanto, a partir de 1998 vários estados foram diminuindo o número de notificações até zero. Os dados não demonstram grandes flutuações. No último ano observado, 2005, os 10 casos notificados corresponderam a seis do Nordeste e quatro do Norte.

3. Conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível sobre a doença.

Os dados são consistentes com a experiência de outros países que estiveram em condições semelhantes e conseguiram controlar esse agravo (PAHO, 2004; Waldman *et al*., 1999). Os dados são consistentes, pois apontam a ocorrência em regiões mais pobres do país (Norte e Nordeste), bem como as informações sobre a caracterização dos casos que, na maioria das investigações procedem de mães sem acesso ao pré-natal, não vacinadas, multíparas, com idade acima de 20 anos, partos domiciliares, ligeira predominância de residência em áreas rurais e sem acesso ao de municípios de pequeno porte.

4. Fatores explicativos dos dados em relação ao comportamento esperado do fenômeno:

O indicador é prático e ao não se contar com confirmação laboratorial facilita-se a confirmação. Contudo, pressupõe-se a capacidade de suspeição. A definição de caso não mudou substancialmente no período.

No período especificado nesta análise ocorreram intervenções importantes. A implantação do Plano de Eliminação do Tétano Neonatal em 1992 priorizou a melhora na vigilância epidemiológica, a vacinação de mulheres em idade fértil, a melhora na assistência nos períodos pré-natal, periparto e puerpério, e o cadastro e capacitação das parteiras tradicionais. Em 1995 foi lançado um plano emergencial priorizando os municípios de alto risco. A partir de 2001 esforços são realizados para a melhor delimitação do risco em regiões e municípios no sentido de otimizar as ações de vigilância e controle. A queda na incidência observada é atribuível à melhora nas coberturas vacinais e acesso ao pré-natal na assistência ao parto.

Referências.

PAHO, 2004. A culture of Prevention: a model for prevention of vaccine-preventable diseases. XVI meeting of Technical Advisory Group on Preventable Diseases. Final Report. Mexico, 2004.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2005. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: SVS / MS.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2006. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: SVS / MS.

Waldman EA, Silva LJ & Monteiro CA. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. Informe Epidemiológico do SUS, 1999; 8(3): 5-47.