D.1.5 – Incidência de tétano (exceto neonatal)

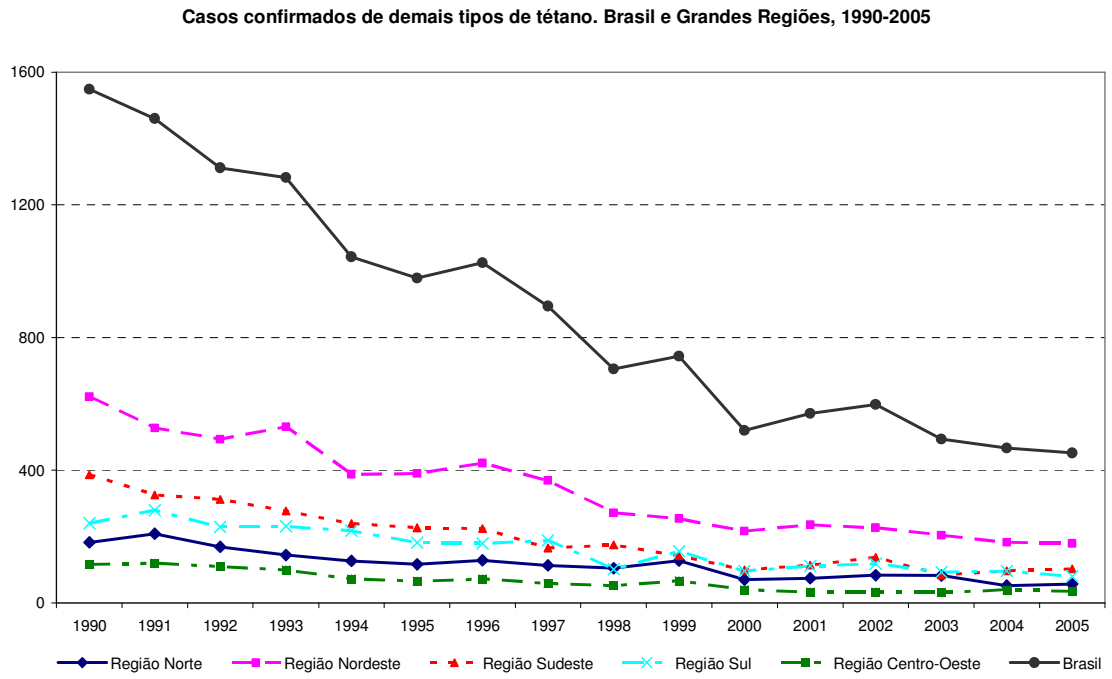
1. Conceituação

Número absoluto de casos novos confirmados de tétano – códigos A34 (tétano obstétrico) e A35 (outros tipos de tétano), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

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

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

A série histórica disponibilizada abrange o período de 1990 a 2005. Observa-se uma queda no número de casos que é mais atribuível à influência da macro-região Nordeste, e, em menor medida do Sudeste e Sul. No começo foram notificados no país 1.548 casos (1990) chegando a 452 casos em 2005, o menor número registrado no período.



O Nordeste destacou-se com uma maior proporção dos casos de tétano (40,2% em 1990), seguido do Sudeste (25%), Sul (15,5%), Norte (11,8%) e Centro-Oeste (7,5%). No meio do período (1997) de novo destaca o Nordeste (41,2% dos 895 casos notificados), seguido do Sul (21%), de Sudeste (18,5%), Norte (12,6%) e Centro-Oeste (6,6%). Os dados não demonstram grandes flutuações e mais bem uma queda constante. No último ano observado, 2005, os 452 casos se distribuíram

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Tétano acidental. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005,p.696.

da seguinte maneira: Nordeste (39,6%), Sudeste (22,6%), Sul (17,7%), Norte (12,4%) e Centro-Oeste (7,7%).

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

A queda persistente na incidência de tétano acidental foi constatada desde meados da década de 70 no País. Já na década de 80 a taxa de incidência era de menos de um caso para cada 100.000 habitantes. Paralelo a essa diminuição, foi verificado o deslocamento da ocorrência para faixas etárias que não haviam sido cobertas pelas campanhas de imunização e pelo esquema rotineiro do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e para faixas etárias mais idosas (Waldman *et al.,* 1999). Em alguns casos, além dessa tendência, foi apontado o maior diagnóstico em áreas urbanas ao contrário do esperado (Viertel *et al*., 2005).

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

Torna-se evidente a queda da incidência do tétano acidental e tal diminuição é atribuível à imunização com DPT e DF.

Referências.

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.

Viertel IL, Amorim L & Piazza U. Tétano acidental no estadod e Santa Catarina, Brasil: aspectos epidemiológicos. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005; 14(1): 33-40.

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.